

SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Saúde do Trabalhador

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

8



SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Saúde do Trabalhador

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE

Nísia Trindade Lima

VICE-PRESIDENTE de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Marco Antônio Carneiro Menezes

SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

8

Saúde do Trabalhador

História, sujeitos e desafios para o século XXI

Anamaria Testa Tambellini

Ariane Leite Larentis

Arlete Santos Oliveira

Ary Carvalho de Miranda

Carla Cristina Coelho Augusto Pepe

Fátima Cristina Rangel Sant'anna

Gideon Borges dos Santos

Jorge Mesquita Huet Machado

Katia Reis de Souza

Letícia Pessoa Masson

Luciana de Assis Amorim

Luciana Carvanelhas

Luciana Gomes

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Marcello Santos Rezende

Marcia Agostini

Maria Cristina Strausz

Maria de Fátima Ramos Moreira

Marisa Moura

Renata Vasconcelos Neto

Renato José Bonfatti

Sônia Barreto Gertner



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Copyright © 2018 dos autores
Todos os direitos reservados à FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Versão digital em PDF

**Coordenação de Ambiente / Vice-Presidência de
Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde**

Coordenador

Guilherme Franco Netto

Equipe técnica

Juliana Wotzasek Rulli Villardi
Virginia Maria Leite de Almeida

Apoio administrativo

Gabriela de Vasconcelos Costa Lobato

Organizadores da coleção

Guilherme Franco Netto
Juliana Wotzasek Rulli Villardi
Virginia Maria Leite de Almeida

Edição de texto

Eliane Levy de Souza

Revisão

Irene Ernest Dias

Apoio bibliotecário

Tereza Risi

Revisão bibliográfica

Goretti Araujo

Produção gráfico-editorial

Silvia de Almeida Batalha

Capa e projeto gráfico

Silvia de Almeida Batalha

Foto de capa

Detalhe do Castelo Mourisco
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

ISBN: 978-85-8110-069-2

Elaboração, distribuição e informações

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Avenida Brasil, 4.365
Manguinhos
CEP 21.040-360 - Rio de Janeiro, RJ
Tel: (21) 2598-4242
Home page: www.fiocruz.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Organizadores

Katia Reis de Souza	Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Jorge Mesquita Huet Machado	Maria de Fátima Rangel Sant'Anna

Autores

Anamaria Testa Tambellini	Luciana Carvanelhas
Ariane Leite Larentis	Luciana Gomes
Arlete Santos Oliveira	Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Ary Carvalho de Miranda	Marcello Santos Rezende
Carla Cristina Coelho Augusto Pepe	Marcia Agostini
Fátima Cristina Rangel Sant'Anna	Maria Cristina Strausz
Gideon Borges dos Santos	Maria de Fátima Ramos Moreira
Jorge Mesquita Huet Machado	Marisa Moura
Katia Reis de Souza	Renata Vasconcelos Neto
Letícia Pessoa Masson	Renato José Bonfatti
Luciana de Assis Amorim	Sônia Barreto Gertner

Colaboradores

Antonio Sergio Almeida Fonseca	Marismary Horsth de Seta
Jandira Maciel Archives	Mariza Almeida
Leandro Vargas Barreto de Carvalho	Renato Maciel
Luiz Carlos de Oliveira	Simone Silva Santos Oliveira

Sumário

PREFÁCIO	8
SOBRE A COLEÇÃO	9
APRESENTAÇÃO	11
1 A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: ASPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E POLÍTICOS	15
2 AS RELAÇÕES ENTRE PRODUÇÃO, AMBIENTE E SAÚDE: CONCEITOS, TEORIAS E PRÁTICAS	24
3 A SAÚDE DO TRABALHADOR NA FIOCRUZ	32
3.1 O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh): ensino, pesquisa e serviço	32
3.2 A Política de Saúde do Trabalhador da Fiocruz: desafios e perspectivas	37
3.3 A experiência do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador da Fiocruz	39
3.4 O Programa Fiocruz Saudável e os desafios de integrar a saúde do trabalhador, a biossegurança e a gestão ambiental da Fiocruz	47
4 PRODUÇÃO ACADÊMICA	49
4.1 Aspectos gerais	49
4.2 Globalização, reestruturação produtiva, inovações tecnológicas e ambiente	50
4.3 Agravos à saúde	51
4.4 Subjetividade, saúde mental e trabalho	52
4.5 Gênero, trabalho e saúde	53
4.6 Trabalho e educação	54
4.7 Trabalho em saúde	55
4.8 Estudos geracionais e trabalho	58
4.9 Toxicologia e saúde do trabalhador	60
4.10 Vigilância participativa em saúde do trabalhador: estratégia essencial	61
5 DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR PARA O SÉCULO XXI	63
5.1 Agenda Fiocruz para saúde, trabalho e ambiente	63
5.2 Agenda para a saúde do trabalhador no século XXI	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	77

Prefácio

A crise ambiental global reconhecida pela comunidade internacional na década de 70 impulsionou a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a redobrar a atenção quanto ao conhecimento e à produção científica no que se refere às relações entre saúde e ambiente. Por ocasião da Rio-92, e a partir de então, foram empreendidos importantes esforços no sentido de direcionar esta temática para o centro da agenda estratégica da instituição, o que possibilitou, nos dias de hoje, o alcance de um lugar de destaque na produção científica nacional e internacional para contribuir na oferta de soluções que envolvem as implicações na saúde sob a perspectiva do ambiente.

As teses aprovadas no VIII Congresso Interno da Fiocruz, realizado em 2017, ao tempo que reafirmam o projeto de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltam que esta premissa constitucional só pode se tornar realidade mediante um projeto de nação baseado na soberania nacional, na democracia da gestão dos espaços públicos, na construção de um Estado de bem-estar social e no desenvolvimento com redução das desigualdades sociais.

Ainda, as teses afirmam que a geração de conhecimentos da Fiocruz deve ser orientada para o cumprimento de sua missão e o diálogo com a sociedade, e organizada de forma a produzir novas abordagens, alternativas e inovações, conforme os princípios de equidade e solidariedade entre os povos, priorizando as populações mais pobres. Nesse sentido, cabe reforçar o papel da Fiocruz na análise de políticas públicas e ação social, em forte interação com os movimentos sociais, em torno dos temas saúde, educação, trabalho, ambiente e desenvolvimento, considerando as diferenças e desigualdades regionais. As teses reconhecem que a Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, da ONU, é a mais abrangente referência internacional do período contemporâneo para mobilização de valores, direcionamento de modelos de desenvolvimento inclusivos e sustentáveis, justiça social e construção de alianças para a realização desse ideário, constituindo-se em um importante marco de referência para a agenda e as perspectivas de médio e longo prazos da Fiocruz.

A Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade inaugura a Série de Documentos Institucionais da Fiocruz com o intuito de abrir mais um canal de divulgação científica em torno dos temas considerados estratégicos pela instituição. Os seus oito volumes desvelam a rica trajetória deste campo de conhecimento, seus pensamentos, suas práticas, inquietações e os desejados caminhos a seguir.

Nísia Trindade Lima
Presidente da Fiocruz

Marco Antônio Carneiro Menezes
Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Sobre a coleção

A Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade inaugura a Série Fiocruz – Documentos Institucionais e foi elaborada pela Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS).

Alinhada à missão institucional, a coleção tem como objetivos (i) contribuir para a produção, disseminação e compartilhamento de conhecimentos e tecnologias em Saúde, Ambiente e Sustentabilidade (SA&S), voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira; e (ii) consolidar o Programa Institucional de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade da Fiocruz, como processo estratégico, a partir da sistematização dos conteúdos deste campo. A coleção é constituída pelos seguintes temas: Histórico e Governança, Agrotóxicos e Saúde; Biodiversidade e Saúde; Clima, Saúde e Cidadania; Grandes Empreendimentos e Impactos sobre a Saúde; Saneamento e Saúde; Povos e Populações do Campo, Floresta e Águas; Saúde do Trabalhador, desenvolvidos em seus respectivos volumes.

A principal motivação da iniciativa está em apresentar o acúmulo de conhecimentos nesses campos de atuação, o que permite situar o “estado da arte institucional”, combinando conteúdo e reflexão acumulados em cada tema abordado.

A organização dos volumes, e sua construção, contou com ampla participação da comunidade científica da Fiocruz e convidados, reunindo o conjunto de conhecimentos e de diferentes aspectos relacionados aos temas. A coleção é resultado da contribuição de mais de duzentos pesquisadores.

A metodologia utilizada ao longo desse processo possibilitou maior integração e articulação dos diversos campos de atuação, por meio de sucessivas aproximações entre seus conteúdos, que resultaram em um produto ao mesmo tempo único e diversificado na coleção. Nos volumes, foram respeitadas as singularidades de cada área, possibilitando o exame concomitante da obra como um todo e de suas especificidades.

O volume 1, *Histórico e Governança*, traz o histórico da área de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade, o processo de governança a partir do Programa de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade (Pisas) e da Câmara Técnica de Saúde e Ambiente (CTSA) da Fiocruz. Apresenta ainda o projeto de elaboração dos Documentos Institucionais e a produção científica na área.

O volume 2, *Agrotóxicos e Saúde*, reúne os aspectos da produção de conhecimentos disciplinares (toxicológicos, clínicos e epidemiológicos) à sua implicação com as ações de saúde pública voltadas para o monitoramento/vigilância, o controle, a prevenção e os cuidados com indivíduos e grupos sociais afetados por tais contextos e nocividades. Inclui-se nesse escopo a questão da regulação e das políticas públicas integradas e intersetoriais, além do suporte laboratorial.

O volume 3, *Biodiversidade e Saúde*, traz os antecedentes da área, suas abordagens, grandes desafios e iniciativas. Reúne as relações da biodiversidade com a saúde humana e como subsídio às discussões sobre os desafios do desenvolvimento sustentável no Brasil.

O volume 4, *Clima, Saúde e Cidadania*, abrange os antecedentes e aspectos históricos do tema, as interfaces relevantes com a saúde, englobando riscos e vulnerabilidades ambientais, o clima e áreas específicas de atuação para a saúde pública, além da produção bibliográfica nesse campo.

O volume 5, *Grandes Empreendimentos e Impactos sobre a Saúde*, apresenta os antecedentes históricos, os aspectos teóricos, conceituais, metodológicos e políticos da área, as interfaces relevantes com o SUS e a atuação, a produção e a rede de pesquisa da Fiocruz nesse campo, o papel dos movimentos sociais e as agendas temáticas e os desafios diante dos grandes empreendimentos.

O volume 6, *Saneamento e Saúde*, aborda os antecedentes históricos, a busca pela universalização do acesso a tais direitos, os aspectos teórico-conceituais, as interfaces relevantes da área com a saúde coletiva, e seus desafios para a pesquisa.

O volume 7, *Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas*, traz os antecedentes desses diferentes grupos sociais, seus contextos e as questões em debate, os aspectos teóricos, conceituais e políticos e as respectivas políticas públicas, as convenções e seus processos de implementação, o levantamento da produção bibliográfica associada à Fiocruz, além das iniciativas institucionais e os desafios em ensino, ciência, tecnologia e inovação, cooperação e serviços relacionados ao tema.

O volume 8, *Saúde do Trabalhador*, engloba a constituição da saúde do trabalhador no Brasil aos aspectos conceituais, históricos e políticos do tema, incluindo a trajetória da saúde do trabalhador na Fiocruz, a produção acadêmica sobre as relações entre saúde, trabalho e ambiente na instituição e os desafios e questões para a implantação de uma agenda sobre o assunto.

Em síntese, a coleção apresenta a trajetória, a produção científica e reflexões da área de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade no âmbito da Fiocruz, em torno dos temas definidos em seu programa institucional, e se destina à sua própria comunidade científica e a instituições externas, a pesquisadores e ao conjunto da sociedade brasileira.

Guilherme Franco Netto

Especialista em Saúde, Ambiente e Sustentabilidade
Presidência Fiocruz

Apresentação

Este texto foi escrito por muitas mãos, uma produção coletiva fruto da reflexão, do diálogo e da pesquisa colaborativa a respeito da saúde do trabalhador (ST) na Fiocruz. Dos debates suscitados pelos encontros, oficinas e seminários que reuniram vários autores e interlocutores para sua elaboração, alguns pontos foram marcantes e, por estarem relacionados, diretamente, às características do campo da ST, serão, neste prólogo, resumidamente registrados e podem ser considerados como pressupostos teóricos do exposto nas páginas subsequentes.

