

Danilo Costa¹
Francisco Antonio de Castro Lacaz²
José Marçal Jackson Filho³
Rodolfo Andrade Gouveia Vilela⁴

Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública

Worker's Health within the Brazilian Unified Health System: challenges for a public policy

¹ Superintendência Regional do Trabalho de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Contato:

José Marçal Jackson Filho

Email:

jose.jackson@fundacentro.gov.br

Resumo

O texto debate a situação da atenção integral em Saúde do Trabalhador no Brasil. Os avanços e as contradições das políticas públicas no campo são analisados a partir do contexto de crescimento econômico brasileiro, que ocorre em detrimento das políticas sociais, da insuficiente ação do Estado no âmbito da prevenção e, por fim, dos desafios colocados aos serviços pela recém-publicada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Pretende-se assim fomentar a discussão, o entendimento, a implementação e o avanço das ações em Saúde do Trabalhador, que deveriam estar no centro das políticas públicas.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; Política Nacional de Saúde do Trabalhador; integralidade; vigilância em saúde do trabalhador; prevenção.

Abstract

The paper addresses the current policy and practice of Brazilian worker's health integrated care. The particularly discussed issues are: advances and contradictions of the public policies analyzed along with the Brazilian economic growth; the controversial state agenda with economical development to detriment of some social policies as the integration of the public health care system; evidences of the insufficient governmental action, as far as prevention is concerned, are pointed out; and, finally, current challenges faced by workers' health services as result of the recently approved Worker's Health National Policy. Arguments posed intend to encourage the discussion, the understanding, the implementation and advances of Worker's Health Policy and Practice. We argue that the integrated view of Health Care System shall be placed among the core of public policies.

Keywords: worker's health; Worker's Health National Policy; integrated health care; worker's health surveillance; prevention.

Recebido: 18/01/2013

Aprovado: 22/01/2013

Introdução

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2010).

Dados oficiais revelam que persistem em todo o mundo acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho. Os dados nacionais e internacionais mostram a magnitude destes eventos para a Saúde Pública. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem anualmente cerca de 270 milhões acidentes do trabalho no mundo, sendo que 2 milhões deles são fatais e, segundo “a OIT, o Brasil ocupa o 4º Lugar no *ranking* mundial de acidentes fatais” (ZINET, 2012, p. 16).

No ano de 2010, conforme dados da Previdência Social, de um total de cerca de 720 mil acidentes, mais de 2.500 resultaram em mortes e houve mais de 15 mil afastamentos do trabalho por incapacidade permanente (ZINET, 2012). Tais acidentes também acarretam em impacto orçamentário, tendo sido gastos em 2010 cerca de R\$11 bilhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente (ZINET, 2012).

Sabe-se, no entanto, que tais dados representam apenas uma parte do total dos acidentes efetivamente ocorridos, por excluírem agravos não registrados pelas empresas e os sofridos por trabalhadores do setor informal, que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), atingiram 37,4% dos trabalhadores brasileiros em 2009 (ZINET, 2012). Além da reconhecida subnotificação, assiste-se ao aumento dos agravos e ao surgimento de novo perfil de morbidade, em especial as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os problemas de saúde mental decorrentes da reestruturação da economia e da produção (GORENDER, 1997).

Comparações internacionais realizadas na década passada mostravam o Brasil em posição crítica com três mortes a cada duas horas e três acidentes de trabalho não fatais a cada um minuto (FACHINNI et al., 2005). Ao utilizar como referência os trabalhadores segurados da Previdência Social, que são sujeitos de estatísticas mais adequadas para comparação internacional, verifica-se que a taxa de mortalidade foi de 11

por 100 mil trabalhadores no Brasil, no ano 2000, enquanto a Finlândia apresentou taxa de 2,3 e a França 4,4 por 100 mil (CHAGAS; SALIM; SERVO, 2011).

Sabe-se que as ações de prevenção se valem de abordagens distintas do ponto de vista teórico e metodológico, com maior ou menor impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Nesse sentido, como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da ST constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Considerando a complexidade de seu objeto, o campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 1996).

Dessa forma, os atores do campo da ST agem coletivamente na busca de mudanças nos processos de trabalho a fim de melhorar as condições e os ambientes de trabalho. Para isso, defendem uma abordagem inter(trans)disciplinar e intersetorial na perspectiva da totalidade, com a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos e parceiros capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade (DIAS, 1994; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, 2003).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) deve ocupar papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores sob a égide do campo da ST. Configura-se como uma estratégia no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa (MENDES, 1996; PINHEIRO, 1996).

Neste campo, busca-se o agir integral, tendo o conceito de *vigilância em saúde* como eixo orientador dessa prática, abrangendo três níveis de atuação: as causas ou os determinantes; os riscos ou a exposição; os danos ou as consequências (PAIM, 1999; PORTO, 2007; BRASIL, 1998).

Conquista social garantida na Constituição Federal de 1988 e consolidada pela Lei nº 8.080/90, tais ações devem ser desenvolvidas pelo Estado brasileiro, sendo consideradas também como competências do SUS.

