

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

**CARLOS MAGNO BECKAMAN AMARAL**

**SAÚDE DO TRABALHADOR:** aspectos históricos, conceituais e metodológicos

São Luís  
2012

**CARLOS MAGNO BECKAMAN AMARAL**

**SAÚDE DO TRABALHADOR: aspectos históricos, conceituais e metodológicos**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientador: Prof. Doutor Sílvio Rogério Rocha de Castro.

São Luís

2012

**CARLOS MAGNO BECKAMAN AMARAL**

**SAÚDE DO TRABALHADOR: aspectos históricos, conceituais e metodológicos**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Aprovada em     /     /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Sílvio Rogério Rocha de Castro** (Orientador)

Doutor em Ciências da Computação  
Universidade Federal de São Paulo - USP

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo-USP

Dedico este trabalho a minha querida mãe,  
amigos, colegas e demais pessoas que torcem  
pelo meu sucesso.

## AGRADECIMENTOS

A minha linda e querida mãe, Carmencita Beckman (*in memoriam*) por quem tenho muita estima e saudades.

A Deus, pela misericórdia e sabedoria em nos conduzir na jornada de nossas vidas.

Aos amigos, que compartilharam comigo momentos de trocas, angustias, alegrias e companheirismo.

Aos professores, pelos ensinamentos, paciência, sabedoria e respeito pelos alunos.

Aos familiares de um modo geral, que de forma direta ou indireta compartilham o meu sucesso.

*Caminhos não há, mas os pés na grama os inventarão.  
Aqui se inicia uma viagem clara para a encantação.  
Fonte, flor em fogo, quem é que nos espera por detrás  
da noite?*

*Ferreira Goular*

## RESUMO

O campo da saúde do trabalhador visa um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde advindos das condições de trabalho. O objetivo deste trabalho é estudar os aspectos históricos, conceituais e metodológicos na saúde do trabalhador. Trata-se de uma revisão de literatura, considerando-se estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área, sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica, no período de 2000 a 2010. No processo de consolidação da construção da rede SUS, o Ministério da Saúde propõe a reestruturação do modelo de atendimento ao trabalhador sob um novo desenho, o de rede. A proposta de se inserir no SUS a atenção à Saúde do Trabalhador é a de qualificar essa atenção não só para estrategicamente mais perto do usuário, mas também a propiciar com resolutividade. Conclui-se que a saúde do trabalhador é o campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico - metodológico, no Brasil, emergiu da saúde coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença. Assim, nota-se que a concepção de saúde adotada na medicina do trabalho, e conseqüentemente nas atividades desenvolvidas nesse período, relacionavam-se à visão unicausal do processo saúde-doença-trabalho, à atuação restrita à prevenção aos riscos ocupacionais e ao retorno do trabalhador o mais breve possível ao seu posto de trabalho.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Aspectos históricos. Conceituais. Metodológicos.

## ABSTRACT

The field of occupational health targets a set of activities intended, through epidemiological surveillance and health, the promotion and protection of workers as well as the recovery and rehabilitation of health arising from working conditions. The objective of this work is to study the historical, conceptual and methodological issues in occupational health. This is a literature review, considering the studies of national publications and periodicals indexed, printed and virtual, specific area, still being researched data in an electronic database for the period 2000 to 2010. In the consolidation process of building the public health system, the Ministry of Health proposes to restructure the model of care to the worker under a new design, the network. The proposal to insert in the SUS attention to Occupational Health is to qualify this attention not only to strategically closer to the user, but also to provide problem solving. It is concluded that the health worker is the field of knowledge and practices which focus on theoretical - methodological, in Brazil, emerged from the public health, seeking to understand and intervene in labor relations and health and disease. Thus, it is noted that the concept of health adopted in occupational medicine, and consequently in activities during this period, related to the vision unicausal of the health-disease-work, restricted activity to prevent occupational risks and the return of worker as soon as possible to your workplace.

Key-words: Occupational health. Historical aspects. Conceptual. Methodological.

## SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Revisão de literatura.....</b>	<b>11</b>
<b>4 A SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>12</b>
<b>5 ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>18</b>
<b>6 DOENÇAS RELACIONADAS À SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>24</b>
<b>7 RISCOS OCUPACIONAIS À SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>26</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O campo da saúde do trabalhador é definido, no artigo 6º da Lei nº 8.080/90 como conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho consideradas como atribuições do SUS (BRASIL, 2004).

De acordo com o princípio da universalidade, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia (BRASIL, 2004).

Entre as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde para cuidar dos trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo, destaca-se a invisibilidade dos danos decorrentes das políticas de ocultamento desenvolvidas pelos empregadores e do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com essas questões. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, apoiada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) abriu possibilidades de avanços. Em 2005, a Portaria MS nº 2.437 reorientou a organização da RENAST, reforçando o papel dos CEREST e definindo a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema (DIAS; HOEFEL, 2005).

Na reorganização do Ministério da Saúde definida no Decreto nº 6.860, publicado em 28 de maio de 2009, a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) e a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) foram reunidas no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Esse processo, orientado pelo paradigma que correlaciona produção/trabalho, ambiente e saúde e pela pressão de setores dos movimentos sociais, começa a desenhar possibilidades de ação integrada nesses campos e tem sido seguido por estados e municípios, no país (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

Tachizawa (2001) afirma que no Brasil, até recentemente a cultura empresarial não privilegiava a segurança e saúde dos empregados, sendo eles próprios responsáveis por sua conduta no trabalho. Considerada paternalista, a

legislação de proteção ao trabalhador esteve voltada principalmente para os aspectos pecuniários e de benefícios, sem se preocupar em criar e manter um ambiente de trabalho sadio e seguro, fator indispensável para as boas relações entre empregado e empregador. Além da NR 6, que está diretamente relacionada com a conduta do empregado em utilizar os equipamentos de proteção individual, a NR 17 sobre ergonomia visa prevenir doenças do trabalho, tais como as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT e, estando o ambiente em boas condições ergonômicas, também necessita da conduta individual do cumprimento de procedimentos preestabelecidos.

A análise do processo de trabalho em saúde é uma tarefa desafiadora, pois abarca especificidades com relação aos demais campos produtivos. Processos de trabalho em qualquer área implicam transformações de matérias-primas em produtos para atender necessidades. Assim, também ocorre nos processos de trabalho em saúde, no qual trabalhadores se envolvem para gerar produtos capazes de intervir em questões de saúde para atender as necessidades apresentadas pelos usuários (CAMPOS, 2007).

