

Revisão narrativa sobre a questão da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde

Revisión narrativa sobre el tema de la salud de los trabajadores en el Sistema Único de Salud

Narrative review on the issue of workers' health in the Unified Health System

Recebido: 28 jul 2021

Revisado: 05 nov 2021

Aceito: 22 nov 2021

Autor de correspondência:

Áquilas Mendes
aquilasmendes@gmail.com

Como citar: Cunha FM,

Mendes Á. Revisão narrativa sobre a questão do trabalho no Sistema Único de Saúde. J Manag Prim Health Care. 2021;13:e018. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1164>.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



Francisco Mogadouro da CUNHA⁽¹⁾
Áquilas MENDES^(1,2)

⁽¹⁾ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, Departamento de Política, Planejamento e Gestão, São Paulo, SP, Brasil.

⁽²⁾ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, Faculdade de Economia, Administração, Contábeis e Atuariais, Departamento de Economia, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

A partir do método dialético materialista, com destaque para a centralidade do trabalho no modo de produção capitalista, analisa-se como o Sistema Único de Saúde – SUS vem abordando a questão do trabalho. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura a partir de três importantes periódicos do campo da Saúde Coletiva: Cadernos de Saúde Pública; Ciência & Saúde Coletiva; e Trabalho, Educação e Saúde. Foram contemplados os artigos científicos desses periódicos constantes nas bases de dados Lilacs – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Medline – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. Utilizou-se o item-chave 'Saúde do Trabalhador', e, após o processo de seleção, 19 artigos foram considerados incluídos. A discussão sobre esses artigos foi organizada de forma a abordar cinco questões centrais: (1) os antecedentes históricos da política de Saúde do Trabalhador; (2) a estratégia mais recente denominada Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, assim como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT; (3) o papel da Atenção Primária à Saúde; (4) os desafios estruturais do SUS; (5) a atuação intersetorial. Avaliou-se que o debate sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador aparece nos artigos de forma descritiva, abordando pouco a precariedade e a insuficiência da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS. O papel da Atenção Primária à Saúde é mencionado sem levar em conta que a população trabalhadora já é atendida por esses serviços, como se as questões de Saúde do Trabalhador constituíssem uma nova atribuição. Os desafios estruturais do SUS são abordados de forma fragmentada e superficial. A atuação desarticulada dos setores do Estado sobre a questão do trabalho é retratada, mas não se analisam as contradições de forma mais ampla.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Resumen

Con base en el método dialéctico materialista, con énfasis en la centralidad del trabajo en el modo de producción capitalista, se analiza cómo el *Sistema Único de Saúde* – SUS ha venido abordando el tema del trabajo. Por ello, se realizó una revisión de la literatura narrativa de tres importantes publicaciones periódicas en el campo de la Salud Pública: *Cadernos de Saúde Pública*, Ciencia y salud pública; y *Trabalho, Educação e Saúde*. Se incluyeron artículos científicos de estas revistas incluidas en las bases de datos Lilacs - Literatura Latinoamericana y Caribeña en Ciencias de la Salud y Medline - Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en Línea de la *Biblioteca Virtual de Saúde* - BVS. Para ello se utilizó el ítem clave 'Salud de los trabajadores' y tras el proceso de selección se consideraron incluidos 19 artículos. La discusión de estos artículos se organizó de manera que se abordaran cinco temas centrales: (1) los antecedentes históricos de la política de Salud Ocupacional; (2) la estrategia más reciente denominada Red Nacional de Atención Integral a la Salud Ocupacional (RENAST), así como la Política Nacional de Salud Ocupacional – PNSTT; (3) el papel de la Atención Primaria de Salud; (4) los desafíos estructurales del SUS; (5) acción intersectorial. Se evaluó que el debate sobre la Red Nacional para la Salud Integral de los Trabajadores aparece en los artículos de manera descriptiva, sin abordar la precariedad e insuficiencia de la atención de salud a los trabajadores del SUS. Se menciona el rol de la Atención Primaria de Salud sin tener en cuenta que la población ocupada ya es atendida por estos servicios, como si los temas de Salud Ocupacional fueran una nueva atribución. Los desafíos estructurales del SUS se abordan de manera fragmentada y superficial. Se retrata la acción desarticulada de los sectores del Estado en el tema laboral, pero no se analizan las contradicciones de manera más amplia.

Palabras-claves: Salud del Trabajador; Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud.

Abstract

Based on the materialist dialectical method, with emphasis on the centrality of work in the capitalist mode of production, it is analyzed how the Unified Health System (SUS) has been addressing the issue of work. Therefore, a narrative literature review was carried out from three important periodicals in the field of Public Health: *Cadernos de Saúde Pública*, Science & Public Health; and *Trabalho, Educação e Saúde*. Scientific articles from these journals included in the databases Lilacs – Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Medline – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online of the VHL were included. For this purpose, the key item 'Workers' Health' was used and, after the selection process, 19 articles were considered included. The discussion on these articles was organized to address five central issues: (1) the historical background of the Occupational Health policy; (2) the most recent strategy called the National Network for Integral Attention to Occupational Health - RENAAT, as well as the National Policy on Occupational Health - PNSTT; (3) the role of Primary Health Care; (4) the structural challenges of the SUS; (5) intersectoral action. It was evaluated that the debate on the National Network for Comprehensive Workers' Health appears in the articles in a descriptive way, not addressing the precariousness and insufficiency of health care for workers in the SUS. The role of Primary Health Care is mentioned without taking into account that the working population is already served by these services, as if the issues of Worker's Health constituted a new attribution. The structural challenges of the SUS are approached in a fragmented and superficial way. The disjointed action of the sectors of the State on the issue of work is portrayed, but the contradictions are not analyzed in a broader way.

Keywords: Occupational Health; Unified Health System; Primary Health Care.