CONTEXTO POLÍTICO E SOCIAL DO PAÍS: CRISE DO TRABALHO, CRISE DO CAPITAL

Ao fim do século XX e início do século XXI, instalou-se no cenário nacional e internacional a crise estrutural do capitalismo neoliberal seguida, no Brasil, de uma ampla e austera reforma econômica, social e trabalhista. Em termos concretos, vive-se no país uma crise capitalista, sem precedentes, sobretudo no mundo do trabalho. É fato que as crises capitalistas se repetem, já que são inerentes ao próprio capitalismo e não comportam excepcionalidades, como se pensou no Brasil em relação à crise internacional de 2008. É fato também que se enfrenta a assimetria de forças entre o capital e o trabalho, sendo o trabalho, atualmente, o polo mais frágil. David Harvey (2013) assevera que a dualidade do trabalhador como “objeto para o capital” e como “sujeito criativo vivo” precisa ser equacionada do ponto de vista da teoria crítica e da ação prática.

De fato, salta aos olhos, no Brasil, a desigualdade social extrema entre as classes trabalhadora e dominante, entre os sistemas produtivo e financeiro. Segundo Ary Carvalho de Miranda, Anamaria Tambellini e Josino Moreira (2011), essas desigualdades desembocam num cenário mais amplo, num fosso que distingue a qualidade de vida dos povos das nações mais “desenvolvidas” daquela dos povos que habitam os continentes menos favorecidos. O atual sistema econômico, gestado no século XVI e amadurecido no XIX, estabelece iniquidades de proporções inigualáveis na história da humanidade. No século XX, a expectativa de vida dobrou e a atividade econômica aumentou, mas também se excedeu a capacidade de sustentabilidade do planeta. A exclusão social registra quase 300 milhões de desempregados na instauração do século XXI. Para István Mészáros (2015), superar essa ordem social estruturalmente desigual demanda uma solução qualitativamente orientada para a reconstituição radical do espírito de igualdade, em perspectiva coletiva.

CENTRALIDADE E METAMORFOSE DO TRABALHO

Reconhece-se a centralidade do trabalho nas relações econômicas, sociais e humanas. Importa também considerá-lo como processo histórico, posto que o processo de trabalho se constitui como metabolismo vivo e em permanente mudança. Com Graça Druck (2011), compreende-se que o mundo do trabalho contemporâneo vivencia uma rede de transformações profundas, num claro movimento

de metamorfose social. Para a mesma autora, há uma ligação entre as formas precárias de trabalho e a desestruturação do Estado no que diz respeito a sua atribuição constitucional de promover proteção social. De acordo com Druck (2011), a precarização social do trabalho é compreendida como um processo econômico, social e político resultante das condições de insegurança, de fragmentação dos coletivos de trabalhadores e, sobretudo, da destituição do conteúdo social do trabalho.

Ricardo Antunes (2011) defende uma concepção ampliada de trabalho na qual se considere a totalidade da classe produtiva, homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho, fazendo valer o pensamento de que o trabalho, hoje, é “multifacetado”. Ou seja, tem traços bem diversificados no tocante à sua configuração histórica, que se inicia com a retração do proletariado estável, tradicional e especializado, e a expansão de formas de trabalho precário, não circunscritas apenas à esfera jurídica, sendo que a de maior relevância é a deterioração das relações humanas geradas no âmbito do contexto neoliberal (SILVA; SOUZA; TEIXEIRA, 2017). Além disso, estão em curso a ampliação do desemprego estrutural, a expansão desmedida do trabalho informal e das diferentes formas de terceirização e de subcontratação. Constata-se a degradação do trabalho, sua intensificação, aumento da sobrecarga, com novas exigências de produtividade, e o decorrente quadro de morbidades físicas e mentais dos trabalhadores. Por essas razões, para a compreensão da saúde, parte-se da análise do processo de trabalho em âmbito local, em articulação com o contexto histórico, objetivando-se explicar as formas de adoecimento como expressão dos antagonismos e contradições sociais. Confirma-se, assim, a formulação dialética presente nos escritos de *O Capital* (MARX, 2013): a saúde está em permanente interação com o contexto de trabalho (SOUZA et al., 2017).

De fato, o cerne do trabalho está em seu processo, porquanto é compreendido, essencialmente, como processo de transformação. A ação e a intervenção são inerentes à atividade laboral e intervir no mundo significa transformarmos a nós mesmos, dialeticamente, visto que não existe transformação neutra no processo de trabalho (MARX, 2013).

AÇÃO E EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS

Sob o prisma da interpretação filosófica marxista de processo de trabalho, sobressai a influente assertiva segundo a qual os homens são agentes no mundo que os rodeia. Isso significa que, no processo de trabalho, as pessoas não permanecem passivas diante da nocividade dos ambientes laborais, mas resistem e criam saídas na perspectiva da saúde (LAURELL; NORIEGA, 1989). Para Harvey (2013), é decisivo o papel da luta de classes dentro do próprio processo de trabalho, nos locais de trabalho, visto que as relações de classe penetram nesse processo por meio de sua estrutura hierárquica e organização autoritária.

Carlos Minayo Gomez (2011) sugere que sejam efetuados ajustes e adaptações na aplicação do conceito de processo de trabalho, já que este se relaciona, em sua origem, ao proletariado urbano

industrial. Por conseguinte, o autor propõe a categoria “trabalho em processo”, especialmente para setores de serviços, como os da saúde e da ciência e tecnologia, de sorte que realcem outras características desta modalidade de trabalho, de alta significância, e especificidades como a interação que se processa entre as pessoas. No campo da saúde do trabalhador, enfrenta-se o desafio de encontrar metodologias e conceitos adequados à compreensão da multiplicidade das formas de trabalho e a sua relação com a saúde.

Em relação à categoria saúde, há que se considerar as resistências, individuais e coletivas, como condição para a autodefesa da vida no trabalho. Nessa linha de compreensão, Giovani Berlinguer reitera a ideia de Hipócrates, que afirmou: “a saúde é fraca onde os homens não são senhores de si mesmos e das próprias leis” (apud BERLINGUER, 1983: 57). Ainda sobre essa base de interpretação, Eric Hobsbawn (2015) assegura que uma das principais forças que impulsionaram o progresso da civilidade nos últimos 250 anos foi a que encontrou sua expressão organizada nos movimentos de trabalhadores do mundo ocidental.

Segundo essa perspectiva, poder-se-ia afirmar que a associação entre o trabalho e a saúde, do ponto de vista do campo da saúde do trabalhador e no contexto do atual modo de produção, não se constituiu em um valor dado, mas sim a ser conquistado por luta, como práxis. Destarte, encontra-se em permanente tensão no âmbito da história, já que está no cerne das contradições entre os desígnios do poder econômico do capital e as possibilidades de transformação da realidade. Daí a afirmativa consensual de que a saúde, nessa perspectiva, é fortemente determinada pelas condições sociais e pela capacidade organizativa dos trabalhadores (SOUZA et al., 2017). Afinal, a concepção de saúde do trabalhador tem como premissa teórica central o reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e considerados agentes essenciais de ações transformadoras (MINAYO-GOMEZ, 2012).

Conclui-se esta apresentação deixando em aberto algumas questões para reflexão:

- Como serão as futuras gerações do trabalho? Serão todas precárias?
- Como será a sociedade em que homens e mulheres trabalhadora(e)s não tenham senso de dignidade e de autoestima derivados do trabalho?
- Como será a sociedade totalmente governada pelas leis e pelos valores do mercado e do dinheiro, caso não se criem alternativas e formas de resistências coletivas, protagonizadas pelos próprios trabalhadores?

O presente documento inicia-se por uma sistematização baseada em aspectos conceituais, históricos e políticos do campo da saúde do trabalhador e de suas indissociáveis relações com o campo da saúde ambiental. Nessa primeira abordagem, é traçado um panorama da criação do que se convencionou chamar de campo da saúde do trabalhador no país. Seu objetivo é situar seu surgimento como deflagrador de um processo institucional em cuja condução a Fiocruz, no percurso de aglutinação de forças, constituiu-se como locus relevante e com certo protagonismo.

De modo a reforçar o eixo epistemológico de produção de conhecimentos no campo da saúde do trabalhador, o texto continua apresentando um panorama sobre as relações entre a produção, o ambiente e a saúde. Discorre sobre os conceitos envolvidos nessas interrelações, as teorias e as práticas, considerando o alcance do mundo do trabalho e sua reestruturação, onde essas variáveis se imbricam.

Em seguida, é apresentada a trajetória de inserção da saúde do trabalhador na Fiocruz, com destaque para o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), o Fio-Sast, o Fiocruz Saudável e a Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST). No caso do Cesteh, descreve-se sua construção como instância de ensino, pesquisa e extensão, capaz de formar quadros e participar ativamente da formulação política do campo, especialmente como área de inserção e atuação no âmbito das políticas públicas de saúde do trabalhador voltadas para o conjunto da população brasileira.

Nas demais estruturas da Fiocruz, o registro histórico centra-se na criação de dispositivos de saúde do trabalhador (basicamente ocupacional) para os servidores da instituição, enfatizando o reflexo do ideário conceitual da saúde do trabalhador como parâmetro de implementação da política de saúde para o corpo funcional. Em seguida, dispõe-se sobre os temas e conceitos prevalentes na produção acadêmica sobre as relações saúde, trabalho e ambiente, que têm feito da Fiocruz uma instância de produção de conhecimentos teórico-científicos relevantes, além de inscrever a instituição como área de formulação de políticas e práticas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacam-se, neste tópico, a abordagem conceitual e metodológica; as questões políticas, relacionadas à legislação e à institucionalidade do campo; e, por fim, a questão da vigilância em saúde do trabalhador e, mais propriamente, sua vinculação com os trabalhadores e os movimentos sindicais e sociais. O documento se encerra trazendo à baila os desafios e as questões para a construção de uma agenda institucional. A despeito de um histórico nada abonador em matéria de defesa da saúde no trabalho, a conjuntura política do país tem indicado a tendência à perda de direitos na esfera das relações de trabalho e previdenciárias que, certa e lastimavelmente, repercutirá na saúde dos trabalhadores brasileiros e, por extensão, dos próprios servidores da Fiocruz. O momento é oportuníssimo para este debate.

1

A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: ASPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E POLÍTICOS

O campo da saúde do trabalhador (ST) tem sua origem nos anos 1980, em um contexto social da história no Brasil de lutas pela redemocratização política do país. Trata-se de um campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico emerge da saúde coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações entre o trabalho e a saúde (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Em síntese conceitual, ST compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, políticas, humanas – multiprofissionais e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva (MINAYO-GOMEZ, 2011; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997) e parte da seguinte formulação de Anamaria Tambellini:

... o compromisso com a melhoria das condições de saúde da classe trabalhadora implica não somente o avanço do conhecimento científico, mas também a necessidade de inter-relação entre a produção de conhecimentos e sua apropriação pelos próprios sujeitos da pesquisa – os trabalhadores, atores fundamentais no processo de transformação social (TAMBELLINI, 1988: 4).

As bases da formulação do campo da ST partem, portanto, do conceito nuclear de “processo de trabalho” na vertente da economia política da obra de Karl Marx em *O Capital* (2013). Nela, o trabalho é definido como um processo em que a natureza e o trabalhador são transformados pelas atividades laborais, forjando assim uma identidade de classe e inserção social ao mesmo tempo que transforma sua natureza em um determinante social do processo saúde e doença, ou seja, de promoção de saúde e/ou de desgaste físico e mental. As relações de trabalho que configuram as situações laborais e geram repercussões na saúde são objeto da observação e da ação do campo da ST.

Na perspectiva da história, a saúde do trabalhador no Brasil é parte do capítulo de lutas e conquistas da classe trabalhadora. Para Hobsbawn (2005), o passado é uma dimensão permanente da consciência humana e um componente inevitável das instituições e dos valores da sociedade. De acordo com esse historiador deve-se, portanto, analisar o sentido do passado e localizar suas transformações, já que a mudança histórica se realiza, sobretudo, mediante a práxis social e a ação coletiva.

Nesse sentido, parece acertado afirmar que o principal antecedente histórico da constituição do campo da saúde do trabalhador no Brasil é a própria história da classe operária brasileira, reconhecendo-a como importante sujeito coletivo do mundo do trabalho. Sua existência data de pouco mais de um século: até 1850, não havia fábricas no território nacional e, conseqüentemente, não havia trabalhadores fabris. As primeiras unidades foram criadas no final do século XIX, entre 1880 e 1890 (GIANNOTTI, 2009). Segundo o autor, trata-se de mais de cem anos de lutas e resistência contra a exploração, por meio do movimento organizado, seja em sindicatos ou em associações de classe.