Portanto, o presente estudo busca estudar os aspectos históricos, conceituais e metodológicos, no que refere à saúde do trabalhador, por meio de revisão de literatura.

## 2 OBJETIVO

Estudar os aspectos históricos, conceituais e metodológicos na saúde do trabalhador.

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

**Formulação da Pergunta:** o que a literatura descreve sobre os aspectos históricos, conceituais e metodológicos na saúde do trabalhador.

- **Localização e seleção dos estudos:** foram considerados estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Biblioteca (BIREME) e Scielo.

- **Período:** 2000 a 2010

**Coleta de Dados:** foram coletados dados relativos aos aspectos históricos, conceituais e metodológicos na saúde do trabalhador. Descritores (palavras-chave): Aspectos históricos, conceituais, metodológicos e saúde do trabalhador.

- **Análise e apresentação dos dados:**

A saúde do trabalhador;

Aspectos históricos, conceituais, metodológicos na saúde do trabalhador;

Doenças relacionadas à saúde do trabalhador;

Riscos ocupacionais à saúde do trabalhador.

## 4 A SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador é o campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico- -metodológico, no Brasil, emergiu da Saúde Coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas e sociais (LACAZ, 2007).

Assim, nota-se que a concepção de saúde adotada na medicina do trabalho, e conseqüentemente nas atividades desenvolvidas nesse período, relacionavam-se à visão unicausal (uma única causa) do processo saúde-doença-trabalho, à atuação restrita à prevenção aos riscos ocupacionais e ao retorno do trabalhador o mais breve possível ao seu posto de trabalho. Desse modo, todo e qualquer problema advindo do processo de trabalho era atribuído unicamente a um agente causal biológico, desconsiderando condicionantes e determinantes sociais, econômicos e culturais. O médico constituía a figura central organizativa das ações propostas pela medicina do trabalho e representava oficialmente os interesses do sistema capitalista. Todavia, essa concepção teórica e prática são superadas no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, por uma nova forma de ação política denominada Saúde Ocupacional, pautada em uma concepção de saúde multicausal (várias causas), cujas intervenções se voltam para o ambiente de trabalho e buscam superar a centralidade do médico por meio do envolvimento de outros profissionais de saúde (DIAS; HOEFEL, 2005).

O engajamento das lideranças sindicais com a segurança e a saúde dos trabalhadores é essencial para a criação de um ambiente de trabalho mais seguro e saudável. No Brasil, o envolvimento dos sindicatos foi fundamental para mudar a regulamentação de segurança e saúde no trabalho, reconhecer as doenças profissionais, criar serviços e programas de saúde do trabalhador no serviço público de saúde (SUS) e melhorar os serviços de medicina ocupacional dentro das indústrias (SHANNON; ROBSON; SALE, 2001). Portanto, a inexistência de representações sindicais fortes, o enfraquecimento das existentes, como o que vem ocorrendo em consequência das recentes mudanças econômicas, ou uma atuação sindical restrita a outras questões, como as salariais, podem representar uma

barreira adicional às intervenções para melhorar os ambientes de trabalho (REPULLO JÚNIOR; GOMES, 2005).

Dificuldade em criar um ambiente de trabalho seguro e saudável, abrangendo aspectos físicos, psicossociais e organizacionais, age tanto direta quanto indiretamente sobre a saúde do trabalhador: diretamente ao provocar ou impedir danos ao trabalhador, isto é, interferir sobre o seu estado de saúde; indiretamente ao influenciar a capacidade do trabalhador de lidar efetivamente com as demandas e desafios das atividades laborais, cuidarem de sua saúde e manter os seus recursos pessoais. Um ambiente de trabalho seguro e saudável protege os trabalhadores de ameaças à sua saúde e ao mesmo tempo amplia a capacidade para o trabalho e a produtividade (DEJOY; WILSON, 2003).

Além do ambiente físico, diversos fatores organizacionais e psicossociais interferem negativamente sobre o ambiente de trabalho relacionaram vários deles com impacto negativo sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (LUNDSTROM et al., 2002). Esses fatores incluem ambiguidade e conflitos relativos a atribuições, sobrecarga, trabalho monótono, pressão no trabalho, medo de perder o emprego, desconforto físico e falta de suporte social, de controle sobre o trabalho e de participação nas decisões, resultando em insatisfação, esgotamento, alta rotatividade, doenças e acidentes ocupacionais, saúde mental reduzida, depressão e até mesmo suicídio. Trabalho em turnos (utilizado para permitir a continuidade do trabalho na empresa além da carga diária de cada trabalhador), assim como trabalho noturno ou em horários irregulares, também foram prejudiciais à saúde dos trabalhadores (WINWOOD; WINEFIELD; LUSHINGTON, 2006).

Os serviços são pautados pela lógica da autoridade legal, por hierarquias verticais, com responsabilidades e linhas de mando fragmentadas, pela formalização das relações, pela centralização de programas e de normas de atendimento e pela quase ausência de comunicação tanto entre os serviços em relação horizontal de poder quanto entre os distintos níveis hierárquicos (MATOS; PIRES, 2006).

Outro fator limitante é a dificuldade de estabelecer e reconhecer uma correlação clara entre situações no ambiente de trabalho e danos à saúde dos trabalhadores. Isso ocorre principalmente quando a etiologia é multifatorial e há longos períodos de latência entre a exposição e o dano. Nessas circunstâncias, pode parecer que os problemas de saúde decorrem unicamente de características individuais e que só podem ser abordados por meio de iniciativas também

individuais, não dirigidas à modificação do ambiente (SHANNON; ROBSON; SALE, 2001).

A percepção dos trabalhadores sobre as ações e políticas relacionadas a uma melhoria no ambiente de trabalho também pode ser limitante do processo. Um exemplo é a crença de que certas ações trarão consequências negativas para a carreira ou o avanço no emprego, como no caso das políticas de horários flexíveis e de redução de jornada para apoio à família. O prejuízo pode de fato ocorrer se os trabalhadores beneficiários dessas políticas são preteridos pelo empregador quando há oportunidades de avanços no emprego ou na carreira, justificando assim a percepção dos trabalhadores. Também há relatos sobre medo de demissão como causa para não notificar o acidente, o que atrapalha o planejamento de ações para tornar os ambientes mais seguros (NAPOLEÃO et al., 2000).