Introdução

Por que estudar a questão do trabalho e sua relação com o Sistema Único de Saúde – SUS? De forma geral, é importante perceber como as pessoas procuram com frequência os serviços de saúde buscando “consumir” exames, procedimentos ou medicamentos para diagnosticar e tratar problemas que quase nunca têm solução no plano individual. São, em

sua grande maioria, trabalhadoras e trabalhadores de condição social precária e baixa escolaridade, de categorias subalternas, com pouca ou nenhuma organização sindical, submetidos a condições de trabalho que levam, frequentemente, a problemas como as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT¹ e os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Apesar de suas inúmeras contradições – ampliação dos direitos sociais, por um lado, e defesa dos interesses do capital, por outro –, a Constituição Federal de 1988 avançou significativamente ao prever o direito universal à saúde em uma perspectiva ampliada, tendo na criação do SUS sua principal expressão do ponto de vista institucional². Dessa forma, coube ao Estado não somente prestar atendimento aos problemas de saúde da população, mas, também, implantar e executar políticas sociais e econômicas que levassem à construção de uma sociedade mais saudável, atuando, portanto, sobre a determinação social da saúde.²

Essa lógica é coerente com a da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986),³ cujo relatório final relacionou componentes da determinação social da saúde em uma formulação bastante avançada, não por acaso, encabeçada pela questão do **trabalho**:

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

a) trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho [...]^{3, p. 4}

Ainda que em formulação menos radical, a mesma ideia está presente na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/1990).⁴ ao definir a Saúde do Trabalhador e estabelecer sua abrangência.

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

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

[...] I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; [...] III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador.^{4, art. 6o, § 3o}

No entanto, passadas três décadas da criação do SUS, o país ainda tem pouco a comemorar quanto à saúde de seus trabalhadores. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho, em 2019, o Brasil, entre os países do G20, ocupa a segunda colocação em acidentes do trabalho, com cerca de 640 mil ocorrências, atrás apenas do México.⁵ Os dados, coletados e reunidos pelo Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho⁶, apontam para a notificação de 5.589.837 acidentes entre 2012 e 2020.

Para além dos acidentes, um exemplo emblemático do adoecimento relacionado ao trabalho no capitalismo contemporâneo é um fenômeno tão recente quanto a criação do SUS: a epidemia silenciosa de LER/DOR.^{1,7-9}

Para Ribeiro,⁸ as LER/DORT se referem a uma violência oculta característica do atual ciclo de desenvolvimento do capitalismo – em oposição aos acidentes de trabalho, uma violência explícita característica do ciclo anterior.

Certamente ainda mais silenciosa e negligenciada é a epidemia de transtornos mentais relacionados ao trabalho, que, por seu caráter menos tangível, são de detecção e notificação mais difícil que as LER/DORT.^{10,11}

Também merece destaque a questão não resolvida da precarização do trabalho dentro do próprio sistema de saúde: grande parte dos trabalhadores do SUS tem vínculo precário, ainda que em diferentes graus de precarização; é generalizada a terceirização por meio de novos modelos de gestão, quase sempre incorporando as tecnologias de gestão do trabalho típicas da iniciativa privada.¹²⁻¹⁴

Se a estrutura do Estado brasileiro, por meio do SUS, para prestar atendimento às necessidades de saúde da população, é insuficiente e subfinanciada – falhando, inclusive, na prevenção de surtos e epidemias de doenças como dengue e febre amarela –, o que dizer da atuação estatal sobre os determinantes sociais, que seria muito mais ampla segundo a formulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde? Parece bastante plausível a hipótese de que tal atuação é ainda mais tímida diante da lógica do Estado capitalista, cuja política econômica neoliberal sufoca todo gasto em políticas sociais.^{15,16}

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

A Saúde do Trabalhador padece, portanto, de uma dificuldade adicional em relação às demais políticas de saúde: formulada desde sua origem como alternativa operária às mais **dóceis** Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, ela pretende enfrentar as raízes do adoecimento gerado no próprio cerne do processo produtivo: a exploração da força de trabalho pelo capital, visando à extração de mais-valia.¹⁷

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

É esse o papel historicamente exercido pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional, ainda que com diferenças pontuais entre si. No limite, o interesse do capital é que continue hegemônica a lógica subjacente a ambas, e que, portanto, não exista uma política pública abrangente e consolidada de Saúde do Trabalhador.¹⁸

Assim, a Saúde do Trabalhador é, necessariamente, campo de luta entre as classes sociais, expressando o caráter contraditório do modo de produção capitalista e sua falha metabólica que leva ao adoecimento dos trabalhadores.^{18,19}

Apesar disso, alguns autores indicam que a produção acadêmica brasileira sobre saúde e trabalho é marcada pela construção de conhecimento fragmentado, disperso, unidisciplinar e até mesmo tecnicista; constata-se, também, um distanciamento das explicações mais globais, que dão lugar a estudos de situações particulares.^{20,21}

A Saúde do Trabalhador enfrenta uma dificuldade ainda maior, pois lida com o adoecimento relacionado ao processo de produção capitalista, que opõe os interesses do capital e do trabalho.

Assim, o objetivo do presente estudo é caracterizar, por meio de uma revisão narrativa, a atuação do Sistema Único de Saúde – SUS – entendido aqui como uma política social sujeita às contradições vigentes no Estado capitalista – sobre as questões de saúde relacionadas ao trabalho.

Metodologia

A partir do referencial teórico marxista e da centralidade do trabalho, analisou-se como o SUS vem abordando a questão do trabalho. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura.

É importante reconhecer que o método do materialismo histórico-dialético, com base em Marx, refuta qualquer análise a-histórica, neutra e funcionalista da realidade estudada. Compreende-se que esse paradigma é o que melhor explica o objeto de estudo, por identificar uma visão da totalidade concreta do fenômeno, já que a questão do trabalho deve ser vista nessa perspectiva, no contexto da particularidade da história de desenvolvimento do SUS.