Todavia, condições de trabalho decentes não se constituem em critério, na maioria das vezes, para o estabelecimento de políticas públicas que visam ao desenvolvimento, como pode ser observado, por

exemplo, no que se refere às políticas de crescimento e aceleração da economia do país, expressas no chamado Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal.

Por outro lado, o desenvolvimento do campo da ST nos últimos 25 anos vive uma situação paradoxal, pelo atraso na implantação de política efetiva⁵, pois, embora em número crescente, muitos serviços funcionam com graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores. Além disso, observa-se a falta de iniciativas de caráter intersetorial para o desenvolvimento de ações no próprio setor saúde e que possam ser implantadas tendo como referência as várias experiências inovadoras e exitosas que legitimam a importância da ação pública no campo (LACAZ, 2010).

A propósito dessa realidade, inventário realizado no ano 2010/2011 apontou a existência de dificuldades importantes: impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos que implicam, muitas vezes, em sua liberação sem que possam ser utilizados de forma adequada; desafios na formação de profissionais em ST, visto ainda serem esparsos os esforços de formação deste tipo de profissional, apesar de seu crescimento nos últimos anos; falta de parâmetros epidemiológicos, populacionais e de perfis produtivos na distribuição de recursos; queda da participação dos trabalhadores no controle social devido a constrangimentos diversos, como a perda de representação dos trabalhadores de base, precária democracia nos locais de trabalho, o que dificulta a participação até mesmo em inspeções rotineiras dos órgãos públicos. O estudo mostrou, ainda, que há lacuna na produção de informações sobre o impacto na saúde, visto que, considerando a grande quantidade de agravos à saúde, há uma dissociação de ações e programas de investimentos visando à melhoria de condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores. A participação dos trabalhadores, embora presente, não é constante, o que revela certa ambiguidade na sua atuação (MACHADO; SANTANA, 2011).

Como se explica, então, a efetividade de serviços que produzem e realizam, de fato, ações em ST, mesmo perante constrangimentos, limitações e restrições advindas das políticas públicas na área social e das políticas econômicas? Quais fatores favoráveis a tais ações podem ser apropriados pelos outros serviços? Como influenciar o desenho e a

implementação de políticas no campo? Quais desafios estão colocados aos serviços de ST nas ações de assistência, vigilância/prevenção, reabilitação e promoção? Quais os limites destas iniciativas diante de determinantes macroestruturais da economia ou de outras definições políticas institucionais adotadas no país?

Além disso, cabe indagar se a publicação recente dos instrumentos legais que tratam de duas políticas – a Política Nacional de Segurança e de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011) e a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) – poderá servir de suporte à melhoria e à efetivação dos serviços.

O presente ensaio propõe este debate e busca dialogar com as várias contribuições deste número temático da *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, tendo como propósito fomentar a discussão, o entendimento, a implementação e o avanço das ações em ST, que deveriam estar no centro das políticas públicas.

O contexto: crescimento econômico em detrimento das políticas sociais

Nossas reflexões buscam entender as acentuadas mudanças no mundo do trabalho que ocorreram nas últimas décadas, sobretudo a partir dos anos 1970, e que provocaram discussões sobre suas consequências desiguais e combinadas, atingindo todos os trabalhadores, mas de maneira diversa nas diferentes regiões do mundo (ANTUNES, 2007).

Do ponto de vista histórico, no Brasil, o paradoxo dos últimos 60 anos está expresso no período de grande crescimento de 1950 até 1980, com restrição significativa da democracia após 1964, seguido de uma interrupção deste crescimento concomitante com a retomada do processo democrático, o qual, no entanto, não resultou na diminuição da desigualdade social. Neste período também se consolidou o processo de urbanização com uma migração intensa da população rural principalmente para as grandes metrópoles, sendo que moram nas cidades hoje 81,2% dos brasileiros. Nos anos 2000, houve uma retomada do crescimento com distribuição de renda e diminuição da pobreza, mas sem que ocorresse uma diminuição das desigualdades sociais a partir das políticas focais implementadas (SOARES, 2005; VIANNA, 2009).

⁵ Como já haviam afirmado Minayo-Gomez e Lacaz em 2005, a ação do Estado brasileiro não tem sido efetiva devido à ausência de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, ou seja, “a inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes” (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 798).

Um dos elementos constitutivos do desenvolvimento brasileiro é a alternância de etapas de crescimento e industrialização acelerada com momentos de recessão, inflação galopante e desmonte da estrutura produtiva existente, típicos do capitalismo tardio que caracteriza a realidade de nosso país.

As análises de tais mudanças estão inseridas na ideia de crise estrutural do capital, a qual tem como epifenômenos principais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva (ANDERSON, 1995; GORENDER, 1997; MESZAROS, 2002). Ambos são frutos de uma crise sistêmica (e estrutural) do modo de produção capitalista, que tem sua origem na queda da taxa de lucro verificada a partir dos anos 1970 nas economias ditas desenvolvidas (ANTUNES, 1999; BORÓN, 2000).