Tachizawa (2001) enfatiza os ganhos de economia, produtividade e qualidade de vida, quando se investe em saúde e segurança do trabalho, ao mencionar que: criar e manter um ambiente de trabalho seguro e saudável é fundamental para as empresas que zelam pela sua imagem e preocupam-se com os crescentes custos decorrentes dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. Não resta dúvida de que o investimento aplicado à área do ambiente de trabalho resulta em maior produtividade e melhor qualidade de vida para os empregados.

Conforme Gil (2002) uma empresa socialmente responsável deve estar atenta para detectar e prevenir situações de risco. Os acidentes de trabalho assim como a existência de condições inadequadas para a saúde pode levar muitos trabalhadores a adquirirem deficiências. Ter uma política de prevenção de acidentes é indispensável.

Para a OIT (2006) a noção de trabalho decente apóia-se em quatro pilares estratégicos: respeito às normas internacionais do trabalho, em especial aos princípios e direitos fundamentais do trabalho (liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; eliminação de todas as formas de trabalho forçado; abolição efetiva do trabalho infantil; eliminação de todas as formas de discriminação em matéria de emprego e ocupação); promoção do emprego de qualidade; extensão da proteção social; diálogo social.

O Brasil registra avanços em algumas áreas importantes na promoção do trabalho decente, como a redução dos acidentes de trabalho no período de 2004 a 2009. Neste espaço de tempo, houve uma variação negativa de -26,11% na taxa de

mortalidade de trabalhadores por acidente de trabalho e 51% na letalidade dos acidentes. Isto significa que o número de mortes por trabalhadores registrados está caindo e a gravidade dos acidentes também tem diminuído (BRASIL, 2008).

Mesmo diante dos avanços obtidos, o desafio para reduzir os acidentes de trabalho no Brasil ainda é grande. Apesar da tendência de declínio, a mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil vem se mantendo em patamares mais elevados do que a de outros países em alguns casos, chega a ser oito vezes maior (HAMALAINEM, TAKALA; SAARELA, 2006).

O conceito de trabalho varia de uma sociedade para outra e também, historicamente, no interior de uma mesma sociedade. Dependendo da perspectiva e do que se entende por trabalho, pode-se perceber uma grande diversidade de práticas que se desenvolvem dentro de estruturas sociais que lhe dão significação. Nas sociedades industriais, por exemplo, o conceito de trabalho - historicamente datado e enquadrado pela produção econômica - aponta duplamente para uma relação social particular e para uma construção social geral. Nelas, do ponto de vista jurídico, o trabalho estaria reduzido ao trabalho remunerado, isto é, ao conjunto de atividades que entram no contrato de trabalho e que são executadas em condições espaciais e temporais estabelecidas pelo capital (TERSSAC; MAGGI, 2004).

Sendo assim, saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação. Ela pode até significar um desvio das normas sociais. Já o patológico é a perda dessa capacidade normativa, a impossibilidade de mudança nas situações onde há algum sofrimento. Nesse meio imprevisto e infiel, é preciso renormatizar as condições e o meio de trabalho, tentando contornar os problemas e, de certa forma, administrar as variabilidades que se apresentam. Como afirma Schwartz (2004), a necessidade de gerir essas infidelidades leva a um uso e não à execução; é gerindo essas infidelidades que se pode viver.

A atividade de trabalho fica assim intimamente relacionada com a saúde quando entendemos que a saúde não é mero equilíbrio ou capacidade adaptativa, mas a capacidade de instaurar novas normas, a forma com que interagimos com os eventos da vida, ao longo da nossa existência. E nossa capacidade de resistir ou de ficar doente está intimamente relacionada à qualidade das relações de trabalho. A saúde não é um estado natural, mas uma construção intencional na qual o trabalho ocupa lugar importante (CANGUILHEM, 2001).

Conforme Marx; Engels (2007), o trabalho está conectado intimamente ao atendimento das necessidades humanas e é uma atividade diversa da realizada por outros animais. Desse modo, pode-se dizer que apresenta as seguintes diferenças: não se dá diretamente sobre essa matéria natural, mas se realiza pela mediação de instrumentos; embora possibilitado pela estrutura biológica do homem; não se submete apenas as determinações genéticas, mas está intimamente conectado às necessidades e possibilidades humanas de manifestação de liberdade e subjetividade, demandando desenvolvimento de técnica e conhecimento; não atende a necessidades meramente biológicas, mas cria e atende outras necessidades de cunho cultural num processo em que não apenas o sujeito que se exterioriza se altera pelo contato e intervenção sobre o mundo, como o mundo se coloca para ele como um novo cenário de necessidades e possibilidades.

As primeiras ações de saúde pública voltadas para a saúde do trabalhador organizaram-se a partir da década de 1980, com equipes e serviços especializados em estreita integração com o movimento sindical, porém muitas vezes funcionando como espaços isolados na rede de saúde. Isso dificultava o esforço de construção da integralidade, que pressupõe a integração dos serviços do sistema de saúde, com a atenção primária operando como base real do sistema e devendo ser resolutiva em 80% das situações de saúde (MAENO; CARMO, 2005),

Atualmente, o desenvolvimento das ações de ST se dá de forma muito diversificada nos estados e municípios, tanto em relação à quantidade de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CERESTS) quanto em relação à qualidade das ações de ST, configurando-se como um atraso no cumprimento da lei, o que se reflete na morbimortalidade dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Os que lidam com o trabalho em saúde devem reconhecer o profissional da saúde como sujeito de seu saber e seu fazer, e o seu trabalho com uma inserção e atuação que o leve à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito do coletivo, constituindo-se como equipes, exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar (SANTOS-FILHO, 2007). Não é possível desvincular o conjunto trabalhador-trabalho no processo de produção da saúde, pois, segundo Barros; Mori; Bastos (2007) quando os trabalhadores são convocados no processo de trabalho, utilizam suas potencialidades, ou seja, são gestores de seus trabalhos e produtores de saberes e novidades.

A efetividade das intervenções no local de trabalho é parcialmente dependente dos métodos empregados, dos desfechos investigados e das características de cada contexto. Essas particularidades contribuem para a falta de consistência da literatura em relação ao sucesso das intervenções no ambiente de trabalho. Vale destacar, ainda, que, para alguns, o tempo destinado à prática de GL é insuficiente para alteração de alguns desfechos de saúde - incluindo aí alguns comportamentos relacionados à saúde. Entretanto, outros autores acreditam que a GL pode potencialmente ser benéfica ao incentivar os trabalhadores a terem comportamentos positivos também fora do ambiente de trabalho (LONGEN, 2003).