A opção foi a de realizar a revisão por meio da produção de artigos científicos publicados em principais periódicos do campo da Saúde Coletiva. Neste sentido, em 2015,

um número especial da revista Ciência & Saúde Coletiva tratou de discutir os principais periódicos desse campo. O artigo de Parker²² relaciona 10 periódicos de Saúde Coletiva indexados na SciELO nos anos 2011, 2012 e 2013. A partir de sua lista de periódicos, foram selecionados apenas três, correspondendo a apenas um tipo de classificação Qualis Capes (A2, B1 e B2), respectivamente, sendo: "Cadernos de Saúde Pública"; "Ciência & Saúde Coletiva"; e "Trabalho, Educação e Saúde". Entende-se que esses três periódicos podem ser utilizados nesta revisão na medida em que são representativos do campo de Saúde Coletiva.

Para a busca dos artigos científicos, contemplaram-se as coleções integrais dos três periódicos selecionados, sendo: "Cadernos de Saúde Pública" (desde 1985); "Ciência & Saúde Coletiva" (desde 1996); "Trabalho, Educação e Saúde" (desde 2003).

Optou-se por definir 'Saúde do Trabalhador' como item-chave para executar o levantamento dos artigos. No campo da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana, o termo 'Saúde do Trabalhador' vem sendo utilizado desde a década de 1970 em contraposição à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional.¹⁹ Atualmente, esse termo é utilizado tanto para fazer referência a uma área específica dentro do campo da Saúde Coletiva como para abordar uma política específica do SUS.²³ Além disso, é importante acrescentar que 'Saúde do Trabalhador' constitui-se descritor mais amplo do campo da Saúde Coletiva relacionado nos 'Descritores em Ciência da Saúde' da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

Para a execução da busca dos artigos, utilizou-se essa BVS, restringindo-se às bases de dados Lilacs e Medline. A BVS permite a elaboração de um filtro contemplando os três periódicos selecionados em uma única operação, assim como exportar os resultados em uma única planilha.

A busca foi realizada em 13/ago/2018 e atualizada em 24/jul/2021, contemplando, portanto, os artigos cadastrados nas duas bases de dados Lilacs. Construiu-se o termo de busca correspondente a todos os artigos dos três periódicos. Nesse sentido, utilizou-se o item-chave 'Saúde do Trabalhador', indicado como 'assunto principal', isto é, "mj", como identificado nas bases. A partir daí, incluiu-se o operador booleano "AND" para cruzar com as Revistas selecionadas, sendo que nas bases de dados se refere a "ta" – Título da Revista, em sua forma abreviada. Ainda, utilizou-se o operador booleano "OR" para incluir as três revistas. A sintaxe, após essa identificação, está expressa a seguir:

(mj:("saúde do trabalhador"*)) AND (ta:(*"Cad Saude Publica"* OR *"Cien Saude Colet"* OR *"Trab. educ. saúde"*)) AND (db:(*"MEDLINE"* OR *"LILACS"*))*

A partir dessa sintaxe, foi possível obter uma lista de 334 artigos indexados nas bases. Após as redundâncias entre as duas bases e as entradas que não correspondiam a artigos científicos (editoriais, entrevistas, resenhas, reportagens, comentários etc.), foram eliminados 128 artigos.

Após leitura de todos os resumos, 16 itens foram excluídos: 12 por não terem relação com o tema, sugerindo uma indexação equivocada, e 4 por tratarem somente de experiências em outros países (Chile, Colômbia e México). Assim, foi delimitada uma base de 190 artigos.

A partir da leitura de seus resumos, os artigos foram classificados em 4 categorias, de acordo com o tipo de estudo: debate teórico (53), estudo de caso (65), estudo epidemiológico (67), revisão de literatura médica (5).

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

De acordo com o objetivo da presente revisão, com enfoque na questão da 'Saúde do Trabalhador' no Sistema Único de Saúde, foram selecionados para leitura integral os 53 artigos classificados na categoria debate teórico, que se concentrava na discussão teórica no âmbito do SUS, publicados pelos três periódicos, ficando distribuídos da seguinte forma: 27 por "Ciência e Saúde Coletiva", 24 por "Cadernos de Saúde Pública" e 2 por "Trabalho, Educação e Saúde".

Foi realizada a leitura sistemática dos artigos incluídos (53), seguindo a ordem cronológica de publicação, de forma a identificar as principais questões abordadas e os referenciais teóricos.

Para a presente revisão, como a questão do trabalho vem sendo abordada no SUS, foram selecionados apenas 19 artigos, na medida em que o restante (34) dialogava, mais especificamente, com a questão do trabalho no campo geral da saúde coletiva – o que não era objeto desta revisão.

Resultados

A apresentação dos resultados dos 19 artigos incluídos nesta revisão foi organizada de forma a abordar cinco questões centrais: (1) os antecedentes históricos da política de Saúde do Trabalhador; (2) a estratégia mais recente denominada Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, assim como a Política Nacional de Saúde do

Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT; (3) o papel da Atenção Primária à Saúde; (4) os desafios estruturais do SUS; (5) a atuação intersetorial.

Política de Saúde do Trabalhador: antecedentes históricos

Conforme relatam Dias e Hoefel,²⁴ a organização de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores surgiu no século XVIII, na Inglaterra, como resposta dos proprietários de indústrias aos prejuízos decorrentes de acidentes e das péssimas condições de trabalho. Surgiu, assim, a Medicina do Trabalho, desde então de caráter assistencial e biologicista, dirigida à seleção e à manutenção da higidez da força de trabalho – vendo, portanto, o trabalhador como mero objeto de sua atuação.