Este descompasso é acentuado no contexto atual do capitalismo contemporâneo, em sua feição globalizada, em que se observa a intensificação da competição internacional sob a hegemonia de modelos de crescimento e aceleração da economia de tipo não sustentáveis, com impactos negativos no meio ambiente, no trabalho, na saúde e na qualidade de vida das populações, como ocorre, sobretudo, no Brasil, na China e em outros países emergentes (DRUCK; FRANCO, 2007; RIGOTTO; MACIEL; BORSOL, 2010; KREIN, 2009; PIGNATI; MACHADO, 2011).

No interior das empresas, vigoram modos de gestão da produção de bens e de serviços cujo fim é capturar a subjetividade dos trabalhadores para engajá-los na condução e na operação dos novos dispositivos tecnológicos e organizacionais. Sob esta lógica, o homem produtivo é instigado a pensar mais, porém de acordo com a racionalidade instrumental do capital (LIMA, 1996; ALVES 2011).

É marca destes tempos modernos o ideário de produzir “mais com menos”, ou seja, menor contingente, menor estoque, menor tempo, menor custo. Para tanto, são implantadas formas enxutas/flexíveis de gestão e organização do trabalho, incrementadas pelas tecnologias computacionais de alta velocidade, que geram, entre outros efeitos, intensificação e maior densidade de trabalho (FERREIRA, 2001; PINA, 2012). Entre os fatores que condicionam esta intensificação, podemos elencar: aumento das metas de produção; pressão da clientela; aceleração dos ritmos de trabalho; aumento de horas extras, das responsabilidades das funções e das tarefas, expresso na polivalência. O tempo de trabalho invade e impede cada vez mais o tempo de regulação social e familiar (KREIN, 2009).

Além disso, a precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, que ocorre pela via das terceirizações e das precárias condições de trabalho, a persistência de elevada rotatividade da força de trabalho,

o aumento da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho (KREIN, 2009).

Este movimento tem como alvo a desestabilização e o enfraquecimento dos coletivos de trabalho, com a conseqüente diluição e desvalorização da experiência e do saber dos trabalhadores (FERREIRA, 2001; LIMA, 2007; PINA, 2012). Dentre outros efeitos deletérios, a hegemonia deste modelo empresarial de gestão do trabalho tem levado ao enfraquecimento do movimento social em sua luta pela prevenção de agravos com as decorrentes dificuldades para a regulação pública por meio da ação sindical (PAULA, 2005). Portanto, nesta nova ordem econômica, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho mostra-se paradoxal. Por um lado, dispõe-se de tecnologias para a prevenção, crescentemente acessível e de domínio público. Por outro, no polo social das relações humanas, da cultura e da ideologia, observa-se uma deterioração das relações de trabalho e conseqüente agravamento dos riscos de adoecer e de acidentar (DRUCK; FRANCO, 2007). Ademais, é fundamental salientar que tal realidade foi plasmada em uma nova ordem e forma de organização do Estado e do seu papel dentro das chamadas Políticas Sociais, isto é, nos marcos do chamado neoliberalismo e da penetração no Aparelho de Estado da lógica privada, caracterizada pelo que ficou conhecido como gerencialismo (PAULA, 2005).

Ações públicas, o papel do Estado na atenção integral e as possibilidades de avanço na prevenção

Os impactos de tal crise advinda das políticas calcadas no neoliberalismo e da nova configuração do mundo do trabalho sobre as políticas públicas e sociais, seja de saúde, trabalho ou de seguridade social, podem ser evidenciados nos estudos de diversos autores que discutem tal impacto tanto no mundo, como na América Latina e no Brasil, dentre eles Laurell (1995), Navarro (1995), Soares (2005) e Silva (2011). Tais autores analisam como as políticas sociais na América Latina e no Brasil passaram a incorporar elementos neoliberais e deixaram o recorte social-democrata que vinham adquirindo em sua essência. Dentre os elementos neoliberais das políticas sociais, estão as mudanças nos modelos de gestão das políticas sociais, especialmente de saúde, trabalho e previdência e seguridade social (VIANNA, 2000, 2009).

Diante do que ocorre nos processos produtivos, como foi apontado, sob a ótica do papel do Estado, observam-se falhas e contradições na sua ação de regulação pública, uma de suas funções essenciais. Assiste-se a uma completa desintegração e afastamento entre as instâncias econômicas que envolvem interesses industriais e agrícolas – hoje hegemônicas pelo chamado agronegócio, áreas que geram riscos à saúde e ao meio ambiente (NASRALA-NETO, 2011) – e as instâncias que atuam sobre tais efeitos e tentam controlá-los, como é o caso da ação dos setores trabalho, saúde, previdência social e meio ambiente (BRASIL, 2005a, 2005b). Até mesmo estas últimas, diretamente ligadas à proteção da sociedade e do meio ambiente, estão igualmente desintegradas, inexistindo no país ações articuladas inter-setoriais em prejuízo das ações preventivas (PIGNATI; MACHADO, 2011).