As primeiras reivindicações de saúde dos trabalhadores brasileiros reportam-se ao período 1890-1920, na formação operária, por ocasião da implantação do capitalismo no país. Os operários já identificavam o sistema de produção e o modelo de organização social prevalente como causa de seus males e doenças

Segundo estudo de Vanda D'Acri (1985), as primeiras reivindicações de saúde dos trabalhadores brasileiros reportam-se ao período 1890-1920, na formação operária, por ocasião da implantação do capitalismo no país. A partir de 1906, momento de realização do Primeiro Congresso Operário Brasileiro, defendia-se uma nova organização econômica e social, baseada na solidariedade de classe. Por certo, a classe trabalhadora industrial brasileira, principalmente nas primeiras décadas do século XX, era, em sua maioria, formada por imigrantes procedentes da Itália e da Espanha. Nessa época, era marcante a atuação do movimento operário anarcossindicalista e seus ideais libertários, cuja organização da luta era fortemente enraizada nas fábricas, nos locais de trabalho. Tinha-se como ideais a justiça e a construção de uma sociedade igualitária, na qual se respeitariam a liberdade e a autonomia. O mesmo estudo registra que os trabalhadores identificavam o sistema de produção e o modelo de organização social prevalentes como causa de seus males e doenças.

Para Vito Giannotti (2009), o século XX deveria ter sido o século dos trabalhadores, o que não aconteceu. Todavia, com Antonio Gramsci (1986), é possível afirmar que a interpretação do curso da história conecta-se à ideia da luta por interesses diversos no âmbito da sociedade civil. Trata-se da concepção dialética de história, segundo a qual a sociedade não se rege por pressupostos harmônicos, mas sim pelo movimento contraditório de luta entre os opostos, sobretudo entre capital e trabalho (MARX; ENGELS, 1986; LACAZ, 1996).

Interessa, de modo especial, registrar o período da retomada dos movimentos sociais, pós-ditadura militar, momento em que floresce o tema da saúde do trabalhador no Brasil. Os antecedentes que levaram às greves de 1978 e 1979 foram gerados por resistência e lutas travadas por militantes sindicais, desde 1967, que perduraram durante os anos 1970. Destaca-se, no período, o clássico caso dos metalúrgicos de São Bernardo do Campo, na Grande São Paulo, em movimento que enfrentou a ditadura. Em verdade, as reivindicações dos trabalhadores na eclosão dos movimentos grevistas se repetiam por todo o território nacional: começavam pela reposição salarial e se estendiam a outras exigências, como a legalização das comissões de fábricas e melhores condições de trabalho (GIANNOTTI, 2009). Outros casos de movimentos e organização de trabalhadores em luta por saúde nos ambientes de trabalho poderiam aqui ser relatados, a exemplo de episódios protagonizados por profissionais da educação (SOUZA et al., 2003). Todavia, no que concerne ao movimento de massa de trabalhadores empreendido naquele momento da história do Brasil, a mobilização operária é um importante exemplo, por ter protagonizado mudanças fundamentais que antecederam o surgimento do campo da sua política e legislação.

O olhar retrospectivo observa que as reivindicações relativas à saúde no trabalho que assumiram maior relevância ganharam força no movimento sindical por meio das ações de massa, sobretudo as greves dos trabalhadores do setor automobilístico do ABC paulista. Em especial, no ano de 1978, a mobilização pela reposição salarial desencadeou uma avalanche de greves e a retomada da ação sindical no Brasil, pressionando o governo em direção à abertura política. O processo começou a ganhar força no dia 12 de maio de 1978, na Saab-Scania, em São Bernardo do Campo, na Grande São Paulo. Nessa fábrica, mais de três mil metalúrgicos cruzaram os braços e pararam as máquinas. Em 1981, a 1ª Conferência da Classe Trabalhadora (Conclat) marcou a retomada do movimento sindical na fase final da ditadura militar (GIANNOTTI, 2009). O ideário que deu sustentação a essas ações fundamenta-se nos objetivos de emancipação da classe trabalhadora em relação ao capital e seu reconhecimento como protagonista político.

Em 1980, foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), originário da Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (Cisat), instalada em 1978. Tratava-se de uma mudança essencial na forma sindical e orgânica de intervir na relação saúde-trabalho. Consolidava-se, então, uma organização abalizada pela participação de federações e sindicatos de trabalhadores, que assumia o caráter de uma verdadeira política de saúde nos ambientes de trabalho, de feição contra-hegemônica. Convém lembrar que o Diesat continua realizando pesquisas que instrumentalizam a luta coletiva pela melhoria das condições e organização do trabalho e defesa da saúde.

Registre-se, também, nesse período de efervescência política de luta dos trabalhadores pela saúde, a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983, e do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (Inst), em 1990, com apoio da grande central sindical Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL). Esse espaço de luta da CUT, marco do novo sindicalismo, possibilitou a consolidação de uma nova forma de fazer política de saúde no campo do trabalho (LACAZ, 1996). De acordo com René Mendes (1991), trata-se de práticas sindicais em saúde traduzidas em reivindicações de melhores condições de trabalho, socialização de informações, inclusão de pautas específicas nas negociações coletivas, da reformulação do trabalho e das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipas).

Ao exame da história, salta aos olhos a influência dos estudos operários italianos e da perspectiva da medicina social latino-americana na concepção e construção do campo da saúde do trabalhador no Brasil. De acordo com essa vertente, a saúde é fortemente determinada pelas condições históricas, sociais e pela capacidade organizativa dos trabalhadores

Ao exame da história, salta aos olhos a influência dos estudos operários italianos e da perspectiva da medicina social latino-americana na concepção e construção do campo da saúde do trabalhador no Brasil (LAURELL; NORIEGA, 1989; ODDONE et al., 1986). De acordo com essa vertente, a saúde é fortemente determinada pelas condições sociais e pela capacidade organizativa dos trabalhadores. Nessa linha de interpretação, a participação social constitui-se como importante aspecto da democracia brasileira e da constituição da saúde do trabalhador no âmbito do Estado.

À medida que o campo da saúde do trabalhador foi se consolidando no Brasil, com sua inclusão como prática de ação inovadora, participativa e interventora, no âmbito de alguns serviços de saúde pública, inclusive com a criação do Cesteh, em 1985, seu ideário foi incorporado ao espírito da Reforma Sanitária. O coroamento daquilo que se pode chamar de um movimento nascente de mudança de práticas, vinculadas ao campo da saúde pública, e não somente ao aparelho de Estado nas áreas trabalhistas e previdenciárias, foi sua inclusão na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo de saúde. Assim, em termos do marco político normativo do Estado, a saúde do trabalhador se diferencia e é situada como direito universal à saúde definido pela CF/88 e pela Lei nº 8.080/90, que regulamenta o capítulo constitucional da saúde (BRASIL, 1988, 1990). Transcende, desse modo, o marco do direito previdenciário-trabalhista, em que a ação de Estado se restringe à regulação da saúde e da segurança no trabalho, com responsabilidade de execução a cargo dos empregadores (VASCONCELLOS, 2007).

É importante ressaltar, na história da saúde do trabalhador no Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNSTs), com a agregação posterior da expressão “e da Trabalhadora” (CNSTTs). Embutido no próprio conceito está o pressuposto de que a participação social e política dos trabalhadores e das trabalhadoras é condição para a construção e consolidação da saúde do trabalhador no país. O Estado brasileiro, como sugere a Constituição de 88, deve criar diferentes possibilidades para a concretização institucional da democracia participativa (SOUZA; BONFATT; SANTOS, 2015). No texto da carta constitucional, estabeleceram-se princípios participativos de organização do Estado brasileiro, dos quais se destaca a participação da sociedade civil na deliberação sobre políticas públicas (AVRITZER, 2009). As Conferências Nacionais são espaços estratégicos dessa participação no âmbito do próprio Estado. Não obstante, decorridas quase três décadas da promulgação da carta constitucional, ainda se busca a ampliação e o aperfeiçoamento da democracia e da participação institucional no Brasil.

A Fiocruz teve uma parcela de protagonismo na formulação do campo da saúde do trabalhador no Brasil, por meio de sua inserção no movimento da Reforma Sanitária Brasileira e em contatos diretos com as secretarias estaduais de Saúde, especialmente dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia e com a área técnica – depois chamada Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – do Ministério da Saúde. O marco inicial desse processo, com a criação do Cesteh, foi a organização da I CNST, em 1986, em que foram estabelecidas, de forma ampla e participativa com o movimento sindical e universidades, as bases da inserção da saúde do trabalhador no SUS, expressas na Constituição de 88 (CNST, 1986; BRASIL, 1988).

Conforme assevera o texto da I CNST, o enfrentamento dos problemas nacionais deve contemplar, prioritária e progressivamente, a participação do povo – por meio de seus legítimos representantes em todas as instâncias – na busca de alternativas capazes de transformar a realidade dos problemas atinentes à relação saúde e trabalho (CNST, 1986).

As Conferências Nacionais foram e são sustentadas pelo movimento conjunto dos trabalhadores em seus vários segmentos, incluindo aqueles dos serviços públicos de saúde, além dos intelectuais e pesquisadores do campo.

Na I CNST, distinguiu-se a acepção segundo a qual a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional, o que possibilita conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. A ST implica um conjunto de questões de ordem estrutural e local que precisam ser reconhecidas como direitos, a saber: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito a direitos. Portanto, “Direito à saúde precisa expressar, também, Direito ao trabalho, Direito à informação, Direito à participação e Direito ao lazer” (CNST, 1986).

O ano de 1986, quando se realizou a I CNST, foi de grande efervescência política no país, com a retomada da democracia e da perspectiva coletiva de se interpretar de forma crítica e intervir

nos problemas de saúde no país. Tanto a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março, quanto a I CNST, em dezembro, foram marcos daquela época no que diz respeito, sobretudo, ao cenário de preparação da CF/88 considerada a carta magna cidadã (BRASIL, 1988).

A I CNST deu margem à sistematização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, com foco nas relações de produção, e colocou em debate público o cenário das condições da força de trabalho no país. Naquele momento, era central o processo de instalação do movimento de reforma sanitária necessária à solução dos problemas de saúde

A I CNST deu margem à sistematização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, com foco nas relações de produção, e colocou em debate público o cenário das condições da força de trabalho no país. O intuito era submeter à apreciação da nação as ideias e pontos fundamentais para a construção de tal política. Naquele momento, era central o processo de instalação do movimento da Reforma Sanitária, necessária à solução dos problemas de saúde. Sem dúvida, o processo de mobilização suscitado pela I CNST, bem como o conjunto de suas formulações, propiciou as bases da consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, abrindo caminho para a ordenação política do campo. Além disso, colocou em pauta a inserção da ST como campo de conhecimentos e práticas a serem consolidados no SUS (CNST, 1986).

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, cuja máxima foi “Construindo uma política de saúde do trabalhador”, diferentemente da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986) – realizada num momento em que o movimento dos trabalhadores havia adquirido um amplo caráter mobilizador e contra-hegemônico –, ocorreu em meio ao alastramento do ideário neoliberal e sua aplicação na política, época em que o movimento sindical assumiu uma posição de resistência às ofensivas do capital, defendendo as conquistas duramente alcançadas pela classe trabalhadora durante a década de 1980.

Um aspecto polêmico explicitado nas discussões ocorridas durante a II CNST foi a resolução alusiva ao processo de unificação das ações de saúde do trabalhador, a saber: a pesquisa, a vigilância, a assistência e a reabilitação, que se encontravam (e ainda se encontram) dispersas em diversos ministérios (LOURENÇO; LACAZ, 2013). De acordo com os autores, a querela referente à fragmentação entre os setores da saúde, trabalho e previdência se arrastou pelas demais conferências e se reflete nos conflitos institucionais decorrentes de disputas legais e políticas entre os órgãos públicos.

A II CNST representou um passo decisivo no sentido da formulação particular de consolidação do campo como política pública. Na parte dedicada à análise da relação entre produção, saúde e ambiente, o texto dessa conferência chama a atenção para as consequências negativas que a escolha de determinado modelo de desenvolvimento traz à nossa sociedade como um todo: as desigualdades de distribuição de renda, com o ônus de sua brutal concentração na parcela privilegiada da população, e o lado autoritário do Estado, que leva ao empobrecimento da vida democrática e a condições de vida e trabalho precárias (CNST, 1994).

Na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2011), cujo lema era “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”, um dos eixos temáticos assinalava a necessidade de efetivar a gestão participativa no âmbito dos governos, inserindo o controle social em ST em todas as instâncias da vida política do país, inclusive com a participação democrática do trabalhador na gestão laboral, por meio das organizações por locais de trabalho.