Na primeira metade do século XX, diante das mudanças nos processos produtivos, foi constituída uma alternativa à Medicina do Trabalho: a Saúde Ocupacional, que incorpora outros profissionais e aborda aspectos da higiene, ergonomia e segurança do trabalho. Ainda assim, a ênfase permanece sendo o ambiente de trabalho, e o trabalhador segue como objeto das ações.²⁴

A partir da década de 1950, na vigência das políticas públicas adotadas pelo Estado Social em países europeus, surgiram novos questionamentos sobre as condições de trabalho e sua relação com a saúde. Um marco importante desse debate ocorreu na Itália, cuja Reforma Sanitária teve participação importante dos trabalhadores organizados. Os trabalhadores não eram mais objetos, e, sim, sujeitos da luta por melhores condições de trabalho e de vida, sob o princípio da não delegação.²⁴

Ainda segundo Dias e Hoefel,²⁴ ecos do movimento que ocorria na Itália chegaram ao Brasil na década de 1970, em um momento histórico marcado pelo processo de luta pela redemocratização do país. Com o apoio de trabalhadores organizados em um novo sindicalismo e em sintonia com as formulações da epidemiologia social, a agenda da Reforma Sanitária Brasileira – RSB incluiu as questões de Saúde do Trabalhador.

Para Minayo-Gomez e Lacaz,²¹ o processo de implantação dos serviços de Saúde do Trabalhador no sistema de saúde brasileiro pode ser compreendido historicamente em dois momentos distintos.

No primeiro momento, entre 1978 e 1986, esse processo estava articulado com o movimento pela Reforma Sanitária – tanto que, em 1986, ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, como seu desdobramento, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Propunha-se a atenção à saúde dos trabalhadores como prática de Saúde Pública na rede básica, através dos Programas de Saúde do Trabalhador - PST. Já eram adotados princípios e diretrizes que posteriormente seriam incorporados no SUS:

participação/control social, integralidade e universalidade. O período histórico coincide com os grandes movimentos grevistas dos anos 1970-80.

Para Oliveira *et al.*²⁵ a conjuntura política do período deixou sua marca na Constituição Federal de 1988 – que prevê as ações de Saúde do Trabalhador no mesmo inciso do Artigo 200, que trata da Vigilância Sanitária e Epidemiológica – e em 21 das 26 constituições estaduais. Os autores constataram grande diversidade de tais disposições entre os estados, levantando a hipótese de que a legislação é mais avançada onde o movimento sindical é mais atuante sobre a Saúde do Trabalhador. Lacaz¹⁹ aponta que o mesmo processo ocorreu em alguns municípios, no processo de elaboração de suas leis orgânicas – ainda que com resultados frustrantes em termos de execução.

Já para Cabral, Soler e Lopes,²⁶ a década de 1980 foi a época de ouro da consolidação da Saúde do Trabalhador, tendo em vista a ocorrência de debates acadêmicos, intercâmbios com o movimento operário italiano, criação de assessorias e departamentos sindicais, assim como a profusão de matérias na imprensa sindical a respeito dos acidentes e das condições precárias de trabalho.

O segundo momento apontado por Minayo-Gomez e Lacaz,²¹ entre 1987 e 1997, foi caracterizado pela transição dos PST para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST. Foi nesse período que ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994), e o momento histórico corresponde à institucionalização legal do SUS e ao processo de municipalização.

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

Ainda segundo Minayo-Gomez e Lacaz,²¹ essa polêmica e as contingências da conjuntura política levaram à constituição dos CRST, com elementos da segunda posição: eles são instâncias que se propõem especializadas, com caráter de referência secundária para a rede básica. Avaliam, ainda, que essa articulação com a rede básica não se efetivou e que a rede do SUS ficou alheia à problemática da saúde/doença relacionada ao trabalho. Além disso, apontam que a prioridade dada pelos CRST à assistência limitou as possibilidades de intervenção sobre ambientes e processos de trabalho nocivos à saúde.

Por outro lado, Dias e Hoefl²⁴ avaliam que houve avanços por parte do Ministério da Saúde na década de 1990: apesar de certa instabilidade institucional – a área de Saúde do Trabalhador ora ficava lotada na estrutura da Assistência à Saúde, ora na Vigilância, ora em outras instâncias administrativas –, foram elaborados protocolos, normas e diretrizes, como

a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST, a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e um Manual de Procedimentos para toda a rede de serviços de saúde.

A estratégia da RENAST e a PNSTT

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST foi criada pela portaria 1.679/2002 do Ministério da Saúde.²⁴ Ainda que com críticas e desencontros, esse instrumento foi apoiado pelos profissionais dos CRST e por setores de movimento dos trabalhadores. Afinal, pela primeira vez, haveria financiamento específico para ações de Saúde do Trabalhador, vinculado a um Plano de Trabalho em nível estadual e municipal.

Dias e Hoefel²⁴ afirmam que, a partir de 2003, a área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como principal estratégia visando a uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

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

Para Minayo-Gomez e Lacaz,²¹ seria fundamental que a RENAST caminhasse para a superação da dicotomia entre assistência e vigilância, além de incorporar estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Nesse sentido, Dias e Hoefel²⁴ afirmam que a RENAST prevê a organização de uma rede sentinela de notificação abrangendo todo o território nacional: serviços organizados de forma a garantir a geração de informação e viabilizar a vigilância da saúde.

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

Jacques, Milanez e Mattos²⁷ relatam a trajetória de implantação da RENAST: a portaria original de 2002 previu a criação de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador CEREST entre 2002 e 2004, sendo 27 estaduais e 103 regionais, a partir dos Programas de Saúde do Trabalhador - PST já existentes. A portaria 2.437/2005 ampliou esse número para 200.