A saúde do trabalhador desponta, a necessidade de assumir uma visão totalizadora e integrada do sujeito em sua relação com o trabalho, bem como a de considerar as questões de ordem política, econômica, administrativa, logística, tecnológica, ambiental, social, cultural e psicológica que definem as características do processo de produção e da organização do trabalho e que delineiam as relações sociais nos contextos de trabalho onde se desenvolve o processo saúde-doença do trabalhador (MACHADO, 2005).

Pode-se entender que as dimensões de atuação em ST se estabelecem em três níveis de intervenção: sobre os danos, sobre os riscos e o terceiro nível que é a intervenção sobre os determinantes sócio-ambientais 11. Medidas subjetivas ou auto-informadas se tornaram um caminho promissor para reunir informações a respeito da percepção dos trabalhadores quanto a como a própria saúde influencia sua capacidade de desempenhar tarefas (SOÁREZ et al., 2007).

As pessoas estão cada vez mais inquietas a procura do seu completo bem-estar e à busca de sua qualidade de vida no trabalho. Ou seja, estão buscando um estilo de vida saudável, incluindo a modificação das atividades, de maneira que os benefícios sejam atingidos (PINTO et al., 2008).

Algumas modificações específicas incluem percepção e tratamento da saúde, nutrição, atividade e exercício, sono e repouso, cognição e percepção, autopercepção e autoconceito, funções e relações, sexualidade e adequação e tolerância ao estresse (SMELTZER; BARE, 2006).

## **5 ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

A abolição da escravidão, no Brasil, em 1888, aliada à Proclamação da República, em 1889, propiciou uma nova visão acerca da economia do país com a entrada de imigrantes europeus e com o início da industrialização do Brasil, no início do século XX. Com o desordenado crescimento da população em torno dos locais de trabalho, unido ao aumento da migração de famílias de outros locais do Brasil para as regiões onde se concentravam as oportunidades de trabalho, cresce também o índice de mortalidade da classe trabalhadora, ligado, principalmente, às condições insalubres dos ambientes de trabalho, que favoreciam o aparecimento e a rápida disseminação de doenças infecto-contagiosas. A redução do número de trabalhadores significava risco para a economia do país. Iniciam então, no Brasil, as ações ligadas diretamente à saúde do trabalhador por receio das consequências negativas que o adoecimento da massa trabalhadora traria para a economia do jovem Brasil República (BUENO, 2002).

Assim, em 1919, a Lei nº 3724, que dispõe sobre as obrigações do empregador quando ocorre o acidente de trabalho, assegura a responsabilidade do empregador pela integridade física do empregado, estabelece diferenças entre morte, incapacidade permanente e incapacidade temporária parcial e total exigem a intervenção policial para cada processo envolvendo acidente de trabalho. No entanto, a Lei não abrangia as doenças relacionadas ao trabalho nem dava garantia de pagamento de indenização ao trabalhador acidentado (JUNIOR, 2000).

A organização do sistema de saúde brasileiro, na atualidade, está norteada pelo Pacto pela Saúde e em Defesa do SUS, documento pactuado por técnicos do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no início de 2006 (BRASIL, 2006).

Seguindo historicamente o movimento dessa luta política e suas conquistas no contexto internacional, destacamos, num primeiro momento, a Revolução Industrial, quando o Estado cria regras para o controle das condições de saúde-trabalho, que vão reger os contratos entre empregado-empregador. É no advento do Direito Trabalhista que se insere a Medicina do Trabalho, respondendo tecnicamente

as exigências da lei. As regras do Direito Trabalhista buscam a preservação do corpo trabalhador, de modo a manter a força de trabalho e a sua capacidade de reprodução. Com a evolução das lutas dos trabalhadores sempre no sentido de expandir os seus direitos, estes vão também conquistar o Direito Previdenciário com seu aspecto protetor e reparador, que vai além do promotor preventivo do Direito Trabalhista (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2008).

Em 1999, entre os dias 16 e 18 de julho, foi realizado em Brasília o "Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: Desafios para a construção de um modelo estratégico", evento que reuniu representantes de vários órgãos públicos, setores governamentais, universidades e movimentos sindicais, como Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre tantos outros. O encontro, de grande relevância social e política, contou com a presença de quase 500 pessoas. Seu objetivo foi avaliar a trajetória da Saúde do Trabalhador desde a promulgação da Constituição Federal, buscar compreender o cenário que se vivia, à época, no mundo do trabalho e propor novas formas de atuação para a promoção da vida dos trabalhadores, subsidiando o planejamento de ações da área no Brasil, no que tange à vigilância, assistência, informação, formação de recursos humanos, entre outros (BRASIL, 2001).

No início dos anos 90, observamos que as políticas públicas dirigidas aos trabalhadores, no Brasil, a cargo dos Ministérios do Trabalho e Previdência, se caracterizaram pela proteção da sua saúde de forma tutelada, considerando-os agentes passivos na relação saúde-trabalho e entendiam a preservação da saúde no trabalho como uma exigência contratual de trabalho e não como direito pleno de cidadania. As Unidades de Assistência à Saúde do Trabalhador tiveram sua origem ao longo dos anos, com vários formatos e nomes, dentro da concepção de Saúde do Trabalhador influenciada pelo modelo italiano. Por uma questão estratégica, muitas vezes foram criadas instâncias específicas, ora na linha da Vigilância, ora na linha assistencial, ou mesmo em ambas. O fato resultou nos Programas de Saúde do Trabalhador, com diversos nomes: Programa propriamente dito, Centros de Referência, Núcleos, Gerências, Departamentos etc. Sua característica básica reside no fato de a elas se atribuírem, invariavelmente, ações de caráter executor. (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2000).

Esta nova abordagem vai requerer a estruturação de serviços especializados nas empresas e organizações, o que vai dar origem aos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT. Estes serviços ampliam o âmbito de atuação na saúde, mas ainda numa perspectiva de intervenção na saúde individual e prevenção de acidentes, sem, no entanto, enfrentar o problema em sua origem que é a reflexão e intervenção no processo de trabalho. O médico do trabalho avalia a capacidade do candidato a determinado trabalho e realiza reavaliações periódicas de sua saúde dando ênfase aos riscos ocupacionais ao qual este trabalhador está exposto. É mais um instrumento que serve aos empregadores, pois o objetivo é monitorar a saúde do trabalhador para ter o controle da força de trabalho (LACAZ, 2007).

No processo de consolidação da construção da rede SUS, o Ministério da Saúde propõe a reestruturação do modelo de atendimento ao trabalhador sob um novo desenho, o de rede. Assim a Portaria nº 1679, do Ministério da Saúde, de 19/09/2002, institui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no SUS e planeja articular três níveis de gestão: o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde dos Estados e Distrito Federal e a Secretaria de Saúde dos Municípios. Ela pode ser compreendida como uma ferramenta estratégica no sentido da construção, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de uma efetiva política de Estado na área do atendimento à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2008).