O eixo que debateu a incorporação da ST nas políticas de desenvolvimento sustentável do país retomou um tema próprio do surgimento do campo (década de 1980) que, todavia, permanece pouco contemplado na saúde coletiva.

Nas resoluções da III CNST observam-se formulações estritas, procedentes do escopo da saúde ocupacional, desconsiderando inclusive o papel do SUS na ST do setor público e o acúmulo em ações de vigilância em saúde do trabalhador (Visat). No texto do relatório final da conferência, prioriza-se a implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Avanços e retrocessos no âmbito de formulação das políticas em ST refletem-se na fragilidade das ações e na dificuldade de estabelecer consensos, demonstrando problemas do campo em bem estabelecer suas fronteiras teóricas e metodológicas (CNST, 2011).

A IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2015) teve como lema “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado”. Foi um momento importante para o processo de aperfeiçoamento do SUS e de discussão da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), suas estratégias e implementação. A PNSTT é legitimada como base da ação institucional, e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), como estratégia de estruturação das ações de saúde do trabalhador em sua perspectiva de rede do SUS e das relações com os Conselhos de Saúde e demais instâncias democráticas. Um dos objetivos fundamentais decorrente dos debates na IV CNSTT foi o fortalecimento do controle social e do processo participativo nas ações de ST (CNSTT, 2015).

Segundo o texto orientador da IV CNSTT, alusivo à participação social em ST, afirmou-se que, com a instituição da Renast (Portarias 1679/02, 2437/05 e 2728/09), o controle social deveria ser realizado por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, bem como pelas Comissões Intersectoriais em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT). Estes constituem, assim, a principal instância de controle social em ST e têm um papel fundamental na construção e implementação das ações em ST

e na própria consolidação da Renast. Não obstante, o movimento sindical sempre esteve no centro dos processos participativos de ST e contribuiu expressivamente para a criação das CISTTs, embora seu número de participantes ainda seja muito baixo e ainda careça de uma representatividade mais vigorosa de sindicatos, federações e das centrais sindicais.

A ECO-92 pode ser considerada um marco essencial no que se refere à relação saúde-trabalho-ambiente. Representantes de inúmeros países assumiram os compromissos que constam da Agenda 21

Outro destaque na história da saúde do trabalhador foi a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, conhecida como a ECO-92. Realizada em 1992, no Rio de Janeiro, mobilizou parte expressiva dos pesquisadores e movimentos sociais da época. A conferência pode ser considerada um marco essencial no que se refere à relação saúde-trabalho-ambiente. Representantes de inúmeros países assumiram os compromissos que constam da Agenda 21 (acordo internacional entre as nações participantes) para reverterem a alarmante tendência de degradação ambiental apontada por especialistas e ativistas em ecologia, com especial atenção para aspectos da produção e do consumo sustentáveis (PORTO, 2005).

No mesmo diapasão, a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA), realizada em 2009, guarda uma relação de relevância com a saúde do trabalhador. Como resultado das discussões e votações da etapa nacional do evento, chegou-se à definição de quatro diretrizes e duas ações estratégicas para subsidiar a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. A questão da saúde do trabalhador aparece na quarta diretriz referente ao tema: “Processos produtivos e consumo sustentável”.

Nela, destacam-se duas ações estratégicas:

Estimular a parceria entre os sindicatos, Ministério do Trabalho, Previdência Social, ONGs e Ministério Público, entre outros com órgãos da área de saúde, para ações de promoção da saúde dos trabalhadores e combate à exploração pelo trabalho, visando eliminar as consequências oriundas das condições precárias de trabalho por meio de programas relacionados a riscos nos processos de trabalho e/ou categorias profissionais.

Melhorar os processos produtivos locais, trabalhando as tecnologias sustentáveis, visando à melhoria da saúde e qualidade de vida dos (as) trabalhadores (as) e consumidores (as), colocando a saúde acima dos interesses exclusivos da produção, ou seja, com base no que é economicamente viável, socialmente justo e ambientalmente sustentável (CNST, 2010: 53).

Os resultados da I CNSA mostram aproximação, no âmbito político, entre a saúde do trabalhador e a saúde ambiental (SA). Decerto, o encontro desses campos disciplinares demanda referenciais abalizados em uma concepção unitária e dialética entre processo de trabalho e natureza, e entre modo de produção e saúde. Segundo essa compreensão, os processos produtivos não mais se restringem ao interior das fábricas e indústrias, e se estendem pelo território, suscitando exposição ambiental e determinando o perfil de morbimortalidade dos coletivos humanos.

Além disso, a correlação entre temas como desigualdades ambientais, vulnerabilidades socioambientais e injustiças ambientais deve ser considerada na articulação entre ST e SA, já que a lógica de desenvolvimento no Brasil favorece a implantação de processos produtivos, tais como fábricas e polos industriais de alto risco, que, idealmente, deveriam estar distantes de áreas de moradia, como, aliás, já alertava o médico italiano Bernardino Ramazzini em 1700. Formas irregulares de ocupação do solo por parte das populações mais pobres e excluídas podem propiciar situações de risco, tais como desastres, poluição atmosférica, contaminação hídrica e dos solos (CARTIER et al., 2009). Vale mencionar que, na área de produção de conhecimentos em ST da Fiocruz, desde a origem do Cesteh, a SA já era considerada, haja vista a própria denominação “ecologia humana” em sua genealogia.

2 AS RELAÇÕES ENTRE PRODUÇÃO, AMBIENTE E SAÚDE: CONCEITOS, TEORIAS E PRÁTICAS

A experiência histórica brasileira acerca do conhecimento e da intervenção sobre as questões oriundas das relações estabelecidas entre a produção, o ambiente e a saúde (P/A/S), no cerne da saúde coletiva, é recente. Iniciada nos fins dos anos 1960, desenvolveu-se a partir das análises críticas à medicina preventiva e à saúde pública expressas pelos próprios trabalhadores destas áreas, particularmente pelos grupos universitários que se dedicaram a refletir sobre o problema da origem das doenças. Vale dizer, especificamente neste caso, daqueles que procuraram entender e analisar criticamente as propostas orientadas pelo causalismo, desvelando assim possibilidades de se pensar a adoção explícita da determinação como teoria mais adequada para se aproximar desta questão em disciplinas científicas, como a epidemiologia, que poderia se beneficiar, e até se renovar, pela incorporação de elementos conceituais e teóricos que tal mudança poderia oferecer (TAMBELLINI, 1978a, 1978b).

Na Constituição de 1988, a saúde é assumida como direito social; a saúde do trabalhador é reconhecida como elemento integrante dos direitos à saúde e de seu respectivo sistema; e o meio ambiente tem seu conceito ampliado, passando a abranger as dimensões natural, cultural, artificial, patrimonial, genética e do trabalho

Para entender este processo de “vir a ser” no plano da saúde, e no caso particular da questão das relações P/A/S, torna-se necessário refazer um breve percurso histórico que se estenderá de 1969, ano em que se concretizaram as primeiras manifestações críticas às formas de cuidados preventivos em saúde vigentes no país, e para as quais existe documentação disponível, até 1988, quando se reescreveu e foi aprovado democraticamente o texto de uma nova Constituição Federal para o Brasil. Neste, a saúde é assumida como direito social; a saúde do trabalhador é reconhecida como elemento integrante dos direitos à saúde e de seu respectivo sistema; e o meio ambiente tem seu conceito ampliado, passando a abranger as dimensões natural, cultural, artificial, patrimonial, genética e do trabalho. O direito ambiental passa, então, a ser referido à existência de um ambiente equilibrado, relacionado a uma saudável qualidade de vida. É com o referencial histórico, portanto, que pretendemos, neste texto, nomear algumas categorias e pertinências teóricas e conceituais que consideramos centrais para a compreensão das relações P/A/S, bem como para os avanços na concretização de propostas que contribuíram para o estabelecimento e desenvolvimento deste campo (TAMBELLINI; ALMEIDA; CÂMARA, 2013).

Esse período inicial de emergência do campo pode ser demarcado por dois momentos: o primeiro, de 1969 até 1979, quando o acidente de trabalho era considerado uma questão de segurança nacional pelo Estado e, no plano da saúde, se caracterizava por tentativas persistentes de legitimação da questão das relações P/A/S no bojo da saúde coletiva. O segundo, de 1980 a 1988, foi aquele em que se tornou evidente a reunião de forças sociais na defesa da democracia e contra a ditadura, quando ficaram patentes a presença e importância das relações P/A/S nos campos da saúde coletiva e da saúde pública. Esta relação passava, então, a ser um dos elementos reconhecidos nas articulações da saúde com o movimento de democratização, principalmente no que se refere à luta pela saúde do trabalhador, o que contribuiu para a aproximação dos sindicatos e dos serviços de saúde com o Movimento da Reforma Sanitária.

É importante assinalar a maneira como se iniciaram e avançaram as abordagens que diziam respeito às relações P/A/S no interior do campo da saúde, nos âmbitos do cuidado, da pesquisa e da docência. No primeiro período, já existiam atividades comprometidas com objetos sobredeterminados por tais relações, que se constituíam em áreas específicas, entre elas segurança e medicina do trabalho, engenharia sanitária, saúde ocupacional, saúde ambiental e vigilância sanitária. Essas atividades desconsideravam a complexidade dos processos de produção e consumo e os enfoques socioecológicos como referenciais de análise. Tais abordagens propiciavam uma forma desarticulada e fragmentada de pensamento e operação, e o fato de ocuparem uma posição periférica no interior de diversos setores do aparelho do Estado brasileiro condicionava diferentes orientações e formas de ação para um mesmo problema de saúde, pelas múltiplas ordenações das normas a eles referentes, como também pelos diferentes valores e prioridades a eles conferidos. Importa também considerar a existência de uma relação capital/trabalho assimétrica, em que o poder do capital, seja do ponto de vista jurídico, político ou ideológico, para além de seu poder econômico, mantinha cada uma e todas as peças de um possível sistema de cuidado à saúde prioritariamente preventivo imunes e desatentas às necessidades de saúde e da reprodução da força de trabalho.

Por outro lado, havia grande desinformação sobre a saúde da população em geral, bem como sobre a saúde da população trabalhadora na sua relação com o próprio trabalho. Somava-se a isso a alienação a que era submetida a população em geral no que diz respeito às cargas ambientais e aos efeitos do consumo sobre sua própria saúde, tanto pelo descuido do Estado e das empresas quanto pelo baixo nível de educação dos brasileiros, principalmente daqueles que habitavam o campo e a floresta, onde eram menores as oportunidades de conhecer, por meio dos canais de comunicação existentes, aspectos da vida relacionados à saúde.

Essas mazelas previamente existentes se agravaram no período ditatorial, quando ocorreu a intensificação da urbanização do país com a maioria da população passando a viver nas cidades, momento em que o país se tornou campeão mundial de acidentes de trabalho. Tal fato se deu pela ampliação e intensificação da industrialização, que se concentrou na região Sudeste e foi beneficiada com a mão de obra dos trabalhadores do campo migrados principalmente do Nordeste.

Tais mudanças ocorreram sem nenhuma preocupação tanto com os novos problemas de saúde da população em geral e, particularmente, dos trabalhadores quanto com os variados impactos de ordem socioambiental decorrentes da intensidade do processo de urbanização no qual as áreas metropolitanas passaram a, cada vez mais, receber uma população pobre e desempregada. Esse processo caótico de urbanização acentuou um conjunto de problemas ambientais prejudiciais à saúde dessas populações. A precariedade do saneamento básico assumiu maiores dimensões e a favelização ampliou-se significativamente, com a edificação de estruturas habitacionais precárias, assim como crescia a escala da poluição dos solos, das águas e do ar, principalmente devido à emissão de poluentes emitidos pelas indústrias e pelo aumento considerável da circulação de veículos automotores nas cidades. Simultaneamente, o arranque da revolução verde, com ampliação do uso indiscriminado de agrotóxicos e fertilizantes químicos, atingia diretamente a população rural, principalmente os trabalhadores ligados à lavoura. Tal cenário era agravado pela falta de proteção legal e de políticas públicas que minimamente pudessem amparar essas populações (MIRANDA, 2012).

Também atuaram nesse contexto os planos políticos militares de ocupação da Amazônia, que propiciaram um aumento rápido e de grande porte da destruição de extensas áreas florestais, com apropriação privada de fontes de água e de terras indígenas. Tratava-se de um processo que levava a esses territórios um grande contingente de migrantes, gerando fortes conflitos entre eles, os posseiros da região e as tribos indígenas, assim como com as forças militares presentes na construção das novas estradas. Eram conflitos amparados pelo Estado ditatorial em seu projeto de segurança nacional, que pretendia assegurar seu domínio na região e, por fim, facultou o direito de propriedade da terra para grandes latifundiários transnacionais, que terminariam por "contratar", sem direitos trabalhistas, os povos despojados de suas terras (TAMBELLINI et al., 2015).