Já a Portaria 2.728/2009 manteve a meta de 200 CEREST, mas seu texto deixou de contemplar a descrição das funções e o quadro de pessoal dessas unidades, ao contrário das anteriores. Os autores avaliam que essa omissão dá mais flexibilidade para a proposição de ações voltadas à realidade local, mas, por outro lado, dá margem a desconhecimento e pouca clareza sobre o papel do CEREST.

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

Galdino, Santana e Ferrite,²⁸ ao avaliarem o efeito dos CEREST na notificação de acidentes de trabalho, constataram que a maioria dessas unidades se encontrava em grau intermediário de implantação em diversas dimensões avaliadas; a notificação de acidentes foi a dimensão com mais alto grau de implantação. Variáveis relacionadas à estruturação efetiva do serviço, como capacidade instalada e equipe compatível com a demanda apresentaram correlação positiva com o efeito sobre as notificações.

Segundo Vasconcellos, Minayo-Gomez e Machado,²⁹ a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT tem como objetivo prioritário fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT, a partir da RENAST e seus centros executores – os CEREST.

Ao observar a VISAT numa perspectiva de “ação pública coordenada, articulada e harmônica”, avaliam que ainda há muito por fazer, pois são minoritários os casos em que se pode falar de implantação sistemática de VISAT.^{29, p. 4618}

No mesmo sentido, Machado³⁰ aponta a VISAT como fugaz, em decorrência do grau de instabilidade das experiências e de sua limitada resistência às mudanças internas nos governos municipais; e regionalizada, por se concentrar, principalmente, nos estados em que há confluência de atores institucionais favoráveis à sua implementação, com destaque para o movimento sindical.

O papel da Atenção Primária à Saúde

A ideia de Atenção Primária à Saúde – APS é referência para a organização de muitos sistemas de saúde no mundo, ainda que de forma bastante heterogênea. Matta e Morosini³¹ procuram sintetizar as diversas concepções da seguinte forma:

[...] uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.^{31, p. 44}

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

Embora a Saúde do Trabalhador seja mencionada somente de forma periférica na Política Nacional de Atenção Básica,³² entende-se que a APS atende à população trabalhadora cotidianamente – particularmente, seus segmentos mais precarizados.

Ao mesmo tempo, o trabalho na APS também é marcado pela precarização, que afeta todas as categorias profissionais, com maior força no caso dos agentes comunitários de saúde.³³ Por sua vez, Lacaz comenta a “não sensibilização dos profissionais de saúde da rede básica para os problemas de saúde relacionados com o trabalho”.^{19, p. 12}

Dias *et al.*³⁴, assim como Santos e Rigotto,³⁵ abordam a APS com ênfase no seu papel diante do ambiente, do território e das relações de produção que ali ocorrem.

Para Santos e Rigotto,³⁵ a Estratégia de Saúde da Família – ESF foi proposta nos anos 1990 como mecanismo de reorientação do modelo assistencial, baseando-se no trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita localizada em uma área delimitada. Caberia a essa equipe realizar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A ESF teria, portanto, diferenças marcantes em relação ao modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico.

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

Diante disso, Santos e Rigotto³⁵ apresentam o desafio de integrar as questões ambientais e de produção na atuação das equipes da ESF: para além de uma territorialização meramente descritiva, é necessário reconhecer os processos produtivos instalados no território e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores. Os autores apresentam uma proposta nesse sentido, com questões a serem observadas pelas equipes em seus territórios.

Dias *et al.*³⁴ também abordam o papel da APS como centro de comunicação de uma rede horizontal de cuidado, responsável por resolver a grande maioria dos problemas de saúde e organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas nessa rede.

No mesmo sentido, Dias e Hoefel²⁴ consideram que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica. Afinal, nesse nível de atenção, são possibilidades concretas

o acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença, assim como a avaliação e o manejo de situações de risco no trabalho.

No entanto, as autoras apontam que essa atuação não pode apenas se tornar mais uma atribuição das já sobrecarregadas equipes, sendo necessário que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, com garantia de capacitação e mecanismos de referência e contrarreferência.²⁴

Ao descrever a mudança recente no perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores, Dias e Hoefel²⁴ relatam o aumento da prevalência de LER/DORT – cujos casos correspondem a cerca de 80% dos atendimentos nos CRST – e de formas de adoecimento mal caracterizadas, como estresse, fadiga e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Porém, as autoras não estabelecem relação entre essas questões e a demanda atendida na Atenção Primária à Saúde.

Os desafios estruturais do SUS

Alguns dos artigos incluídos nesta revisão mencionam problemas estruturais do SUS ao tratar da política de Saúde do Trabalhador, embora nenhum deles faça uma análise abrangente e detalhada do conjunto desses problemas.

Em artigo publicado ainda nos primeiros anos de existência do SUS, Oliveira e Vasconcellos³⁶ já apontam o caráter de marginalidade da área de Saúde do Trabalhador no sistema, assim como a fragmentação de atribuições e responsabilidades. Os autores afirmam que, embora a Lei Federal 8.080/1990 atribua ao SUS a responsabilidade pela assistência médica às vítimas de acidentes e doenças do trabalho, na prática, isso ainda ocorre por meio de convênios com prestadores privados nos moldes do INAMPS.

Já Lacaz¹⁹ apresenta um problema citado apenas pontualmente em outros artigos: o papel contraditório do movimento sindical com relação ao SUS. O autor relata que, ao mesmo tempo que algumas centrais sindicais defendiam o sistema público em eventos nacionais, seus sindicatos reivindicavam cláusulas que ampliavam os convênios médicos e o sistema privado.

Dias e Hoefel²⁴ atribuem a fragilidade do controle social às mudanças no mundo do trabalho, com reflexo na organização sindical, uma vez que as categorias mais atingidas pela precarização “ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais”.^{24, p. 826}

A questão do controle social é tratada, também, por Lacaz e Flório,³⁷ que fazem um balanço das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (11ª, em 2000; 12ª, em 2003) e da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005). Os autores apontam a falta de

legitimidade dessas instâncias e a correlacionam à reestruturação produtiva neoliberal, assim como ao predomínio de interesses corporativos e particularistas.