Assim, no âmbito das políticas públicas, a despeito de movimentos ambíguos e contraditórios, prevalecem medidas com o objetivo de desproteger e desregular a força de trabalho, colocando-a no mesmo patamar de outras mercadorias, à mercê das leis do mercado global (KREIN, 2009).

Nesta lógica, as empresas, com conivência e participação de governos de diferentes matizes, tentam afastar o Estado e a sociedade da regulação das relações de trabalho e, no seu lugar, propõem o controle pela via de sistemas voluntários de certificação, como as normas ISO, isto é, a ISO 9000 de qualidade, a ISO 14000 de gestão ambiental e a ISO 18000 de saúde e segurança. Tais *sistemas* de certificação *são concebidos* em território meramente mercadológico, controlados pelas empresas para servir aos seus interesses, uma vez que os processos decisórios excluem a participação das entidades públicas e da sociedade civil na regulação de assuntos de interesse público e essencialmente coletivo (VILELA; IGUTI, 1997).

Esta tendência se verifica, por exemplo, na unificação da Comunidade Europeia, que busca retirar dos estados nacionais o papel de normatização das questões de saúde e segurança. Segundo Mony e Druck (2007), a “globalização normativa” busca atender a uma lógica econômica com alterações profundas na elaboração das leis trabalhistas em relação à saúde dos trabalhadores, por exemplo. Segundo as autoras, o que se divulga como grande progresso no sentido da construção da “Europa Social” foi, na realidade, uma privatização mascarada na reformulação das leis trabalhistas, seja na Europa como um todo, seja em cada país: em nome da “simplificação da legislação social, o que se verifica é a aceleração da precarização que se desenvolve desde o fim dos anos 1970” (p. 37).

No Brasil, no que se refere aos setores Trabalho e Previdência Social, desde os anos 1970, em plena

ditadura militar, quando o país foi considerado campeão mundial de acidentes de trabalho, ocorre a formulação e a implantação das Portarias do Ministério do Trabalho, datadas de 1975, que regulamentaram a criação e a implantação de todo o aparato de controle da força de trabalho representado pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), tarefa esta delegada às empresas e que vigora até hoje. Na sequência, em 1978, foi publicada a Portaria nº 3.214, que culminava a estratégia desenvolvida pelo governo militar nestes anos (LACAZ, 1996). Pode-se dizer que a política de Estado constituída naquele período prevalece até hoje sem grandes mudanças substantivas.

No processo de modernização conservadora que ocorreu no país, a legislação foi “atualizada” mediante um modelo de gerenciamento de riscos sempre sob controle privado de âmbito empresarial e com uma regulação pública sem as mínimas condições políticas e operacionais para exercer este papel. Ademais, as equipes dos SESMT estão subordinadas à vontade e ao mando do empregador para exercer suas funções.

Em 1994, durante o governo Collor, acompanhando a mesma estratégia tutelar da saúde dos trabalhadores representada pelos SESMT da época da ditadura militar, implanta-se outro aparato burocrático-legal, que se expressa no Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), com pequeno impacto na real minimização e controle dos riscos (MIRANDA; DIAS, 2004). A investigação realizada por Miranda e Dias (2004) revela que menos de 1% das empresas analisadas tinha dados do PPRA em conformidade com as normas. Esta artificialidade se verifica também nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipa), que, desprovidas de autonomia e poder de ação, na sua maioria transformam-se em comissões de fachada, realizando papel meramente protocolar, desprovido de qualquer conteúdo preventivo (LACAZ, 1983, 1996).

Ainda em 1994 foi estabelecido o mecanismo do tripartismo, negociação entre patronato, sindicatos e governo no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, tendo adotado a mesma sistemática de decisão da OIT, que visa à produção ou à reformulação das normas regulamentadoras. Sob esta perspectiva, a produção de regulamentações vindas do setor Trabalho, com relativo impacto social, tem caráter fragmentado e corporativo frequentemente atendendo interesses comerciais e empresariais que pouco protegem os trabalhadores (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2011).

Hoje, pode-se afirmar que, apesar das inúmeras modificações políticas e econômicas vividas pelo país, em especial nos últimos 30 anos, os interes-

ses econômicos e a capacidade das elites brasileiras de hegemonizarem a política real – baseada, em um modelo de desenvolvimento que não considera os aspectos ambientais, sociais e as propostas de políticas públicas que possibilitam avanços dentro da organização do Estado – tem se sobreposto com muita vantagem aos esforços do *movimento social*, que se mantém dividido e, com frequência, aderente e mesmo cooptado.

É importante destacar que esta hegemonia política e ideológica tem sido capaz de envolver e vencer amplos setores da sociedade e do movimento social e sindical que outrora eram resistentes às propostas claramente predatórias e finalmente excludentes. A moeda do crescimento a qualquer custo tem tido o poder de levar de roldão todo o poder das instituições públicas na medida em que o Estado tem transferido parte de suas tarefas regulatórias para agências reguladoras, como a Agência Nacional de Aviação Civil (Anac), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), entre outras, deixando de lado seu papel de provedor e mantenedor de direitos sociais (LACAZ, 2010; SOARES, 2005).