Em seus momentos iniciais, as relações conformadas no tripé conceitual que hoje delinea o campo produção-trabalho/ambiente/saúde foram estabelecidas em pares relacionais. A primeira foi a do par trabalho/saúde, que enunciava problemas epistêmicos, teóricos e da própria intervenção concreta na realidade sanitária. Essa relação, considerada primitiva, trazia em si vários impulsos de origem. Tal primitivismo estava ancorado na visão de causalidade que, deliberadamente, excluía a

análise complexa das relações sociais constitutivas do capitalismo e suas contradições. Portanto, essa visão inicial apenas explicitou, porque imediatamente visível, a ponta de uma problemática que depois se tornaria mais complexa e se desenvolveria no sentido de sua atual identidade, denominada saúde do trabalhador.

A segunda relação diz respeito ao par produção-consumo/saúde, que desde o primeiro período já existia sob a forma de sistema de vigilância sanitária, com experiência considerável na área de toxicologia e avaliação de medicamentos e serviços. Esse sistema, com escopo de intervenção preventiva e de âmbito nacional, ligado à área de saúde pública, passava por mudanças no sentido de melhor responder a seu objetivo principal, qual seja, o de avançar em sua atuação no cuidado e proteção da saúde do consumidor. No entanto, como esse par não se constituiu com componente elaborado pelo Cesteh, optamos por não desenvolvê-lo neste texto.

A terceira relação se refere ao par ambiente/saúde, em que o ambiente era compreendido, naquele momento, apenas como sistema ecológico, ou seja, um sistema complexo, organizado hierarquicamente, composto por elementos bióticos (seres vivos) e abióticos (matéria inorgânica) em relação, dada uma fonte de energia (solar) que o percorre por fluxos alimentares (nichos). Portanto, a compreensão da saúde humana em sua relação com o ambiente não considerava a mediação social.

Do ponto de vista científico, a abordagem aqui assumida é constituída pela articulação entre os três elementos complexos: a produção, entendida como processo histórico de desenvolvimento econômico e social; o ambiente, visto como um sistema socioecológico; e a saúde humana, tomada não só em sua dimensão coletiva, objeto da ciência (considerada como um processo que se expressa nas diversas classes e grupos sociais, diferenciadamente), mas como conceito abrangente, que implica ao mesmo tempo uma dimensão individual, vale dizer, subjetiva, no plano da vivência, experiência concreta do ser (CANGUILHEM, 1971). O desafio que persiste está em analisar as questões que se situam no campo das relações entre produção, ambiente e a saúde para identificar os processos cujas dinâmicas possibilitam a existência e a criação de mecanismos que poderão resultar em diferentes perfis de saúde nas populações a elas submetidas. Há, portanto, que se considerar aspectos de natureza conceitual, científica e técnica, assim como aqueles inerentes às políticas e intervenções que se relacionem às articulações entre o modelo de desenvolvimento, os sistemas socioecológicos e a saúde das coletividades (TAMBELLINI; MIRANDA, 2014).

As questões do conhecimento científico e da práxis desse campo de relações admitem objetos determinados e específicos de conhecimento e ação, dependendo da ênfase que se imprima a cada par relacional de elementos que compõem o campo. Assim, teríamos três relações básicas: 1) produção/trabalho-saúde, que se refere à saúde dos trabalhadores; 2) produção/consumo-saúde, que se refere à saúde do consumidor; e 3) ambiente/saúde, que se refere à saúde ambiental. Constituem-se, então, três áreas com contornos definidos, porém intrinsecamente conectadas na composição disciplinar, profissional e institucional. Consideradas como regiões determinadas do campo de práticas da saúde coletiva, têm como finalidades: produzir

conhecimentos (face da ciência), propor políticas (face do poder) e planejar e executar intervenções (face da técnica), visando como objeto o processo saúde-doença em suas determinações biopsíquicas e sociais nas coletividades humanas.

Essa abordagem implica uma proposta do campo da saúde rumo a maior compreensão e controle de processos envolvidos com o par saúde-doença, em termos coletivos. Portanto, essas relações, cujos limites ainda se apresentam em construção e cuja definição teórico-metodológica é elaborada em termos multi/inter/transdisciplinares, ocupam espaço estratégico, renovando e recriando áreas técnicas e científicas. Além disso, sustentam a inseparabilidade entre indivíduo e coletividade, assim como a presença das ideologias quando se trata de tomar posição (TAMBELLINI, 1996, 2002).

O sistema socioeconômico capitalista impõe padrões de consumo em larga escala, com forte exclusão social e enormes impactos sobre o meio ambiente, a saúde dos trabalhadores e a população em geral, definindo assim os modos de viver nos tempos atuais

Nesta abordagem, a concepção histórica e dialética (Marx, 1997) é o referencial imperativo para a compreensão da dinâmica e das contradições que impulsionam o sistema socioeconômico capitalista, onde ela está inserida. Gestado no século XVI, amadurecido no século XIX e adquirindo proporções inigualáveis no século XX e início do século XXI, desenvolve-se onde a produção passa a ser dirigida em função da acumulação privada da riqueza, e não das necessidades humanas. Desse modo, edifica um modelo baseado em valores materiais, centrado na exploração do trabalho, incorporando grandes quantitativos populacionais a este processo; homogeneiza grandes contingentes humanos no universo social e produtivo e impõe padrões de consumo em larga escala, com forte exclusão social e enormes impactos sobre o meio ambiente e sobre a saúde dos trabalhadores e da população em geral, definindo assim os modos de viver nos tempos atuais.

Mas os sistemas econômicos não podem ser compreendidos apenas como tecnologias organizacionais dos processos de trabalho. Eles são indissociáveis dos modos de viver, de pensar e de sentir a vida. Não seria possível obter êxito num campo sem resultados tangíveis no outro, diz Gramsci (1986) sobre o fordismo. Tal modelo, caracterizado pela produção e pelo consumo em massa, sob administração científica taylorista, a partir do início do século XX, tem na racionalização e no controle do trabalho seu binômio fundamental. O controle, pelas empresas, sobre a vida íntima dos trabalhadores, e os serviços de inspeção criados para estabelecer padrões de moralidade para

os operários foram necessidades do fordismo, que, sob a hegemonia dos EUA, universalizou-se principalmente a partir do fim da II Guerra.

A partir da primeira metade da década de 1970, o choque do petróleo e a possibilidade de “estagflação” (estagnação da produção de bens e alta inflação de preços) fizeram com que o mundo capitalista pusesse em movimento um conjunto de processos que questionaram o compromisso fordista. Como destaca Harvey (1992), em *Condição Pós-Moderna*:

... as décadas de 1970 e 1980 foram um conturbado período de reestruturação econômica e de reajustamento social e político. No espaço social criado por todas essas oscilações e incertezas, uma série de novas experiências no domínio da organização industrial e da vida social e política começaram a tomar forma. Essas experiências podem representar os primeiros ímpetus da passagem para um regime de acumulação inteiramente novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinta (HARVEY, 1992: 140).

A era que então se iniciou, chamada de pós-fordismo, de acumulação flexível ou de reestruturação produtiva, apoiou-se na flexibilidade dos processos de trabalho e dos modelos contratuais, com importante reestruturação do mercado de trabalho. Os contratos coletivos deram lugar a diversas formas de contrato, e ocorreram mudanças no controle do trabalho, transferido ao próprio trabalhador coletivo, em substituição ao cronômetro fordista. Além de um núcleo central de trabalhadores, os contratos flexibilizaram-se em: trabalho temporário, terceirizações, tempo parcial, autônomos e teletrabalho, fragmentando e fragilizando a unidade dos trabalhadores no âmbito da produção e, conseqüentemente, na luta sindical. A flexibilização começava a ser também relacionada aos produtos e ao consumo, pela mobilização de todos os recursos de comunicação para a indução de necessidades e mudanças no padrão cultural. A estética rígida do período fordista dava lugar a outra, de qualidade fugaz, que glorifica as diferenças, o espetáculo, a moda e a mercantilização da cultura. As tecnologias de informação e comunicação foram esteios fundamentais nesse processo, lastreados pela reorganização global do sistema financeiro que, desregulamentado, passava a alcançar enorme poder na condução do sistema econômico.

O quadro do capitalismo atual, que revela a força do poder financeiro e a desestruturação do mundo do trabalho, configura uma tendência em que a produção de conhecimento – catalisada pelas redes sociais em função das tecnologias informacionais – impõe profundas alterações na lógica do sistema. Com esse deslocamento, o conhecimento tende a se tornar imediatamente força produtiva, projetando-se em seu próprio terreno, o lugar onde também se desenvolvem as lutas de classes. É esse modelo que tem sido chamado de capitalismo cognitivo, cuja dinâmica foi estabelecida no início dos anos 1990, tendo como características centrais: 1. O papel dos mercados financeiros como motores da acumulação, do ponto de vista do financiamento dos investimentos como núcleo sobre o qual se estabelecem os mecanismos de distribuição de renda (processo de “financeirização” como controle biopolítico da vida); 2. O papel da geração e difusão do conhecimento, como fonte

principal de valorização do capital em escala global; e 3. A desagregação da força de trabalho em escala internacional, levando ao estabelecimento do valor das diferenças das subjetividades individuais em um contexto de divisão cognitiva do trabalho (FUMAGALLI, 2011).

No escopo dessa compreensão, a dimensão ecológica se radica na necessidade de preservar e potencializar a diversidade e a complexidade dos ecossistemas, sua produtividade, seus ciclos naturais e sua biodiversidade, condições ligadas à sobrevivência física e cultural dos seres humanos. A dimensão social está relacionada ao acesso equitativo aos serviços ambientais, tanto entre gêneros quanto entre culturas. A dimensão econômica corresponde à exigência de recolocar a economia de acordo com as necessidades materiais e imateriais, entendidas não só como carências, mas como potencialidades e gestão sustentável dos ecossistemas. E a dimensão política se refere à participação direta das pessoas e coletividades nas tomadas de decisão, na definição de seu futuro coletivo e na gestão dos serviços ambientais, por meio de estruturas democráticas de governo.

Com o fenômeno da globalização da economia, dissolveu-se o mundo da coexistência da diversidade; ignora-se a cultura e a natureza, que são englobadas no código de valor de mercado

Os efeitos da produção capitalista sobre a saúde das coletividades, ademais de se realizarem por ação direta são também, em parte, devidos aos impactos do capital sobre o ambiente. Ainda que os processos determinantes desses efeitos e mudanças admitam graus variáveis de incerteza, postulamos que sejam decorrência de um modelo de desenvolvimento que subjugue a natureza, está centrado na racionalidade econômica e sustentado pelo paradigma científico da modernidade. Dessa maneira, a natureza é desnaturalizada, fracionada e mutilada; sua organização ecossistêmica e termodinâmica é ignorada e convertida em recursos naturais discretos, em matérias-primas usadas como insumos no processo de produção. A natureza é concebida como um bem abundante e gratuito, como uma ordem que tem capacidade própria de regeneração, cuja existência não depende diretamente do comportamento econômico. Assim, é remetida a um campo de externalidade do sistema econômico. Com o fenômeno da globalização da economia, dissolveu-se o mundo da coexistência da diversidade; ignora-se a cultura e a natureza, que são englobadas no código de valor de mercado. A hipereconomização do mundo avança subjugando culturas, moldando as diferenças, eludindo a outridade e ignorando o seu grande Outro: o ambiente (LEFF, 2010).

Esse fenômeno, no entanto, não se universaliza igualmente. O modelo de desenvolvimento que orienta a globalização atribui aos países centrais a produção de produtos tecnológicos com alto valor agregado e aos países periféricos a produção de *commodities* de baixo valor, cujos processos produtivos impactam e degradam mais acentuadamente o meio ambiente e promovem graves conflitos sociais. Essa distribuição se consolida em relações comerciais cuja magnitude faz com que a União Europeia, por exemplo, importe quatro vezes mais toneladas do que exporta, enquanto a América Latina exporta seis vezes mais toneladas do que importa (MARTINEZ-ALIER, 2008).

Latouche (2009) destaca como a racionalidade da economia clássica mascara sob uma elegância matemática sua indiferença às leis fundamentais da biologia, da química e da física, sobretudo as da termodinâmica. Sobre isso, Georgescu-Roegen (1999) advoga que a economia exclui a irreversibilidade do tempo e, desse modo, ignora a entropia, ou seja, a não reversibilidade das transformações de energia e da matéria, fazendo com que os resíduos e a poluição, apesar de serem produtos da atividade econômica, não entrem nas funções padrão de produção.