O estudo de Facchini *et al.*³⁸ apresenta com maior profundidade um tema que aparece em vários outros artigos: a fragilidade dos sistemas de informação do SUS, assim como a necessidade de construção de um Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador integrado aos demais sistemas, de forma a produzir dados abrangentes e confiáveis sobre os agravos relacionados ao trabalho. Os autores apontam problemas como as inconsistências na base de dados do Cartão Nacional de Saúde (também chamado de Cartão SUS) e as dificuldades de infraestrutura tecnológica.

Além disso, Facchini *et al.*^{38, p. 859} afirmam que "o SUS não valoriza o trabalho como uma das categorias centrais para o entendimento do processo saúde-doença na população" e que há consenso sobre a escassez e a inconsistência das informações produzidas pelo SUS sobre Saúde do Trabalhador. Seria, portanto, um desafio o registro de todos os contatos dos trabalhadores com o sistema de saúde, de forma a incluir informações sobre o trabalhador e seu trabalho em todos os sistemas, inclusive hospitalares e de urgência/emergência.

Ainda sobre os sistemas de informação, Santos e Rigotto³⁵ apontam as fragilidades do Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) a partir de 2013, substituído pelo novo sistema e-SUS AB –, cuja unidade de análise é a família, o que dificulta a análise do território de forma mais ampla.

A atuação intersetorial

Diversos artigos apontam a falta de ações articuladas entre as instâncias do SUS e Delegacias Regionais do Trabalho – DRT, vinculadas ao Ministério do Trabalho, e a previdência social, atribuição do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, órgão do Ministério da Previdência Social. Constatam, inclusive, as disputas entre setores do próprio Estado, por conta de suas atribuições conflitantes e de concepções divergentes, levando, inclusive, à falta de compartilhamento de informações.^{21,24,28-30,36,38}

Nesse sentido, Lacaz¹⁹ apresenta um elemento histórico relevante: relata que a principal resolução da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, foi a unificação no SUS de todas as ações de saúde do trabalhador. Embora vitoriosa, essa proposta enfrentou resistência dos representantes do Ministério do Trabalho já na própria conferência, e nunca chegou a ser efetivada.

O artigo de Miranda e Dias³⁹ é o único que trata especificamente o papel da inspeção do trabalho, área de atuação de ambos os autores (médicos do trabalho e auditores fiscais lotados na DRT de Salvador (BA)).

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

Já a previdência social é tema específico de dois artigos: Takahashi e Iguti⁴⁰ e Pinto Júnior, Braga e Roselli-Cruz.⁴¹ Os primeiros autores relatam o desmonte da estrutura que havia no INSS para reabilitação profissional, levando à desassistência dos segurados acidentados e adoecidos. As autoras correlacionam esse desmonte à implantação do receituário neoliberal, entendido como uma resposta do capital à sua crise em escala global. Afirmam, ainda, que o ideário neoliberal prescreve, também, a reestruturação produtiva e a desregulamentação do trabalho, com impactos sociais negativos.

Já Pinto Júnior, Braga e Roselli-Cruz⁴¹ analisam a prática da perícia médica dentro do INSS, responsável pela concessão ou negativa de benefícios e pelo estabelecimento de nexo causal entre incapacidade e trabalho.

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

Ainda com relação à previdência social, Cabral, Soler e Lopes²⁶ analisam a legislação que trata dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais, constatando que há inadequações que favorecem a subnotificação. Os autores fazem a proposta de alterar a legislação de forma a incluir um terceiro tipo de acidente de trabalho – o acidente de dupla espécie, que corresponderia à situação em que uma doença ocupacional ocorre como consequência em longo prazo de um evento traumático ocorrido. Um exemplo apresentado pelos autores é o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático em trabalhadores que tenham vivenciado um evento catastrófico.

Ferreira e Anjos⁴² abordam a relação entre a Saúde do Trabalhador e as políticas públicas de limpeza urbana, tendo em vista a exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos) que afetam tanto os trabalhadores envolvidos diretamente (catadores e coletores de lixo) quanto a população em geral, particularmente, aquela que vive em condições mais precárias.

Por fim, os artigos de Druck⁴³ e Leão⁴⁴ abordam dois desafios que o mundo do trabalho apresenta ao setor saúde. O primeiro trata da possível alteração na legislação federal trabalhista, possibilitando aos empregadores a terceirização irrestrita de qualquer atividade (e não apenas das atividades-meio); e o segundo aborda a persistência do trabalho escravo no Brasil e no mundo, provocando o SUS a tratá-lo como problema de saúde pública de forma mais estruturada.

Discussão

Nota-se que os artigos^{21,24,27-30} que abordam o tema da RENAST o fazem de forma mais descritiva do que crítica. A título de exemplo, há menções ao número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST habilitados a cada ano, mas sem uma avaliação de quantos CEREST seriam necessários para garantir a cobertura total da população trabalhadora brasileira.

Ainda quanto aos CEREST, um estudo²⁸ mediu seu impacto no número de notificações de acidentes de trabalho, correlacionando-o com o grau de efetiva implantação dos serviços. Outro artigo²⁷ menciona que os CEREST deveriam ser núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho, sem explicar como isso aconteceria.

No mesmo sentido, os artigos que abordam a PNSTT^{29,30} citam que houve grande demora na sua elaboração (proposta, inicialmente, em 1986, publicada em 2012), mas não aprofundam as razões para que isso tenha ocorrido. A PNSTT teria ênfase na Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, mas esta é apresentada como frágil em termos institucionais.