Assim, cabe a indagação: como podem se institucionalizar ações no campo ST que se situam no enfrentamento das contradições capital-trabalho se a política real, que conjuga interesses do Estado e do capital, pauta-se pelos princípios do neoliberalismo, conforme assinala Laurell (1995).

Pode-se afirmar que é nesta política real que se encontram os motivos para a manutenção da fragmentação das ações institucionais, que se acompanham do esvaziamento dos serviços e das políticas públicas na perspectiva da anulação do papel do Estado provedor, e que dá origem a propostas fantasiosas por parte de seu aparato, como é o caso do Compromisso Nacional para Aperfeiçoar as Condições de Trabalho na Cana-de-Açúcar promovido pelo Gabinete da Casa Civil.

Tal compromisso, cujo objetivo é a melhoria nas condições de trabalho, cria sistema privado de certificação pago pelas usinas, sem o controle público do processo. Na prática, a despeito de itens importantes⁶, como o fim da terceirização que busca inibir a existência dos “gatos”, já eliminados no Estado de São Paulo por conta da ação contundente do Ministério

Público do Trabalho e do Grupo Móvel de auditores fiscais do MTE, o acordo busca maquiagem situações graves que repercutem sobre o binômio trabalho-saúde, visando diminuir a visibilidade dos problemas de ST e amenizar a imagem desgastada do setor no cenário internacional. Isto traz repercussões para os limites dos serviços de saúde, o que produz sua marginalização nos processos estruturais que hegemonizam hoje a dinâmica de nossa sociedade: a política econômica e industrial, a própria política de saúde e as políticas sociais em geral.

Neste sentido, a política de desenvolvimento econômico e industrial, posta em prática desde meados dos anos 1990, rivaliza com a perspectiva de dar prioridade ao trabalho saudável e emancipador da criatividade e das potencialidades humanas, objetivo central do campo da ST (LAURELL; NORIEGA, 1989; LACAZ, 2007). A propósito, nos anos 2000, outro fato chama atenção no que tange ao papel do Estado, que se torna ator central ao financiar, por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)⁷ e de fundos de pensão de empresas estatais, vários projetos de desenvolvimento (TAUTZ et al., 2010). O Estado, portanto, além de financiador, é algumas vezes sócio e parceiro estratégico do capital privado.

Nesta contradição entre o modelo de desenvolvimento econômico industrial hoje adotado e as políticas sociais, apareceram vários temas candentes, como a reação dos trabalhadores da construção civil às más condições de trabalho e aos acidentes de trabalho fatais, o que levou a greves em Jirau e o que também vem ocorrendo nos canteiros de obras do estádio do Maracanã e do Mineirão, processo ao qual se soma a ambiguidade da participação das centrais sindicais.

O uso da força pelos agentes de Estado na repressão à resistência dos trabalhadores tem sido denunciado em poucos veículos da mídia⁸. Aqui, cabe concordar com Oliveira (1999), que havia descrito o processo de destituição da fala e de anulação da política levado a cabo durante o “totalitarismo neoliberal” do governo FHC cujo ícone foi o fracasso da greve dos petroleiros de 1995, em um dos primeiros atos daquele governo contra uma ação de enfrentamento capital-trabalho⁹.

⁶ Além destes, reproduz itens já previstos na legislação vigente e inclui aspectos risíveis, como a observância de ginástica laboral para os cortadores de cana!

⁷ Digna de nota é a iniciativa da Plataforma BNDES, onde são mapeados os investimentos que utilizam recursos do banco e as consequências sociais e ambientais que provocam. Disponível em: www.plataformabndes.org.br. Acesso em: 11 ago. 2012.

⁸ Como foi o caso da revolta de Jirau publicada na *Revista Piauí* (FUGITA, 2011).

⁹ De certa forma, o mesmo ocorreu na recente greve dos funcionários públicos federais, a maior já registrada, devido à ação truculenta do governo Dilma Rousseff no trato do conflito.

Enquanto isso, valendo-se de dois pesos e duas medidas, a ação do Estado na responsabilização da Chevron, no caso do vazamento na Baía de Campos, não impôs taxativamente seu poder de regulação que visaria à reparação dos danos ambientais¹⁰.

Neste contexto em que o Estado regula os conflitos entre capital-trabalho de forma pouco efetiva, foi aprovado recentemente decreto presidencial que trata da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011)¹¹. Esta iniciativa, fruto de pressões dos profissionais e representantes da sociedade civil desde a década de 1990, deveria ser uma resposta do Estado à fragmentação e à inconsistência das ações públicas na área. No entanto, uma avaliação do decreto mostra sua limitação e timidez, pois, ao invés de propor a integração e a articulação das ações interministeriais, praticamente reafirma as atribuições vigentes dos diferentes ministérios e instituições (BRASIL, 2011).