Pela Portaria Interministerial n.º 01, de 20/04/1993, foi criada a Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador – CIST, que teve como tarefa apresentar propostas de compatibilização e integração de políticas e práticas das ações sistêmicas de atenção à saúde do trabalhador, como uma iniciativa de se estabelecer políticas intersetoriais. Esta comissão traçou as áreas de competências comuns para as ações de fiscalização e vigilância dos ambientes de trabalho, mas as forças sociais não tiveram êxito no esforço de realizar tal integração institucional, em que o papel do Estado seria o de determinar políticas intersetoriais com um posicionamento mais contundente. Foram realizadas outras tentativas nessa direção, por parte do governo, para resolver esta questão, mas não tiveram capacidade de adequação e, portanto, não tiveram bons resultados (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2000).

A proposta de se inserir no SUS a atenção à Saúde do Trabalhador é a de qualificar essa atenção não só para estrategicamente mais perto do usuário, mas

também a propiciar com resolutividade. Apesar de sua complexidade, a rede se estrutura basicamente num sistema de comunicação bem articulado, portanto a análise sobre o processo de gestão das ações no vários níveis vai permitir o grau de participação social e a consequente resolutividade objetivada (DIAS; HOFEL, 2005).

A I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) marcou politicamente o campo da saúde do trabalhador (ST) com a proposta de incorporar neste campo os princípios do SUS na perspectiva da saúde como direito de todos (LACAZ, 2007).

Os determinantes sociais e políticos referentes às condições mínimas de vida, trabalho e emprego, que são preconizados pela Constituição Federal de 1988 e de responsabilidade de ação do SUS, favoreceram a consolidação legal e institucional do campo da ST no Brasil (DIAS; HOEFEL, 2005).

Houve avanços, mas ainda não foi possível implantar uma política nacional de ST no Brasil nos moldes propostos. Essa dificuldade resulta de fatores como a falta de efetivação de políticas públicas e sociais e de integração entre o setor público e o privado. Uma alternativa, proposta em 2004, foi a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), redigida conjuntamente pelos ministérios da Saúde (MS), do Trabalho e Emprego (MTE) e da Previdência Social (MPS). Surgiram indagações sobre os avanços das políticas da ST, sua implantação de acordo com a Constituição Federal e os princípios do SUS e o papel do Estado nesse processo (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Nas décadas de 30 e 40 do século passado houve crescimento da tecnologia industrial, mudanças de processos de trabalho, aumento da insatisfação, agravos à saúde e mortes no trabalho. A Medicina do Trabalho tornou-se insuficiente para manter o indivíduo saudável e reproduzir a força de trabalho exigida (CAVALCANTE, et al., 2008).

Na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 1994, quando houve uma grande mobilização de diversos grupos sociais e setores institucionais do governo e de sindicatos, foram feitas discussões e propostas no sentido de uma política nacional de Saúde do Trabalhador, com foco voltado para a municipalização das ações. Sua consequência mais concreta foi a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST, no SUS, que foi referendada na Portaria 3.908 de 1998 e passou a ser uma espécie de guia operacional para os Estados e Municípios (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2000).

Um dos grandes avanços nas discussões políticas e nas práticas, em decorrência da III Conferência Nacional em ST, em 2005, foi a integração entre os Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPS) no sentido de incluir os trabalhadores informais no sistema, fortalecer a participação dos trabalhadores nas políticas do MTE e do MPS e implantar o Nexo Técnico Epidemiológico, para inversão do ônus da prova quando do estabelecimento do nexo causal entre o agravo/doença e o trabalho (SANTANA; SILVA, 2009).

Uma característica marcante na política da ST é a fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área, provocando resultados pouco eficientes para o trabalhador. Conflitos intersetoriais decorrentes das ações do SUS com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social referentes às ações de vigilância sanitária e epidemiológica em ambientes de trabalho resultam da indefinição de políticas integradas e, por consequência, dificultam possíveis avanços (PORTO; ALMEIDA, 2002).

A partir da regulamentação da Lei 8.080, em 1990, caberia ao SUS a responsabilidade pela assistência médica ao doente e ao acidentado no trabalho, mas se observa que, na prática, essa assistência continua sendo prestada nos moldes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). De maneira geral, as ações de reabilitação não foram incorporadas, mantendo-se sob a responsabilidade do MTE e do MPS, dentro da estrutura do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), fato que contraria a legislação do SUS sobre as ações de reabilitação na ST (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Por outro lado, as ações de fiscalização dos ambientes de trabalho continuam sendo executadas pelo MTE, pelo MPS, pelo INSS e pelas Coordenações de Relações do Trabalho (ex-Delegacias Regionais do Trabalho - DRT), sendo que tais fiscalizações constituem-se em parte essencial da execução das ações de vigilância sanitária (DIAS; HOEFEL, 2005).

Entre as diretrizes da Política Nacional da Saúde do Trabalhador (PNST) do Ministério da Saúde, estabelece-se a estruturação da RENAST, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. Verifica-se que os 150 CEREST do Brasil prestam assistência aos trabalhadores que adoecem ou se acidentam, promovem, protegem e

recuperam-nos, além de investigarem as condições de segurança dos ambientes de trabalho (BRASIL, 2005).

Uma ocorrência positiva para a ST foi à sistemática instituída pelo INSS, a partir de abril de 2007, para a concessão de benefícios acidentários, por meio do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, que permite obter uma noção mais exata da realidade dos AT no país. O que está definido nos âmbitos do SUS, do PNSST, da RENAST e dos CEREST auxiliará, em muito, a ST quando efetivamente colocado em prática. Com certeza, haverá trabalhadores mais saudáveis e mais emprego para os profissionais da saúde no Brasil (BRASIL, 2007).

Conseguir cultivar uma boa saúde com qualidade de vida no trabalho não é uma tarefa simples. Para alcançar a saúde ocupacional, é necessário um sistema de monitoramento dos programas de promoção da saúde. Apesar de a legislação brasileira ser uma das mais avançadas no mundo em relação à proteção do trabalhador contra doenças e acidentes do trabalho, e embora este fato denote grande evolução, nem sempre a legislação é cumprida e fiscalizada (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Cargas de trabalho, como biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas e suas implicações para a saúde do grupo de trabalhadores, no contexto laboral, e a precária utilização de proteção por parte dos mesmos foram as mais citadas entre os profissionais de enfermagem, em estudo realizado em unidade básica de saúde (FARIAS; ZEITOUNE, 2005).