Já o papel da APS é tratado nos artigos^{19,24,33,34,35} sem levar em conta que a população trabalhadora já é atendida por esses serviços, como se as questões relacionadas ao trabalho pudessem constituir mais uma atribuição para as equipes.

Entende-se que o maior desafio se dá no sentido oposto: que os trabalhadores da APS compreendam a centralidade do trabalho e a determinação social da saúde⁴⁵, e levem o trabalho em conta a todo momento, em todos os atendimentos – e não somente como mais um programa, voltado para uma população específica.

Quanto aos desafios estruturais do SUS, constata-se que o tema é abordado de forma fragmentada e superficial na base de artigos estudada.^{19,24,35,37,38} A precarização do trabalho é citada pontualmente e com o caráter marginal que a Saúde do Trabalhador tem dentro do sistema.

A fragilidade do controle social aparece com maior frequência, por vezes, relacionada às mudanças no mundo do trabalho e às contradições do movimento sindical.^{24,37} Porém, entende-se que falta um diagnóstico mais preciso quanto às graves carências do SUS, que

nunca foi efetivamente implementado e se encontra cada vez mais ameaçado de desmonte.¹⁵

Uma consequência desse desmonte, não abordada nos artigos, mas considerada de grande relevância, é a migração de parcelas significativas da população trabalhadora para os serviços de saúde suplementares ou privados.^{46,47} Ainda que heterogênea entre regiões e categorias, entende-se que há muitos trabalhadores que só são atendidos pelo SUS pontualmente, limitando as possibilidades de vigilância.

Outra omissão observada entre os artigos incluídos nesta revisão refere-se às amplas atribuições previstas pela Lei Federal 8.080/1990 em termos de Saúde do Trabalhador, que prevê não apenas a assistência e a vigilância, mas, também, a avaliação do impacto das tecnologias à saúde, a informação a trabalhadores e sindicatos sobre riscos, e o controle dos serviços de saúde do trabalhador das empresas.⁴

Por fim, os artigos^{21,24,28-30,36,38} que abordam a atuação do Estado para além do setor saúde (envolvendo, principalmente, previdência e inspeção do trabalho) apresentam uma desarticulação entre os setores, com alguns elementos históricos e de disputa entre as instituições. Entende-se que esse tema merece mais estudos, de forma a compreender em sua totalidade a atuação estatal sobre o mundo do trabalho.

Limitações desta revisão

Através do método de revisão narrativa da literatura, este artigo procurou abordar o conhecimento existente sobre a questão do trabalho tratada no âmbito do SUS e realizar discussão dos resultados de forma crítica. Em virtude da limitação do método em centrar no objeto pesquisado, alguns estudos foram identificados na busca inicial, e apenas poucos deles foram elegíveis por estarem associados ao tema do trabalho no interior do SUS, além de grande parte dos artigos incluídos apenas tratarem o tema de forma mais descritiva do que crítica.

Outra limitação é relacionada à abordagem de alguns artigos, que se restringe ao tratamento individual de temas no campo da saúde, do SUS, como previdência e inspeção do trabalho, sem que analisem a atuação estatal numa perspectiva integrada com outros setores, que também se relacionam com as questões sobre trabalho. Esse aspecto pode decorrer de a revisão ter sido restrita ao termo-chave de busca limitado à 'Saúde do Trabalhador'.

Conclusão

Na revisão realizada sobre a questão do trabalho no SUS, parte-se da hipótese de que o trabalho é fator central na determinação social da saúde, ao mesmo tempo que a atuação estatal no sentido de combater o sofrimento e o adoecimento causados pelo trabalho é precária e insuficiente.

Nessa perspectiva, verifica-se que o debate sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST e sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT é tratado nos artigos de forma mais descritiva do que crítica, abordando pouco a precariedade e a insuficiência da atenção à saúde dos trabalhadores.

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

Os desafios estruturais do SUS, com relação à questão do trabalho, são abordados de forma fragmentada e superficial: a questão da precarização do trabalho e dos aspectos da Saúde do Trabalhador é tratada marginalmente pelo interior do sistema de saúde brasileiro.

Por fim, os artigos sobre a atuação de outros setores do Estado brasileiro sobre a Saúde do Trabalhador (notadamente, previdência social e inspeção do trabalho) apresentam um panorama interessante da desarticulação entre eles, especialmente com o SUS. Nota-se, muito mais, uma disputa entre as instituições no âmbito da questão do trabalhador, por um lado, e, por outro, que essas instituições não analisam de forma mais ampla as contradições da atuação estatal (em defesa dos interesses da classe dominante e, também, em atendimento às demandas da classe trabalhadora) no capitalismo contemporâneo.

Cabe ressaltar a necessidade de se retomar a articulação entre a RSB e a perspectiva revolucionária, valorizando a importância da centralidade do trabalho, como questão a ser defendida para a superação do modo de produção capitalista.

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

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

Contribuição autoral

O autor FMC participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor AM participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos/todos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Referências

1. Maeno M. Perícia ou imperícia: laudos da justiça do trabalho sobre LER/Dort [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. <https://doi.org/10.11606/T.6.2018.tde-23042018-144154>.
2. Brasil. Constituição da república federativa do Brasil: 1988 [Internet]. [Brasília, DF]: PR; 1988 [citado 26 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
3. Brasil. 8a Conferência nacional de saúde: relatório final [Internet]. [Brasília, DF]: MS; 1986 [citado 26 jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
4. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: PR; 1990 [citado 26 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
5. Basilio P. Brasil é 2. país do G20 em mortalidade por acidentes no trabalho. G1 [Internet]. 1 maio 2021 [citado 15 nov 2021]; Economia. <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/05/01/brasil-e-2o-pais-do-g20-em-mortalidade-por-acidentes-no-trabalho.ghtml>
6. SmartLab. Observatório digital de saúde e segurança do trabalho: promoção do meio ambiente do trabalho guiada por dados [Website]. [Local desconhecido]: SmartLab; 2021 [citado 4 dez 2021]. Disponível em <https://smartlabbr.org/sst>
7. Ribeiro HP. Lesões por esforços repetitivos (LER): uma doença emblemática. Cad Saude Publica. 1997;13(suppl 2):85-93. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600008>.
8. Ribeiro HP. A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999.
9. Sato L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. Cad Saude Publica. 2001;17(1):147-52. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100015>.

10. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saude Ocup.* 2010;35(122):229-48. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>.
11. Jacques MG. O nexu causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. *Psicol Soc.* 2007;19(spec):112-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400015>.
12. Chiavegato Filho LG, Navarro VL. A ideologia gerencialista no sistema único de saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos. *Psicol Rev.* 2014;20(1):96-115. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p96>.
13. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Nota da frente nacional contra a privatização da saúde à 15a conferência nacional de saúde [Internet]. [local desconhecido]: FNCPS; jun 2015[citado 28 jul 2021]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVVklNsfNpeDloems/view?resourcekey=0-FoLZWsIyK4N-YjMqGx4I3A>
14. Souto Maior JL. ADI 1923: legitimação e ampliação da terceirização no setor público. Carta Maior [Internet]. 22 abr 2015; Estado democrático de Direito. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Principios-Fundamentais/ADI-1923-legitimacao-e-ampliacao-da-terceirizacao-no-setor-publico/40/33321>
15. Mendes Á. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec; 2012.
16. Mendes Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?. *Saude Soc.* 24(suppl 1):66-81. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>.
17. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica.* 1991;25(5):341-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>.
18. Alves G. O adoecimento do trabalho como falha metabólica do capital. In: Lourenço E, Navarro V, Silva J, Sant'ana R, organizadores. O avesso do trabalho saúde do trabalhador e questões contemporâneas. Vol III. São Paulo: Outras Expressões; 2013. p. 29-44.
19. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad Saude Publica.* 1997;13(suppl 2):S07-19. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600002>.
20. Mendes R. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho, publicada na forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado, 1950-2002: parte 1: bibliografia em ordem cronológica e alfabética. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2003 [citado 30 nov

- 2021];1(2):797-807. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/240/pt-BR/producao-cientifica-brasileira-sobre-saude-e-trabalho--publicada-na-forma-de-dissertacoes-de-mestrado-e-teses-de-doutorado--1950-2002-parte-1--bibliog>
21. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Cien Saude Colet.* 2005;10(4):797-807. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>.
 22. Packer AL. Indicadores de centralidade nacional da pesquisa comunicada pelos periódicos de saúde coletiva editados no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2015;20(7):1983-95. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.07122015>
 23. Brasil. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
 24. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Cien Saude Colet.* 2005;10(4):817-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>.
 25. Oliveira MHB, Oliveira LSB, Ribeiro FSN, Vasconcellos LCF. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cad Saude Publica.* 1997;13(3):425-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300018>.
 26. Cabral LAA, Soler ZASG, Lopes JC. "Acidente de dupla espécie": uma terceira espécie de acidente do trabalho e sua importância para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cien Saude Colet.* 2014;19(12):4699-708. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.07722013>.
 27. Jacques CC, Milanez B, Mattos RCOC. Indicadores para centros de referência em saúde do trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. *Cien Saude Colet.* 2012;17(2):369-78. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200011>.
 28. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Os centros de referência em saúde do trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(1):145-59. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100015>.
 29. Vasconcellos JCF, Minayo-Gomez C, Machado JMH. Entre o definido e o por fazer na vigilância em saúde do trabalhador. *Cien Saude Colet.* 2014;19(12):4617-26. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.13602014>.

30. Machado JMH. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Cien Saude Colet.* 2005;10(4):987-92. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400021>.
31. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2a ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 44-50.
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [citado 28 jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
33. Cavalcante MVS, Lima TCS. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. *Argumentum.* 2013;5(1):235-56. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v5i1.3585>.
34. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Cien Saude Colet.* 2009;14(6):2061-70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013>.
35. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saude.* 2010;8(3):387-406. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
36. Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cad Saude Publica.* 1992;8(2):150-6. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200006>.
37. Lacaz FAC, Flório SMR. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde da virada do século XX. *Cien Saud Colet.* 2009;14(6):2123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>.
38. Facchini LA, Nobre LCC, Faria NMX, Fassa AG, Tomasi E, Santana V, et al. Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Cien Saude Colet.* 2005;10(4):857-67. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400010>.
39. Miranda CR, Dias CR. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. *Cad Saude Publica.* 2004;20(1):224-32. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572003000100002>.

40. Takahashi MABC, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da previdência social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social?. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):2661-70. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100021>.
41. Pinto Júnior AG, Braga AMCB, Roselli-Cruz A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2841-9. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000031>.
42. Ferreira JA, Anjos LA. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. *Cad Saude Publica*. 2001;17(3):689-96. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300023>.
43. Druck G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. *Cad Saude Publica*. 2016;32(6):e00146315. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146315>.
44. Leão LHC. Trabalho escravo contemporâneo como um problema de saúde pública. *Cien Saude Colet*. 2016;21(12):3927-36. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.12302015>.
45. Albuquerque GSC, Silva MJSE. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saude Debate*. 2014;38(103):953-65. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.
46. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1431-40. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.
47. Ocké-Reis CO, Andreazzi MFS, Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?. *Rev Econ Contemp*. 2006;10(1):157-85. <https://doi.org/10.1590/S1415-98482006000100007>.

Minicurrículo

Francisco Mogadouro da Cunha | <https://orcid.org/0000-0003-1374-1951>
<http://lattes.cnpq.br/2592886005091096>

Áquilas Mendes | <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>
<http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>