Dentre as várias inconsistências do decreto, chama atenção sua omissão no tocante ao fornecimento e à disponibilização dos dados e das informações epidemiológicas dos bancos de benefícios da Previdência Social, até hoje tratados como segredo fiscal por aquela instituição. No corpo do texto ainda se encontra materializada a manutenção da “queda de braço” entre Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde no tocante às ações de Vigilância dos processos de trabalho, com claro favorecimento do setor Trabalho neste aspecto¹², enquanto ao setor Saúde restou a tímida posição de “fortalecimento das ações de vigilância”¹³.

Os desafios dos serviços diante da nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Neste sentido, sabe-se que *as ações* do campo ST *têm se constituído*, ao longo dos últimos 30 anos, em uma política contra-hegemônica, ou seja, uma política de segundo nível e a reboque das políticas econômicas, dirigida para cidadãos de “segunda classe” (SANTOS, 1987), expressa em ações de resistência ao predomínio da lógica desenvolvimentista e financeira.

A despeito das enormes dificuldades para priorizar e fazer funcionar ações de Visat dentro do SUS, podemos citar alguns exemplos de sucesso¹⁴ que deveriam orientar e inspirar ações programáticas em nível nacional, como os casos de: ação coordenada para controle da exposição ao benzeno nos postos de combustíveis; ação articulada para coibir o uso do amianto no Estado de São Paulo; ações interinstitucionais e negociações para vigilância e prevenção de acidentes de trabalho em algumas cidades do estado de São Paulo; vigilância à saúde do trabalhador canavieiro (Visat-Canavieiro); ação para diagnóstico e intervenção nos casos de contaminação ocupacional e ambiental da Shell/Basf na região de Campinas; a experiência de matriciamento das ações de ST na atenção básica em Amparo-SP, a experiência exitosa do Cesat Bahia, que integra as várias dimensões da atenção integral, dentre outras¹⁵.

É importante também salientar que tais iniciativas são possíveis principalmente devido ao engajamento de servidores que agem em prol da proteção à saúde integral destes cidadãos de “segunda classe”, daí a im-

¹⁰ A propósito disso, é pedagógica a notícia veiculada pela *Folha de São Paulo*, edição de 13-11-2011, à p. A12 sob o título: “Vazamento de óleo em Campos aumenta” (VAZAMENTO..., 2011). Tratava-se do vazamento de óleo que vinha ocorrendo desde o dia 09-11-2011 no Campo do Frade em Campos (RJ). Pela notícia, observa-se que a empresa petrolífera multinacional Chevron, que administra o campo, adotou uma estratégia de contrainformação ao afirmar, no dia 10-11-2011, que estimava o vazamento em “10 metros cúbicos ou 60 barris”, informação esta que foi revista no dia 12-11-2011 dando conta, agora, de um vazamento de “64 a 104 metros cúbicos, ou o equivalente a 404 a 650 barris de petróleo”. Ademais, a matéria informava que a Chevron enviou “uma frota de navios de apoio para dar suporte à operação de controle da mancha [e] suspendeu as atividades de perfuração na área e está investigando as causas do episódio”. Ao final do texto, é informado que “A presidente Dilma Rousseff determinou ‘atenção redobrada e rigorosa apuração’ do vazamento”. Qualquer semelhança com o que aconteceu no golfo do México, às portas das águas marítimas dos Estados Unidos em 2010 pode não ser mera coincidência no que se refere à tomada de providências de controle, o que, no caso norte-americano, demorou meses para ocorrer, provocando uma catástrofe considerada como uma das maiores tragédias ambientais dos últimos tempos!

¹¹ Lei promulgada pela presidente Dilma Rousseff por meio do Decreto nº 7.602/2011, publicado no DOU de 08.11.2011 (BRASIL, 2011).

¹² “VI - Cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego: a) formular e propor as diretrizes da inspeção do trabalho, bem como supervisionar e coordenar a execução das atividades relacionadas com a inspeção dos ambientes de trabalho e respectivas condições de trabalho; [...]”

¹³ “Cabe ao Ministério da Saúde: a) fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional; [...]”

¹⁴ Citamos experiências das quais estamos mais próximos. Evidentemente que outras experiências de grande impacto foram realizadas em diversos municípios e estados do Brasil.

¹⁵ As principais experiências paulistas citadas fazem parte das ações programáticas da Renast-SP, como pode ser observado no site do CVS: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/prog_det.asp?te_codigo=19&pr_codigo=10 (Acesso em: jan. 2013). Algumas das experiências nacionais estão contempladas no presente Dossiê. Sobre a experiência do Cesat da Bahia, ver Nobre, Pena e Baptista (2011).

portância do protagonismo histórico de tais atores e do movimento sindical na sustentação dos serviços e do campo (LACAZ, 1996). Ademais, por um lado, *são a militância e os valores compartilhados* pelos servidores que permitem romper com os impedimentos intra e intersetoriais, *características comuns* às ações e aos serviços exitosos e efetivos; por outro, são a capacidade de inovação e os projetos, os instrumentos, os métodos, as formas de organização de tais serviços e os “arranjos sociais”, nos quais a participação dos trabalhadores é central, os elementos essenciais para o enfrentamento dos problemas que envolvem a saúde e o trabalho (JACKSON FILHO; BARREIRA, 2010).