Um estudo desenvolvido com profissionais de unidades de saúde da família revelou os maiores índices de satisfação no trabalho relacionados à integração social na organização e ao trabalho e espaço total de vida. Porém, os trabalhadores mostraram-se insatisfeitos quanto à oportunidade de crescimento e segurança oferecida pelas empresas, por serem fatores que agregam valores à qualidade do trabalho. Tais resultados alertaram para a necessidade de uma política de recursos humanos na organização e/ou mudança no estilo de gestão, promovendo o crescimento profissional e segurança de seus colaboradores (FIGUEIREDO et al., 2009) .

## 6 DOENÇAS RELACIONADAS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Os problemas de saúde ocupacional podem ser classificados em quatro grupos em função de seus determinantes, local de ocorrência etc. em:

- 1) acidentes do trabalho típicos que correspondem a rupturas abruptas do equilíbrio entre as condições do trabalho e a saúde do trabalhador;
- 2) acidentes de trajeto, ocorridos no percurso entre a casa e o trabalho;
- 3) doenças ocupacionais, definidas como típicas de determinados ramos de atividade; e 4) doenças ocasionadas em graus variados de magnitude pelo ambiente ou condições de trabalho (OLIVEIRA; MUROFOSE, 2001).

A OIT estima que aproximadamente 2,2 milhões de trabalhadores morrem anualmente por acidentes ou doenças do trabalho em todo mundo (OIT, 2005). Segundo a OMS (2005), riscos do trabalho atingem, em maior ou menor grau, 15% do total da população mundial. Entre os desempregados, aproximadamente 30% sofrem de sintomas decorrentes dos acidentes do trabalho, de doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho.

Tem crescido o número de estudos que discutem os impactos negativos que as mudanças estruturais ocorridas no mundo do trabalho exercem na saúde dos trabalhadores. Uma questão apontada é a intensificação do trabalho. Em função da internacionalização crescente da economia e do aumento da competitividade, empregadores e firmas em todo o mundo têm procurado melhorar os padrões de qualidade de seus produtos através de modelos organizacionais que reduzem suas estruturas produtivas, apresentam maior flexibilidade das práticas do trabalho e impõem responsabilidades crescentes sobre os trabalhadores. Além disso, essas mudanças associadas ao aumento da proporção de trabalhadores alijados dos tradicionais mecanismos de proteção têm gerado um aumento da sua insegurança (KEMP, 2006).

De acordo ainda com Kemp (2006), outros problemas de saúde também apresentam um grau elevado de subjetividade. Por exemplo, dores musculares crônicas, estafa, entre outras, são de difícil observação e podem ser particularmente mais graves nas modernas estruturas produtivas, cada vez mais focadas no trabalho de equipe e no contato direto com consumidores e clientes.

Lino; Dias (2006) classificam o atual padrão brasileiro de morbimortalidade por acidentes do trabalho e doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho como

um padrão misto, típico dos países em desenvolvimento. Ou seja, verifica-se a convivência de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais típicas do início do processo de industrialização (alta incidência de acidentes fatais) com o surgimento de novas afecções ou efeitos dos agentes causadores de outras doenças, tais como as mentais e osteomusculares.

Considerando que os profissionais de saúde são cuidadores, é preciso refletir sobre o desgaste físico e emocional dos cuidadores. As ações do cuidar exigem um olhar atento dos profissionais também para a dinâmica dialética entre o cuidador e aquele que é cuidado. Nesse sentido, cuidar possibilita estimular o potencial de saúde que pode emergir de cada um dos diferentes contextos (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009).

Diante das diversas funções a que os trabalhadores se submetem ao longo do processo laboral, e considerando que o trabalhador brasileiro tem uma vida ativa entre 30 e 35 anos, pode-se vislumbrar as consequências ocupacionais à saúde das pessoas que já estão há um longo tempo exercendo atividades que possam causar danos, como as repetitivas (ASSUNÇÃO et al., 2004).

A forma como o trabalho em saúde se organiza é o principal determinante da exposição dos trabalhadores aos acidentes ocupacionais. Portanto, é importante articular as instituições, unidades de atenção à saúde do trabalhador e Secretarias de Estado em prol da prevenção desses acidentes (SARQUIS et al., 2005).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é, de forma mais específica, o conjunto de ações que visa conhecer a magnitude dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, identificar os fatores de riscos operacionais, estabelecerem medidas de controle e prevenção e avaliar os serviços de saúde de forma permanente, visando à transformação das condições de trabalho e a garantia da qualidade da assistência à saúde do trabalhador (MACHADO, 2005).

## 7 RISCOS OCUPACIONAIS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Sabe-se da importância que o trabalho ocupa na vida das pessoas como fator relevante na formação da identidade e na inserção social. Considera-se que o bem-estar adquirido pelo equilíbrio entre as expectativas em relação à atividade profissional e sua concretização é um dos fatores que constituem a qualidade de vida. O trabalho é essencial para a vida humana, mas é também fonte de múltiplos riscos à saúde dos trabalhadores entre eles o estresse ocupacional, que é um dos riscos que compromete o bem-estar do indivíduo (LENNART, 2005).

Suportes afetivos e sociais que os indivíduos recebem durante seu percurso profissional e uma relação satisfatória e harmoniosa com a atividade de trabalho. É fundamental para o desenvolvimento nas diferentes áreas da vida humana. A fragilidade emocional provocada pela falta de tais suportes pode trazer grande sofrimento, e esse reflexo atua tanto na vida privada como no campo das relações de trabalho. O trabalhador, ao sentir-se sem alternativa de compartilhar suas dificuldades, tende a aumentar sua tensão emocional, o que conseqüentemente pode levar ao surgimento do estresse ocupacional (ABREU et al., 2005).

As condições do próprio ambiente de trabalho podem ser fatores agravantes de outros riscos. Tomando como exemplo um trabalhador exposto a substâncias químicas cancerígenas ou radiações ionizantes, e que, além disto, trabalha em ambientes fechados ou em confinamento tem um risco maior do que aqueles que trabalham a céu aberto (NEVES; GOMIDE, 2007).

Acidente de trabalho é aquele que ocorre em função do exercício do trabalho a serviço da instituição empregadora, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho, sendo acidente típico aquele que ocorre no local de trabalho e durante o exercício do mesmo (REIS, 2007).