Os mecanismos ideológicos desse modelo são sustentados por racionalidades que buscam legitimar a apropriação dos recursos naturais. Tal racionalidade econômica, no entanto, recusa-se a atribuir valores econômicos à produtividade da natureza e aos serviços ambientais, tornando impossível incorporar valores da coletividade numa perspectiva de uso democrático dos recursos naturais (LEFF, 2006).

Nas relações P/A/S, o elemento saúde é concebido como dependente das complexas relações estabelecidas entre os outros dois, quais sejam, a produção e o ambiente. Em sua concepção inicial, prevalecia um entendimento até certo ponto reducionista da realidade, abrindo-se mão da abordagem integral do objeto complexo definido por tais relações. Entretanto, como destacamos anteriormente, tornou-se possível a ampliação e o aprofundamento da compreensão do modelo inicial a favor de sua maior integralidade. Essa ampliação se deu graças aos avanços dos conhecimentos científico e tecnológico, mediados pela crítica epistemológica, que, por sua vez, proporcionou a construção de metodologias para a análise de objetos complexos. Por outro lado, fertilizaram-se as críticas aos conceitos existentes e, conseqüentemente, a criação de novos. Assim, quando nos referimos ao sistema ecológico-social, hoje, entendemos a recriação dos ecossistemas ditos “naturais” pelas atividades da sociedade sob o regime do capital, orientada por seus próprios interesses, que impõe ciclos de retroalimentação pelos quais a natureza e o próprio capital são constantemente reproduzidos a partir da unidade contraditória entre capital e natureza (HARVEY, 2016).

Por fim, há que se considerar a saúde e a doença como manifestações da dualidade vida e morte, inscritas no curso da vida humana. Este curso é regido, por um lado, pelo curso da matéria (constituída na articulação do universo orgânico e inorgânico) atravessado por um fluxo de energia que obedece à lógica da natureza (ecossistema) e, por outro, pelo curso da história, em suas dimensões econômicas, políticas, sociais e antropológicas, atravessado por um fluxo de relações que obedece à lógica da sociedade. Essas duas lógicas se interpenetram conduzidas por dois elementos híbridos, que nomearemos aqui como cultura e técnica. O curso da vida humana, então, pode ser pensado integradamente nas dimensões bioecológica, psicocultural e sociotécnica (TAMBELLINI, 2004).

3

A SAÚDE DO TRABALHADOR NA FIOCRUZ

Este capítulo está organizado em duas partes. A primeira refere-se à história e à atual configuração do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh). A segunda relata a consolidação da saúde do trabalhador na Fiocruz. Nela, descrevem-se a implantação e evolução da sua estrutura programática, por meio da apresentação das seguintes ações: instituição da Coordenadoria de Saúde do Trabalhador e do Programa Fiocruz Saudável.

3.1 O CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA (CESTEH): ENSINO, PESQUISA E SERVIÇO

O papel e a especificidade do Cesteh definem-se por seu caráter interdisciplinar na abordagem da relação produção-saúde, envolvendo um conjunto de conhecimentos e saberes advindos da experiência dos trabalhadores para ampliar a compreensão dos problemas de saúde pública

O Cesteh foi inaugurado em 10 de dezembro de 1985, sob a gestão do presidente Sergio Arouca, tendo como primeira coordenadora Annamaria Testa Tambellini, e se constitui como departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). O papel e a especificidade do Cesteh definem-se por seu caráter interdisciplinar na abordagem da relação produção-saúde, envolvendo um conjunto de conhecimentos e saberes advindos da experiência dos trabalhadores para ampliar a compreensão dos problemas de saúde pública. Sua concepção original pauta-se pelo compromisso com a melhoria das condições de saúde e trabalho da classe trabalhadora, o que implica não somente o avanço do conhecimento técnico e científico, mas também a necessidade de inter-relacionar a produção de conhecimento na área e sua apropriação pelos próprios trabalhadores e trabalhadoras, atores fundamentais no processo de transformação social.

No documento intitulado “Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas” – que serviu de referência para a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1986 –, seus autores enfatizavam a saúde do trabalhador como “nova modalidade de ação em saúde”, caracterizada pela necessidade vital de consolidação de uma política de saúde em consonância com interesses e projetos da classe trabalhadora no país (TAMBELLINI, 1986: 2)

Ao exame desse texto, percebe-se que o Cesteh, por meio do protagonismo de seus pesquisadores e técnicos, exerceu papel ativo e central no cenário nacional, fundando e tornando consistentes as bases teóricas, metodológicas e políticas da saúde do trabalhador. Para além de se constituir como campo científico estrito, depreende-se que, já no momento de sua inauguração, em 1985, configurava-se como parte de um amplo movimento, de base nacional, a favor da institucionalização da saúde do trabalhador como política pública. A modelagem do campo se valeu da luta dos trabalhadores e suas entidades representativas, em articulação nacional com intelectuais e técnicos que compartilhavam o ideário da Reforma Sanitária e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante levantamento de documentos que registram os antecedentes da ST na Fiocruz, foi possível entender que a história e a gênese do campo no Brasil se entrelaçam com as ações levadas a efeito pelos pesquisadores e técnicos do Cesteh

Durante levantamento de documentos que registram os antecedentes da saúde do trabalhador (ST) na Fiocruz, foi possível entender que a história e a gênese do campo no Brasil se entrelaçam com as ações levadas a efeito pelos pesquisadores e técnicos do Cesteh (TAMBELLINI, 1988). Aqui, destaca-se

no cenário político do país a realização das duas primeiras conferências nacionais de ST, respectivamente nos anos de 1986 e 1994, nas quais o Cesteh se destacou como intelectual orgânico coletivo (GRAMSCI, 1986) na organização, condução e produção de materiais de debate.

No tocante à definição da ST, os relatos depreendidos de pesquisa documental circunscrevem a diferença entre este e outros campos de ação da relação trabalho e saúde, como a medicina do trabalho e a saúde ocupacional (TAMBELLINI, 1988).

De fato, os anos 1985 e 1986, período da fundação do Cesteh, foram cenários das mudanças de enfoques e paradigmas em saúde pública. Nessa época, surgiram propostas de superação de práticas corporativas e concepções teóricas de cunho positivista, por meio do avigoreamento de estudos e pesquisas acerca do impacto dos processos produtivos com a participação dos trabalhadores. No contexto de redemocratização do país (após 1985), os temas de saúde pública passaram a ser discutidos pela sociedade civil numa perspectiva ampliada. A definição de saúde, até então centrada na assistência médica, passou a ser compreendida à luz da determinação histórica e social, porquanto diz respeito às condições de vida e de trabalho a que está submetida a classe trabalhadora brasileira. Parece acertado, portanto, afirmar que, na medida em que tal compreensão se concretizava, caminhava-se para o fortalecimento progressivo das organizações dos trabalhadores e trabalhadoras.

Assumia-se, assim, uma concepção ampliada de saúde, em concordância com a definição originária da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Progressivamente, trilhavam-se caminhos para a democratização do debate a respeito da saúde em sentido amplo, permitindo o ressurgimento e a discussão de problemas nacionais relacionados à ST. Nesse contexto, as instituições de saúde procuravam repensar seus serviços no sentido da integração e democratização da assistência, prevenção e promoção da saúde, sob a pressão de uma demanda dos setores organizados da sociedade civil por melhores e mais abrangentes níveis de cuidado em saúde, incorporando categorias profissionais e sindicatos.

O campo da saúde do trabalhador na Fiocruz, mediado pelo Cesteh, está articulado a um movimento mais global, relacionado, em termos acadêmicos, à influência da medicina social latino-americana na saúde coletiva

O campo da saúde do trabalhador na Fiocruz, mediado pelo Cesteh, está articulado a um movimento mais global, relacionado, em termos acadêmicos, à influência da medicina social latino-americana na saúde coletiva. A incorporação do termo “ecologia humana” constitui-se em alusão concisa à relação “ambiente, produção e saúde”. Frise-se, no momento de inauguração do Cesteh, a criação do Laboratório de Toxicologia em sua estrutura institucional para o estabelecimento de parâmetros de toxicidade. Assim, a construção do Cesteh, tendo por missão o desenvolvimento de pesquisas, ensino, serviços e cooperação técnica nas relações de trabalho, saúde e ambiente, no âmbito da saúde pública, foi marco significativo na redefinição do campo da saúde coletiva.

Com efeito, desde sua criação, o Cesteh tem empreendido atividades diversas de concepção e organização da área – notadamente nos âmbitos acadêmico, técnico e político. Pode-se citar a participação ativa na construção da área de saúde do trabalhador no SUS e nos debates sobre a Reforma Sanitária e sobre legislação; assessorias a diversos programas de ST e, mais tarde, em 2002, a participação na criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast) e, em 2012, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

A formação, a produção de conhecimento e os serviços em saúde do trabalhador estão organizados em torno de alguns princípios, que são reconhecidamente constitutivos do campo:

- A. Participação dos trabalhadores – envolvimento dos trabalhadores e movimentos sociais no planejamento, no desenvolvimento e na avaliação dos processos formativos e de pesquisa, reconhecimento e valorização de seus saberes e práticas, com vistas à reorganização dos processos de trabalho e à promoção da saúde.
- B. A centralidade do trabalho como matéria para organização do conhecimento – organização das práticas formativas e da produção de conhecimento conforme necessidades de saúde da pessoa e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde; reconhecimento da diversidade e das especificidades locorregionais como matérias para formação em saúde do trabalhador e suas interfaces com os marcos teóricos conceituais do campo; reflexão sobre os processos de trabalho numa perspectiva necessária de mudança e transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho; identificação das demandas do trabalhador, de maneira que a formação e o conhecimento sirvam para reflexão e ação.
- C. Integralidade, interdisciplinaridade e transversalidade – movimento de integração de saberes, sem a pretensão de unificá-los, com foco na compreensão da relação trabalho, saúde e ambiente, nas mais diversas perspectivas.
 - A integralidade responde pela incorporação de saberes produzidos pela academia, pelos trabalhadores e pelos movimentos sociais, de modo que estejam a serviço da saúde. Além disso, significa articulação entre ensino, pesquisa e serviço da organização do conhecimento, visando atuar sobre a saúde do trabalhador sob diferentes perspectivas, reconhecendo-o de forma integral.

- A interdisciplinaridade se realiza pela prática de parceria, reciprocidade, complementariedade, troca e diálogo, no intuito de impulsionar a construção do conhecimento sobre a relação trabalho, saúde e ambiente, em seus diversos matizes, de maneira a permitir que a pluralidade de sentidos responda concretamente por ações capazes de transformar a realidade.
- A transversalidade se organiza de duas maneiras: como princípio teórico, responde pela exigência de articulação entre os conhecimentos acadêmicos e a realidade dos trabalhadores; como método, refere-se àqueles temas/conteúdos que não pertencem a uma área específica; pelo contrário, são comuns a todas elas. Portanto, a transversalidade é aplicável em todas as etapas da formação e da construção do conhecimento.

Dessa maneira, diversas experiências são potencializadoras desse projeto: pós-graduação *stricto sensu*, abrangendo programas de doutorado e mestrado acadêmicos e profissionais, programa de pós-graduação *lato sensu*, por meio de cursos de especialização, nas modalidades presencial e a distância. Além de cursos de pós-graduação como os de aperfeiçoamento ou atualização, cursos técnicos de nível médio, bem como os de especialização técnica. Outros exemplos são os cursos de formação continuada que podem fazer parte das experiências educativas escolares que contribuem para a instituição da PNSTT. Além disso, há experiências múltiplas, que não obedecem a critérios formais de organização, todavia com importante papel na formação, como a participação em conferências, organização de palestras, fóruns intersindicais, rodas de conversa, oficinas, grupos de estudo, encontros de educação permanente, reuniões com movimentos de trabalhadores, entre outras, que exercem importante função formativa, de caráter participativo e democrático.

No que tange à pesquisa, do mesmo modo que no ensino, ela se baseia em perspectiva interdisciplinar e interinstitucional, com matérias que abordam temas tradicionais do campo – como os estudos clássicos em setores industriais que utilizam substâncias químicas, estudos de riscos à saúde dos trabalhadores e consequências socioambientais (por benzeno, amianto, mercúrio, chumbo, entre outras). Ademais, os grupos de pesquisa ou investigações sob a liderança de pesquisadores ocupam-se de temas atuais, como nanotecnologia, estudos do sono, alterações genéticas, desastres ambientais, grandes empreendimentos e seus impactos na saúde, acidentes de trabalho, estudos de gênero e trabalho, saúde mental, intensificação e precarização do trabalho, agrotóxico, toxicologia, entre outros. Cabe ressaltar pesquisas no setor de serviços, principalmente aquelas atinentes à saúde dos trabalhadores da educação e da saúde, que vêm se tornando uma tradição no Cesteh.