Somente assim, com recursos suficientes, metodologias pertinentes, capacidade analítica, valores que defendem o interesse público, será possível tratar do “objeto complexo” do campo ST, que se caracteriza tanto pela natureza das relações sociais envolvidas, quanto pela multiplicidade de fatores (e suas relações) que determinam as atividades de trabalho e, conseqüentemente, os agravos (VILELA; ALMEIDA; MENDES, 2012).

A construção de sistemas de informação, o envolvimento dos trabalhadores, a adoção de métodos e referenciais teóricos apropriados permitem uma nova leitura da realidade multifacetada do trabalho contemporâneo, o que diminui a opacidade e invisibilidade dos problemas, visando produzir o que é chamado por Augusto (2005) de “heurística contra hegemônica” e que seria, segundo ela, “suficientemente consistente para contrapor ao domínio das verdades científicas que confundem até mesmo os juizes, peritos e lideranças sindicais mais bem-intencionados”, e fazer frente ao “*fetichismo* da ciência” que:

tem servido para continuar a produzir indicadores que invertem a complexidade da realidade, colocando a saúde subordinada a parâmetros simplistas de origem cientificamente duvidosos. (p. 809)

Contraditoriamente, o que se assiste, há muito tempo, como dissemos anteriormente, é que os serviços não perduram por longo período, uma vez que não há contrapartidas do Estado, como apontam Minayo-Gomez e Lacaz (2005).

Dessa forma, críticas pertinentes têm sido endereçadas à principal estratégia do Ministério da Saúde para incorporar as ações de ST no SUS, ou seja, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast (BRASIL, 2005a, 2005b, 2009), bem ilustrada pela fórmula – “a rede que não enreda” – de Leão e Vasconcellos (2011), ou às tentativas de transferir para a vigilância sanitária, ações de saúde do trabalhador cuja natureza complexa não pode ser capturada e enfrentada com a prática sanitária tradicional (JACKSON FILHO; CARDOSO; TEIXEIRA, 2008), afogada com demandas de toda ordem ou em rituais burocráticos cartoriais (ELER, 1998).

Diante deste quadro, é louvável a iniciativa do Ministério da Saúde de instituir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria MS nº 1.823/2012 (BRASIL, 2012), que estabelece a participação do SUS no contexto da PNSST, define as diretrizes e a estratégia da atuação do SUS nos diversos níveis para o desenvolvimento da atuação integral em ST, reafirma o arcabouço teórico, o conjunto de princípios e diretrizes da ST e preconiza, de forma explícita, a ênfase na vigilância em seu Art. 2º:

visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (BRASIL, 2012)

A despeito do esforço de consolidação que valoriza as ações de ST no SUS, observa-se ainda uma redação tímida no tocante à própria vigilância, eleita como estratégica na PNSST. Exemplificando, o parágrafo 2º do artigo 14 estabelece que *cabem* aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) *ações* diretas de vigilância, somente em caráter complementar ou suplementar para situações “em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade”. Esta redação exprime uma dubiedade que se reflete na fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e programas articulados nos vários níveis do território. Sem autoridade sanitária, como infelizmente ocorre na maioria dos Cerests, como desenvolver a competência da própria equipe, que tem a função de ser referência para a rede? Ou seja, como ser referência sem o desenvolvimento da própria ação? Como tratar riscos que ultrapassam em muito às fronteiras do território municipal e mesmo estadual – como podemos exemplificar com a cadeia produtiva do açúcar e do álcool, ou com as mortes e mutilações que ocorrem no transporte de carga rodoviária que apresenta atualmente uma das maiores taxas de mortalidade pelo trabalho no país? Será possível acreditar que ações de vigilância e intervenção ocorrerão a partir das ações da rede básica, atualmente contando com quadro reduzido e focado no aspecto assistencial?

O que se assiste em geral são Cerests sem margem de ação suficiente, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas.

Além desta dubiedade e indefinição, as ações de ST pressupõem, por sua natureza, além de recursos materiais, quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado provedor, condição mínima para o enfrentamento dos problemas complexos do campo da ST, ou seja, uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores.