Para atender a demanda e atingir metas por exigência de um mercado competitivo, as organizações necessitam cada vez mais administrar mudanças em seu ambiente organizacional. Estudos têm relatado que eventos como carga horária excessiva, ambiente psicologicamente insatisfatório, sobre carga de trabalho doméstico, velocidade rápida no trabalho e descontentamento no trabalho, diferenças de caixa e agressões dos clientes, pressão e cobranças por resultados, quadro de funcionários aquém das necessidades da instituição que leva ao acúmulo

de funções, representam situações de sofrimento e conseqüentemente pode levar ao estresse (FERNANDES et al., 2002).

Para Alan et al (2005) o controle e diminuição da ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais, torna-se imprescindível a realização de educação em saúde para todos os trabalhadores envolvidos com o setor. A educação, no ambiente de trabalho, serve de suporte para que os trabalhadores possam desempenhar suas funções com mais segurança e qualidade, constituindo-se uma exigência de todos os serviços de assistência à saúde.

Balsamo; Felli (2006) refere que a aplicação das medidas de proteção não é suficiente para garantir as medidas de prevenção, devendo fazer parte das estratégias as reflexões a respeito das mudanças de comportamento e as causas de acidentes. A não-adesão ou a baixa adesão às recomendações da utilização de barreiras de proteção é uma realidade, o que leva à indagação sobre outros fatores que podem estar contribuindo para este tipo de comportamento.

É importante lembrar que a segurança dos trabalhadores também depende de cada sujeito reconhecer os riscos presentes no ambiente de saúde. O trabalhador precisa ter um senso coletivo, desenvolver um sentido de responsabilidade com relação à sua própria segurança e à segurança dos seus colegas e pacientes (ALAN et al., 2005).

Segundo a legislação, os agentes ergonômicos causam riscos à saúde do trabalhador e costumam estar presentes nos ambientes de trabalho<sup>5</sup>. Cabe ressaltar a importância de se atentar para os procedimentos que são executados de forma repetitiva e monótona e em ritmo acelerado, pois são geradores de desgaste do trabalhador, expondo-o a riscos de acidentes, o que sugere a reorganização das atividades (BALSAMO; FELLI, 2006).

Royas; Marziale (2001) refere que entre os fatores de risco ocupacionais evidenciam-se:

Riscos físicos (inadequação de iluminação, temperatura e ruídos); riscos químicos (medicamentos, desinfetantes, esterilizantes e anestésicos); riscos biológicos (vírus, bactérias, fungos); riscos com materiais orgânicos (sangue, urina, partículas em suspensão); risco psicológico (excesso de trabalho, relacionamento humano difícil); risco social (agressões físicas e/ou verbais) e riscos ergonômicos (esquema de trabalho em turnos, carga física e mental, mobiliários inadequados).

Fatores ou agentes de risco ocupacional em contato com os trabalhadores em seu ambiente de trabalho podem provocar adoecimentos em decorrência da maneira como o trabalho é organizado e executado podendo potencializar condições acidentogênicas (ASSUNÇÃO, 2003).

Camelo; Angerami (2007) refere que a permanência dos fatores de riscos psicossociais no ambiente de trabalho é potencialmente comprometedor ao bem-estar físico e mental dos trabalhadores, trazendo consequências para a sua saúde e, posteriormente, para o seu contexto laboral.

Os fatores relacionados ao tempo e ao ritmo laboral, assim como os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou burnout, favorecendo na determinação do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocarão tensão e, por conseguinte, sofrimento e transtornos mentais (OLIVEIRA, 2003).

Spíndola (2000) relata que o conflito no grupo de trabalho pode ser positivo, quando estimula a busca de soluções para o problema; todavia, caso a situação conflituosa seja contínua e ocorra à falta de coesão, poderá causar frustrações e favorecer o aparecimento de moléstias somáticas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se neste estudo identificar aspectos do referencial teórico e características compartilhadas pelos campos da saúde do trabalhador; como os avanços históricos, conceituais, metodológicos e a legislação vigente, assim como algumas das dificuldades para sua concretização nos ambientes de trabalho.

As ações integradas e interinstitucionais, abrangendo todos os trabalhadores, independentemente da forma de vinculação ao trabalho e privilegiando as ações de promoção, prevenção e proteção sobre as de reparação, certamente poderão contribuir para a melhoria da saúde dos trabalhadores.

O trabalho como atividade, pressupõe que seja convocado o sujeito no trabalho, uma vez que o trabalho jamais é feito sem o trabalhador. A relação entre o homem e o ambiente envolve aspectos físicos e funcionais que contribuam para com uma harmonização simbiótica.

Estudos sobre este tema tornam-se importantes, quando se tem em mente o sonho de trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do trabalho. Isto é uma possibilidade concreta, num mundo em rápida transformação. No entanto, para que o trabalhador tenha um equilíbrio biopsicossocial, é importante entendê-lo como ser de necessidades múltiplas, no trabalho, mas também fora dele.

Observou-se, nesta revisão, que mudanças nas práticas do trabalho e do trabalhador e na consolidação de novos paradigmas do processo, respeitando as relações de trabalho, podem ser de grande valia para a superação de modelos que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes na vida do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

ABREU, K. L. et al. Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da Psicologia. **Psicol Cienc Prof**, v. 2, n. 22, p. 22-29, 2002.

ASSUNÇÃO, N. A. et al. O homem como ator central no processo de trabalho e no desenvolvimento tecnológico. **Rev Nursing**, n. 7, p. 19-23, 2004.

ALAN, M. M. et al. Educação ambiental e o conhecimento do trabalhador em saúde sobre situações de risco. **Cienc Saude Colet**, n. 10, p. 39-47, 2005.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma Contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciênc saúde coletiva**, v. 8, p.1005-18, 2003.

BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 3, n. 14, p. 346-53, maio/jun. 2006.

BARROS, M. B.; MORI, M. E.; BASTOS, S. S. **O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde**: o dispositivo Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFS. Unijuí, 2007.p.99-121.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador (a). **Política nacional de saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n. 800. Disponível em: [http://200.189.113.52/ftp/Saudedotrabalhador/05MPS\\_MS\\_MTE\\_800.doc](http://200.189.113.52/ftp/Saudedotrabalhador/05MPS_MS_MTE_800.doc). Acesso em: 20 out. 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Anuário estatístico de acidentes do trabalho**, Brasília, DF, v.1, p. 1-888, 2008. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php>. Acesso em: 12 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: desafio da construção de um modelo estratégico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.125/GM de 6 de Julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://.saude.gov.br/sas/portarias/htm>. Acesso em: 13 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://.saude.gov.br/sas/portarias/htm>. Acesso em: 13 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho.** Brasília, DF, 2007. v.1. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BUENO, E. Brasil: uma História. **A incrível saga de um país.** São Paulo: Ática; 2002. P. 445.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Rev enferm**, UERJ. v. 7, p. 15:502, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Trabalhador da saúde muito prazer:** protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Unijuí, 2007. p. 11-5.