Os serviços do Cesteh se articulam com outros setores das políticas públicas e com a sociedade para o enfrentamento dos problemas do campo, com uma visão global sobre os fatores determinantes da saúde e das doenças relacionadas ao trabalho. O serviço é composto por dois setores: um laboratório e um ambulatório, que desenvolvem atividades para os segmentos de ensino, pesquisa, serviço e cooperação técnica. Além disso, atende a demandas recebidas do

Ministério da Saúde (MS) e do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), dos sindicatos, de órgãos de justiça e demais instituições organizadas, enfatizando-se a relação com o SUS e movimentos de trabalhadores.

Cumpra agora a descrição das especialidades do ambulatório e do laboratório, consolidadas no decorrer da história do Cesteh:

- Ambulatório em Saúde do Trabalhador – É um serviço de atendimento clínico multiprofissional, inserido nas políticas públicas nacionais e articulado com a sociedade, para o enfrentamento dos problemas e das doenças relacionadas ao mundo do trabalho. O serviço é uma referência no campo da ST, e seus profissionais, oriundos de diferentes áreas do conhecimento, participam das atividades de ensino e pesquisa do Cesteh. É composto atualmente por 13 especialidades: audiologia, clínica em saúde do trabalhador, dermatologia, enfermagem, fisioterapia, ginecologia, neurotoxicologia, nutrição, pneumologia, psicologia, psiquiatria, serviço social e toxicologia clínica.
- Laboratório de Toxicologia – Sua atuação compreende atividades de pesquisa, ensino e serviços, realizadas pelos setores de: Agrotóxicos; Metais; Solventes & Compostos Orgânicos Voláteis (COVs); Indicadores de Efeito; Ecotoxicologia; Toxicogenética; Contaminantes Emergentes; Biomarcadores Proteômicos; Coleta Ambiental.

3.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA FIOCRUZ: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Na Fiocruz, instituição pública de saúde, a dinâmica político-social é pautada pelas demandas de intervenção sanitária e envolve, desde o projeto original de Oswaldo Cruz, a articulação entre pesquisa, ensino, desenvolvimento tecnológico e serviços. Deve-se ter presente que, a partir de 1970, emergiram desafios à integração dessas atividades e à definição de uma lógica de desenvolvimento institucional, principalmente ao agregar num mesmo espaço o conjunto dessas atividades, agora numa dimensão e complexidade muito maiores, bem como a crescente responsabilidade institucional diante dos graves problemas de saúde da população brasileira. Desde o seu I Congresso Interno, em 1988, ressaltou-se a necessidade de refletir sobre a sua história e sobre aspectos relevantes dessa dinâmica (FIOCRUZ, 1988).

A atuação da Fiocruz está pautada em dois grandes eixos: a Política Nacional de Saúde e a Política de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

A atuação da Fiocruz está pautada em dois grandes eixos: a Política Nacional de Saúde e a Política de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. As alternâncias do posicionamento governamental quanto à maior ou menor valorização dessas políticas são identificadas repetidamente, em diferentes períodos históricos.

No que tange às especificidades do trabalho na Fiocruz, alguns desafios são reconhecidos e registrados em documentos institucionais de conhecimento público. Destaca-se o de conciliar o cumprimento dos dispositivos legais a ela requisitado como instituição pública que emprega, de diferentes formas, um significativo contingente de trabalhadores e trabalhadoras, e o avanço das transformações no mundo do trabalho que impulsionaram o redimensionamento do campo da saúde coletiva e fundamentam o campo da saúde do trabalhador, como visto no capítulo anterior.

Num cenário onde também está presente a relevante contribuição da Fiocruz ao patrimônio acumulado pela saúde coletiva e à configuração da “zona de empatia” entre diferentes saberes e movimentos sociais que caracteriza o campo da ST (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997), alguns aspectos do trabalho no setor público e especificidades do trabalho na Fiocruz merecem ser destacados.

No que concerne ao trabalho no setor público, aspectos importantes dizem respeito às questões postas, em diferentes momentos históricos, pelos governos e pela sociedade civil ao conjunto das instituições públicas. Estes vão desde o questionamento da necessidade/relevância de sua existência e seu grau de eficácia até a necessidade de se fortalecer a concepção da saúde como um bem público, no âmbito da garantia de direitos sociais e dos deveres do Estado. Tais questionamentos levam também à necessidade de se redimensionar a compreensão acerca dos ambientes/processos de trabalho onde se desenvolve o conjunto das políticas públicas e suas implicações para a saúde dos agentes responsáveis pela implementação dessas políticas, ou seja, os trabalhadores do setor público, cuja saúde também necessita de proteção.

Outro aspecto relevante diz respeito à fragilidade/descontinuidade das iniciativas voltadas para a definição de uma política de saúde do trabalhador do serviço público, o que resultou em experiências bastante diferenciadas no que tange às ações voltadas para a saúde, em especial dos servidores. Esse processo resultou na desarticulação entre serviços, estruturas físicas e organizacionais, em iniquidades no estabelecimento de critérios periciais/concessão de benefícios e numa expressiva dificuldade em dimensionar as questões prioritárias, diante da falta de informações sistematizadas (RICART, 2011). Tal cenário se apresentava, principalmente, no período que antecedeu a construção da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público (Pass) e do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público (Siass), homologados somente em 2009.

As especificidades do trabalho na Fiocruz remetem a alguns desafios para a ST. Entre eles, a existência de inúmeros processos de trabalho, em que algumas atividades complexas e bastante diversas se desenvolvem em zonas fronteiriças de conhecimento/desconhecimento acerca de suas implicações para a saúde humana

As características e especificidades do trabalho na Fiocruz remetem a alguns desafios para a ST: existência de inúmeros processos de trabalho, em que algumas atividades complexas e bastante diversas se desenvolvem em zonas fronteiriças de conhecimento/desconhecimento acerca de suas implicações para a saúde humana, como no caso da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico; multiplicidade de contratos e vínculos de trabalho – em junho de 2017, eram 5.267 servidores e 6.366 trabalhadores terceirizados (Fonte SAG-RH, 2017), em que se destacam processos diferenciados de regulamentação e regulação, e emergem situações que sugerem a precarização do trabalho, tais como algumas envolvendo o trabalho de bolsistas; pouca visibilidade e, conseqüentemente, baixa relevância atribuída à relação entre os agravos à saúde identificados e os processos de trabalho vigentes na instituição; inexistência de um sistema de matriciamento das diretrizes e estratégias de promoção da ST na instituição; fragmentação do investimento financeiro em ST; não priorização da saúde nas lutas sindicais; desarticulação entre a gestão da biossegurança ambiental e a saúde do trabalhador.

A essas características soma-se o crescente e acelerado processo de expansão e modernização da Fiocruz, já sinalizado à época do I Congresso Interno, como resultante de seu compromisso com demandas sanitárias da sociedade e de seu posicionamento como instituição de saúde de prestígio no cenário nacional.

3.3 A EXPERIÊNCIA PRECURSORA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DA FIOCROZ

O contexto que pulsa nos documentos históricos datados desse período (vale precisar: segunda metade da década de 1980) é de ampla mobilização da sociedade pela reconquista da democracia no país, um clima de possibilidade concreta de implantação de ideais “utópicos” nas práticas de saúde, de expansão de ideias e ações. Trata-se não somente do processo de redemocratização do país, mas de um processo da redemocratização da própria Fiocruz, que conseguiu indicar Sergio Arouca como seu presidente, com amplo apoio de sua comunidade, em 1985.

Anamaria Tambellini (1989) registra que o Cesteh surge na gestão de Sergio Arouca, organizado em duas áreas de trabalho articuladas, como proposta modelar de atenção à saúde dos

trabalhadores da Fiocruz: Fio-Sast (ação interna), justificada em decorrência de uma exigência legal e com funcionamento similar ao de um Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmt) tradicional, embora não com o mesmo formato; e de uma área voltada para os problemas da saúde dos trabalhadores e da saúde ambiental, em termos nacionais (ação externa), realizando atividades de pesquisa, ensino e prestação de serviços em ambas as frentes.

A proposta do Fio-Sast era implementar um tipo de serviço, até então inexistente, voltado para a melhoria das condições de trabalho e para a saúde dos trabalhadores, sem se restringir ao cumprimento das disposições formais da legislação, constituindo-se como agente fundamental para a prevenção dos problemas de saúde emergentes das condições e processos de trabalho dos funcionários da Fiocruz, bem como para a produção de conhecimento (TAMBELLINI, 1989; VASCONCELLOS, 1992).

O documento final da VIII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador prevê que o trabalhador seja sujeito de sua saúde e discuta suas condições laborais, para que tenha amplo conhecimento e controle sobre o processo e o ambiente de trabalho

Nesse sentido, a proposta de implementação de um Sistema Integrado de Saúde do Trabalhador da Fiocruz (Sist) emergiu na instituição e teve a criação do Fio-Sast como um de seus pilares. O projeto que lhe deu origem – Inquérito Epidemiológico das Condições de Saúde dos Funcionários da Fiocruz e seus Familiares – tem suas bases ligadas à construção das diretrizes do campo e ao que foi proposto no documento final da VIII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, como premissa básica de que o trabalhador seja sujeito de sua saúde e discuta suas condições de trabalho, para que tenha amplo conhecimento e controle sobre o processo e o ambiente laboral (TAMBELLINI, 1989).

A partir daí, o Fio-Sast desenvolveu um levantamento das condições de saúde dos servidores, por meio de exames médicos, levando em conta o histórico laboral e um levantamento das condições de trabalho nas unidades, procurando conhecer os riscos de acidentes e doenças do trabalho. Nas unidades onde ocorreram tais levantamentos, foram também criadas Comissões de Saúde ou Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipas), com a participação do Fio-Sast no processo de formação dos trabalhadores (AGOSTINI; CAMPISTA, 1989).

Vasconcelos (1992: 8) aponta que o Cesteh e o Fio-Sast se constituíram em “espaços institucionais abertos”, que procuravam adotar modelos de prestação de serviços compatíveis com as propostas de universalidade, acessibilidade, equidade e integralidade. Seus trabalhadores empenhavam-se no desafio de efetivar propostas abrangentes de atenção à saúde do trabalhador, reconhecendo as dificuldades e insatisfações com os resultados alcançados ao realizarem avaliações sobre suas práticas. Apesar das diversas iniciativas, as atividades sofriam com uma cobertura insatisfatória, dificultando, em alguns momentos, sair da rotina de atendimento às questões mais “legalistas”, especialmente devido à quantidade insuficiente de recursos humanos (VASCONCELOS, 1992).

Tambellini (1985) aponta a diferença entre o que caracteriza o Fio-Sast – como um serviço de empresa, tipo Sesmt (sigla para Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho), dentro de uma instituição pública – e a proposta de um serviço a ser oferecido pelo Cesteh – como um ambulatório especializado em saúde do trabalhador e uma unidade de referência para o SUS, portanto, aberto aos trabalhadores em geral. Assim, a autora chama a atenção para a importância do debate sobre os princípios, objetivos, papéis, estratégias e prioridades do Fio-Sast. Pode-se afirmar, ainda, que o Fio-Sast funcionou como um “laboratório de experiências” e “modelo”, como apontado por Marcelo Firpo Porto e Jussara Cruz de Brito (1986), não apenas para as ações de saúde do trabalhador internas da Fiocruz e direcionadas a seus servidores, mas também para a constituição de serviços em outras instituições.

A criação da Coordenação de Saúde Trabalhador (CST), em 1996, ligada à Diretoria de Recursos Humanos (Direh), com a finalidade de articular e desenvolver estratégias para a implementação da Política de Saúde do Trabalhador da Fiocruz, foi fruto de um processo de amadurecimento institucional que teve início com a criação do Fio-Sast. A CST surgiu como uma possibilidade de fortalecimento de uma política de recursos humanos para a Fiocruz que, além de cumprir as diretrizes definidas pelos governos, em diferentes momentos, fosse capaz de contemplar as especificidades institucionais e produzir inovações nos ambientes e processos de trabalho voltadas para a promoção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da Fiocruz.