Referências

- ALVES, G. *Trabalho e subjetividade*. O espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Org.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 9-23.
- ANTUNES, R. Centralidade do trabalho. In: _____. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999. p. 135-165.
- _____. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.) *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22.
- AUGUSTO, L. G. S. O pragmatismo e o utilitarismo não resolveram, e agora? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 808-809, 2005.
- BORÓN, A. Os “novos Leviatãs” e a polis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Org.) *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?* 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-67.
- BRASIL. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 08 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 9 set. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). *Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- _____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- _____. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 07 de dezembro de 2005b. Disponível em: <<http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Portarian2437-RENAST.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- _____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 11 de novembro de 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- _____. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Instrução normativa sobre ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2 de julho de 1998, Seção 1, p. 36, 1998. Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/3120_-_98.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. Indicadores da saúde e segurança no trabalho: fontes de dados e aplicações. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (Org.) *A Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011. p. 290-328.
- DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- DRUCK, G.; FRANCO, T. *A perda da razão social do trabalho*. Terceirização e precarização. Campinas: Boitempo, 2007.
- ELER, S. M. M. M. *Um olhar sobre a vigilância sanitária*. 1998. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- FACHINNI, L. A. et al. Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.
- FERREIRA, L. L. A intensificação do trabalho ou é proibido vacilar. In: DUARTE, F. (Org.) *Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo*. Rio de Janeiro: Lucerna, 2001. p. 268-280.
- FUGITA, F. Fogo na usina do desenvolvimento acelerado. *Piauí*, São Paulo, v. 5, n. 56, p. 38-42, 2011.
- GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 29, n. 11, p. 311-361, 1997.
- JACKSON FILHO, J. M.; BARREIRA, T. H. C. *Ação pública no campo da saúde do trabalhador: o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba*. São Paulo: Fundacentro, 2010. (Relatório de pesquisa).
- JACKSON FILHO, J. M.; CARDOSO, A.; TEIXEIRA, E. A construção da ação pública em saúde do trabalhador: o caso do serviço de saúde do trabalhador da secretaria municipal de uma grande cidade brasileira. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA, 2008, Porto Seguro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abergó, 2008. 1 CD-ROM.

- KREIN, J. D. Tendências recentes nas relações de trabalho no Brasil. In: BALTAR, P. E. A.; KREIN, J. D.; SALAS, C. (Org.). *Economia e trabalho*: Brasil e México. São Paulo: LTr, 2009. p. 199-226.
- LACAZ, F. A. C. *Saúde no trabalho*. 1983. 131 f. Dissertação (Mestrado em Medicina)–Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.
- _____. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.
- _____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23 n. 4, p. 757-766, 2007.
- _____. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.
- LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. O estudo do processo de trabalho: análise crítica de quatro propostas metodológicas. In: LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 61-98.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489.
- LIMA, M. E. A. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- _____. Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da Segurança no Trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 99-107, 2007.
- MACHADO, J. M. H.; SANTANA, V. (Orgs.). *1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_renast.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2012.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MESZAROS, I. *A crise estrutural do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- MINAYO-GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- MINAYO-GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.
- _____. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 125-136, 2003.
- MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 224-232, 2004.
- MONY, A. T.; DRUCK, G. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.). *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 23-58.
- NASRALA-NETO, E. *Estudo da atuação da vigilância em saúde sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente em Municípios do Estado de Mato Grosso*. 2011. 193 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)–Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.
- NAVARRO, V. Produção e estado de bem estar: o contexto das reformas. In: LAURELL, A. C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 91-124.
- NOBRE, L.; PENA, G. L. P.; BAPTISTA, R. (Org.) *A Saúde do Trabalhador na Bahia – História, conquistas e desafios*. Salvador: Edufba; Sesab; Cesat, 2011.
- OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição e anulação da política da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. São Paulo: Vozes, 1999. p. 55-81.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.
- PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.
- PIGNATI, W. A.; MACHADO, J. M. H. O agronegócio e seus impactos na saúde dos trabalhadores e da população do Estado do Mato Grosso. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 245-272.
- PINA, J. A. *Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores na indústria automobilística: estudo de caso na Mercedes Bens do Brasil*, São Bernardo do

- Campo. 2012. 376 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. 1996. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- PORTO, M. F. S. *Uma ecologia política dos riscos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- RIGOTTO, R. M.; MACIEL, R. H. M.; BORSOI, I. C. F. Produtividade, pressão e humilhação no trabalho: os trabalhadores e as novas fábricas de calçados no Ceará. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 217-228, 2010.
- SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Edusp, 1987.
- SILVA, G. S. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 10-14. Disponível em: <http://abepss.hospedagemdesites.ws/wp-content/uploads/2012/07/Revista_cadernos_de_Saude_adufrj_pelasaude.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2012.
- SOARES, L. T. O público e o privado na análise da questão social brasileira. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; OPAS; IDRC, 2005. p. 57-82.
- TAUTZ, C. et al. O BNDES e a reforma do capitalismo brasileiro: um debate necessário. In: OS ANOS LULA: contribuições para um balanço crítico 2003-2012. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 249-286.
- VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011.
- VAZAMENTO de óleo em Campos aumenta. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, p. A12, 13 nov. 2011.
- VIANNA, M. L. T. W. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não do modelo econômico) à seguridade social. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 66-83.
- _____. O processo de americanização da proteção social para os brasileiros. In: _____. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem estar e políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; UCAM; IUPERJ, 2000. p. 138-177.
- VILELA, R. A. G.; ALMEIDA, I. M.; MENDES, R. W. B. Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2817-2830, 2012.
- VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M. Uma análise crítica da ISO 14000. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA, 4.; CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 8., 1997, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 1997. v. 1. p. 243-247.
- ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. *Caros Amigos*, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.