CANGUILHEM, G. Meios e normas do homem no trabalho. **Proposições**, Campinas, v. 12, n. 2-3, p. 109-121, jul./nov. 2001.

CASTRO, A. A. Formulação da pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Revisão sistemática com e sem metanálise.** São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <http://www.metodologia.org>. Acesso em: 10 jan. 2012.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 1, n. 10, p. 241-48, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>. Acesso em: 12 jan. 2012.

DEJOY, D. M.; WILSON, M. G. Organizational health promotion: broadening the horizon of workplace health promotion. **Am J Health Promot.**, v. 5, n. 17, p. 337-41, 2003.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde o trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Cien Saúde Colet.** v. 4, n. 10, p. 817-828, 2005.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. **Rev Enferm, UERJ.** n. 13, p. 167-174, 2005.

FERNANDES, R. C. P. et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 3, n. 18, p.:80716, 2002.

FIGUEIREDO, I. M. et al. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. **Rev enferm, UERJ.** n. 17, p. 262-7, 2009.

FUKUMITSU, K. O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. **O cuidado na saúde e na doença:** uma perspectiva gestáltica. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.

GIL, M. **O que as empresas podem fazer pela inclusão das pessoas com deficiências.** São Paulo: Instituto Ethos de Responsabilidade Social, 2002.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Rev Ciência Saúde Coletiva,** v. 10, p. 797-807, 2005.

HAMALAINEM, P.; TAKALA, J.; SAARELA, K. L. Global estimates of occupational accidents. **Safety Science,** Kidlington, Reino Unido, v. 44, p. 137-156, 2006.

JUNIOR, M. F. **Saúde no trabalho:** Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Rocca; 2000. P. 357.

KEMP, P. A. **Trends in disability benefits in post-industrial Welfare States.** Genebra: ISSA, 2006.

LACAZ, F. C. O Campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre relações de trabalho. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.757-766, 2007.

LENNART, L. M. D. O guia da comissão europeia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: ROSSI, N. A. Stress e Qualidade de Vida no Trabalho. **Perspectivas Atuais da Saúde Ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005. p.16781.

LINO, D.; DIAS, E. C. **A globalização da economia e os impactos sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores**. 2006. Disponível em: <http://www.instcut.org.br/htm>. Acesso em: 12 jan. 2011.

LONGEN, W. C. **Ginástica laboral na prevenção de LER/DORT: um estudo reflexivo em uma linha de produção**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2003.

LUNDSTROM, T. et al. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. **Am J Infect Control.**, v. 2, n. 30, p. 93–106, 2002.

MAENO, M.; CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 4, n. 10, p. 987-92, 2005.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto-Enferm.**, v. 3, n. 15, p. 508–14, 2006.

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

NAPOLEÃO, A. A. et al. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem.**, v. 3, n. 8, p. 119–20, 2000.

NEVES, E.; GOMIDE, M. O uso de dispositivos de proteção auditiva nos tiros de fuzil e artilharia. **Cad. Saúde Colet**, v. 15, n. 1, p. 97-116, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, B.; MUROFOSE, N. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001.

OLIVEIRA, D. A. **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2003.

OIT. **Agenda nacional do trabalho decente**, 2006. Disponível em: <http://www.oitabril.org.br>. Acesso em: 12 jan. 2011.

PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 2, n. 7, p. 335-34, 2002.

PINTO, A. L. T. et al. **Segurança e Medicina do Trabalho**. São Paulo: Saraiva, 2008.

REIS, R. S. **Segurança e medicina do trabalho: normas regulamentadoras**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2007.

REPULLO JÚNIOR, R.; GOMES, J. R. Brazilian union actions for workers' health protection. **Med J**. São Paulo, v. 1, n. 23, p. 24–9, 2005.

RIGOTTO, R. M., AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, n. 23, p. 475-501, 2007.

ROYAS, A. D. V.; MARZIALE, M. H. P. A atuação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 1, n. 9, p. 102-8, 2001.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde no Brasil: limites, avanços e desafios**. 2009.

SANTOS-FILHO, S. B. **Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teóricos-políticos da saúde do trabalhador e do Humaniza SUS**. Unijuí, 2007. p. 73-96.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao protocolo de monitoramento dos trabalhadores de saúde após exposição a fluidos biológicos: uma problemática vivenciada em um ambulatório de saúde do trabalhador no Paraná. **Rev Cogitare Enferm**, n. 10, p. 47-53, 2005.

SOÁREZ, P. C. et al. Translation into Brazilian Portuguese and validation of the work limitations questionnaire. **Rev Panam Salud Publica**, v. 1, n. 22, p. 21-8, 2007.

SCHWARTZ, Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004.

SHANNON, H. S.; ROBSON, L. S.; SALE, J. E. M. Creating safer and healthier workplaces: role of organizational factors and job characteristics. **Am J Ind Med**, v. 3, n. 40, p. 319–34, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico da função cardiovascular. In: BRUNNER; SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 682-700.

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem. **Rev esc enferm USP**, n. 34, p. 354-61, 2000.

TACHIZAWA, T. **Gestão com pessoas**: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios. São Paulo: FVG, 2001.

TERSSAC, G.; MAGGI, B. **O trabalho e a abordagem ergonômica**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004. p. 79-104.

VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **As Políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador**: Tempos de Avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.24, n.55, p. 92-103, 2000.

VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Direitos humanos e saúde no trabalho. *Saúde e direitos humanos*. **Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH)**, ano. 4, n. 4. Brasília, p. 113-134, 2008.

WINWOOD, P. C.; WINEFIELD, A. H.; LUSHINGTON, K. Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. **J Adv Nurs.**, v. 4, n. 56, p. 438–49, 2006.

Amaral, Carlos Magno Beckman

A saúde do trabalhador e os aspectos históricos, conceituais e metodológicos/Carlos Magno Beckman Amaral. – São Luís, 2012.

35f.

Monografia (Pós-Graduação em Medicina do Trabalho) – Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Saúde do trabalhador. 2. Aspectos históricos. 3. Aspectos conceituais e metodológicos. I. Título.

CDU 331.442