Esta discussão, como uma das dimensões do Sistema de Gestão do Trabalho da Fiocruz, compôs o debate acerca do aprimoramento desse sistema como uma prioridade institucional e enfatizava a importância da ampliação do processo participativo, promovendo o diálogo com os gestores e demais trabalhadores da instituição. O debate foi estimulado também por um contexto no qual o governo federal assumia o compromisso com a “desprecarização” do trabalho em saúde, diante da intensa atuação do Poder Judiciário na proteção social e na manutenção dos direitos dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

Entre as diretrizes estabelecidas no Plano Quadrienal 2001-2005 da Fiocruz, destacam-se a valorização e o desenvolvimento da força de trabalho e a necessidade de se definir seu perfil. Teve início, então, o Projeto de “Desprecarização”, no qual se buscou desenvolver estudos sobre a multiplicidade de vínculos existentes na instituição, a fim de estabelecer formas de gestão para promover sua compatibilização dos mesmos e a superação de vínculos precários, paralelamente

aos esforços para ampliar a captação de pessoal, por meio de concurso público, visando à substituição gradativa da força de trabalho com outros vínculos. Outras estratégias, como a sensibilização e capacitação dos serviços de recursos humanos, foram implementadas para dar maior visibilidade e permitir o real dimensionamento do problema, bem como subsidiar a tomada de decisão e capacidade de gestão (FIOCRUZ, 2005).

No ano de 2003, durante a Plenária de Recursos Humanos do IV Congresso Interno, foi debatida a Política de Saúde do Trabalhador da Fiocruz. Tal proposta agregava as reflexões acerca da necessidade de um agir interdisciplinar na gestão da saúde dos trabalhadores e do ambiente da Fiocruz. Fomentava também a articulação intra e interinstitucional, voltada para a construção de metodologias interdisciplinares e integrativas para favorecer o desvendamento dos processos e relações de trabalho na instituição e suas implicações à saúde dos trabalhadores, bem como para interferir positivamente no projeto institucional.

De fato, na história da Política de Saúde do Trabalhador da Fiocruz, o Programa Fiocruz Saudável (detalhado no item 4) foi determinado como instância de execução da Política de Saúde e Ambiente e o Sistema Integrado de Saúde do Trabalhador (Sist), junto a outras iniciativas, como parte do conjunto do Programa Institucional.

Em relatório interno da CST encontra-se um delineamento do percurso de implementação do Sist, descrito como resultado do processo de amadurecimento da Política de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Fiocruz, ao longo de vinte anos. Sobre os princípios desse modelo, o relatório destaca a fundamentação das ações numa lógica que busca alcançar o indivíduo e a coletividade, baseando-se nos conceitos de prevenção e promoção da saúde, que dizem respeito à qualidade de vida profissional e à prevenção de riscos nos ambientes e na execução das atividades de trabalho; na diversidade e complexidade dos diferentes processos de trabalho realizados pela instituição; na interdisciplinaridade, no sentido de promover os estudos cooperativos entre várias disciplinas; na integração setorial como um dos princípios básicos do sistema. Buscou-se implementar esse modelo pelas ações de assistência, prevenção e vigilância dos ambientes de trabalho, contemplando-se a atenção aos indivíduos trabalhadores, assim como por meio do estudo e das percepções dos servidores a respeito de seus problemas de saúde em sua relação com o trabalho, levando-se em conta suas opiniões e sua lógica interpretativa, na adequação das propostas de intervenção (FIOCRUZ, 2008).

Merece destaque a importante contribuição da Fiocruz à construção de uma política de saúde do trabalhador do setor público, em parceria com outras instituições federais, em especial as vinculadas ao Ministério da Saúde

Merece destaque também, como uma das marcas desse período, a importante contribuição da Fiocruz à construção de uma política de saúde do trabalhador do setor público, em parceria com outras instituições federais, em especial as vinculadas ao Ministério da Saúde. Vale, primeiramente, mencionar o I Fórum de Saúde do Trabalhador do Serviço Público, realizado em maio de 2007, que teve por objetivo mobilizar as instituições, no âmbito ministerial, para a prática de ações em ST e estabelecer parcerias voltadas para um processo de educação permanente, numa perspectiva de fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores dessas instituições na Política de Gestão de Pessoas (GT de Saúde do Trabalhador do MS e demais instituições federais do RJ, 2007) (MARTINS et al., 2017).

Apesar dos avanços obtidos com a consolidação de uma política integral de atenção à saúde dos trabalhadores do serviço público, pelo Siass, viviam-se, no cenário político do país, significativas ameaças às conquistas até então alcançadas na regulamentação das relações de trabalho, mormente no âmbito do serviço público. Os recentes fatos da história sinalizavam para a necessidade de a Fiocruz contribuir, ao lado de outras instituições públicas da esfera federal, para a consolidação de uma política de atenção integral à saúde dos trabalhadores do serviço público.

Importa também considerar que, no ano de 2009, a Direh, por meio de oficinas de planejamento estratégico, realizadas em conjunto com a equipe multidisciplinar da CST, deu início à reformulação de sua missão, visão, diretrizes, objetivos e projetos estratégicos.

No que tange à CST, reafirmou-se como missão:

Assegurar as melhorias das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da Fiocruz, mediante a formulação de políticas, estratégias e da coordenação das ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, de promoção e assistência à saúde em conformidade com a política institucional (FIOCRUZ, 2012: 23).

E como seu principal desafio, ou visão:

Ser reconhecida pela comunidade Fiocruz como referência na formulação e implementação das políticas e na atenção à saúde do trabalhador, pautadas nas premissas da saúde coletiva (FIOCRUZ, 2012: 23).

No Relatório de Atividades da Direh referente ao período 2009-2012, é possível identificar as diretrizes adotadas com o objetivo de fortalecer a atenção à saúde do trabalhador desenvolvida pela CST, organizadas em torno dos seguintes eixos estruturantes: identificação/investigação das situações de exposição e dos agravos à saúde relacionados ao trabalho; integração com o Siass; “desprecarização” do trabalho, educação permanente dos trabalhadores da CST e envolvidos na gestão do trabalho; construção de metodologias participativas que envolvam os trabalhadores no diagnóstico e no enfrentamento dos problemas relacionados ao trabalho; descentralização das ações para o conjunto das unidades da Fiocruz e, por fim, adequação à Política da Qualidade da instituição (FIOCRUZ, 2012).

No fortalecimento desses eixos, algumas iniciativas se destacam, tais como a produção/disseminação de informações que possibilitem maior conhecimento acerca dos ambientes/processos de trabalho e do perfil de saúde dos trabalhadores – que requer um conjunto de ações com o objetivo de subsidiar a análise da situação de saúde dos trabalhadores da Fiocruz. Esses instrumentos possibilitam a elaboração do perfil de morbimortalidade da força de trabalho da instituição e se tornaram importantes ferramentas para a análise da demanda, além de auxiliar os gestores na tomada de decisões.

Estrategicamente, tem-se buscado qualificar a assistência à saúde do conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras prestada pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nust/CST), deslocando-se a ênfase deste serviço de pronto atendimento para um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção e investigação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, realizadas por equipe multidisciplinar que parte da observação acerca dos ambientes, dos processos e das situações de exposição às quais o profissional está sujeito em sua atividade laboral. Nesse sentido, destacam-se, também, os avanços na Pass, como a normatização e o investimento de recursos do MPOG, a partir de 2011, na implementação dos exames periódicos, o que permite avançar na análise da situação de saúde e na investigação dos agravos relacionados ao trabalho.

Decerto, as situações de exposição têm uma dimensão coletiva. Portanto, os riscos e agravos à saúde, identificados durante esse processo de avaliação, são compreendidos como eventos sentinela, ou seja, servem para disparar e alimentar ações de vigilância no âmbito da saúde do trabalhador da Fiocruz que não se restringem apenas aos servidores, mas estão direcionadas ao conjunto dos trabalhadores da Fiocruz, com diferentes vínculos de trabalho. De modo a alcançar integralmente o objetivo proposto, no que tange à integralidade da atenção à saúde do trabalhador, foram considerados outros elementos no planejamento dos exames periódicos, tais como as avaliações dos ambientes de trabalho, previamente realizadas no âmbito da Fiocruz. Outro ponto importante foi a inclusão de uma avaliação psicossocial, realizada por meio de instrumentos cientificamente validados, que permitem melhor análise dos processos de trabalho, assim como dos fatores ligados à qualidade de vida e suas implicações para a saúde mental dos servidores (GERTNER, 2017).

A construção de metodologias interdisciplinares e participativas para a análise dos ambientes/processos de trabalho, com desdobramentos voltados para a intervenção e transformação de tais ambientes e processos, na perspectiva da vigilância em saúde do trabalhador, é outra estratégia importante. Destacam-se as ações de ergonomia, tais como o Programa de Ergonomia (Proergo-Fiocruz) e a elaboração dos Guias de Orientação de Ergonomia, o Projeto de Vigilância da Exposição ao Ruído e Substâncias Ototóxicas, desenvolvido em parceria entre o Cesteh e a CST/Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (Cogepe), a composição dos grupos de Conversas sobre o Trabalho, desenvolvidos nas unidades, e as estratégias de investigação dos agravos à saúde dos trabalhadores, em especial dos acidentes de trabalho (PINHEIRO, 2009; RICART, 2011; LUGÃO, 2014).

São dignos de registro ainda trabalhos desenvolvidos no âmbito institucional alusivos à avaliação funcional e à aposentadoria.

A avaliação funcional visa ao acompanhamento, por equipe multidisciplinar, daqueles servidores que se encontram em processo de perícia e afastamento do trabalho por motivos de saúde. Assim, no sentido de aprimorar a investigação e intervenção nas situações em que ocorre o adoecimento, promovem-se estratégias institucionais com abordagens inclusivas, adequando os ambientes e processos de trabalho na perspectiva do trabalho coletivo. Quanto aos processos de aposentadoria, preconiza-se a integralidade das ações de saúde do trabalhador na perspectiva da construção de um cuidado diferenciado aos servidores que se encontram nesse momento de vida. Atendendo a esse objetivo, foram implantados, em 2010, o Programa de Preparação da Aposentadoria e o Circuito Saudável (FIOCRUZ, 2011).

No que concerne à descentralização das ações de saúde do trabalhador para o conjunto das unidades da Fiocruz, tem-se suscitado um investimento na composição de serviços com diferentes configurações, como forma de contemplar as especificidades dos processos trabalho de cada unidade. Bio-Manguinhos e Farmanguinhos – unidades de produção industrial –, assim como o Instituto Fernandes Figueira (IFF) – unidade hospitalar – possuem equipes próprias e contam com o aporte técnico da CST/Cogepe na pactuação e no matriciamento das ações.

Nas unidades regionais, a composição de equipes de saúde do trabalhador vem ocorrendo de forma gradual e ainda incipiente, considerando-se o conjunto das necessidades de cada uma. A realização de ações estruturantes da atenção à saúde, tais como as de vigilância, os exames ocupacionais, o Circuito Saudável e o Programa de Preparação para a Aposentadoria, permanecem a cargo da equipe da CST (à exceção do Instituto Ageu Magalhães e, mais recentemente, do Instituto Leônidas e Maria Deane, que contam com profissionais próprios para a execução de boa parte dessas iniciativas), o que compromete sua regularidade e continuidade. A ampliação e o fortalecimento das estruturas do Nust nas unidades regionais permanece como um desafio à consolidação da atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da Fiocruz.

Desde 2009, a criação da Comissão de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral e da Violência no Trabalho e do Comitê Nacional Pró-Equidade de Gênero e Raça reafirmou entre os trabalhadores da Fiocruz a defesa da diversidade de gênero, orientação sexual, raça, religião, e o compromisso de estabelecer ambientes de trabalho onde o diálogo prevaleça como um de seus valores institucionais

Outro avanço que merece destaque foi a definição, pela Fiocruz, de uma Política de Prevenção e Enfrentamento da Violência e do Assédio Moral no Trabalho, a partir de 2009. Esta envolveu, em sua implementação, inúmeros desafios na defesa de grupos socialmente vulneráveis e a afirmação de posições éticas inclusivas na gestão do trabalho e de intolerância com qualquer forma de violência no trabalho. Desde aquele ano, a criação da Comissão de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral e da Violência no Trabalho e do Comitê Nacional Pró-Equidade de Gênero e Raça reafirma entre os trabalhadores da Fiocruz a defesa da diversidade de gênero, orientação sexual, raça, religião, e o compromisso de estabelecer ambientes de trabalho onde o diálogo prevaleça como um dos valores institucionais que têm amparado o cumprimento de sua missão ao longo de sua história (FIOCRUZ, 2010).

Nesse sentido, busca-se a contribuição de diversos segmentos da instituição na perspectiva mais ampla do que vem a ser a promoção da saúde no trabalho e a produção de relações de trabalho saudáveis, como frutos de ambientes em que o respeito e a ética fazem parte do cotidiano laboral, concebido como central e organizador da vida das pessoas. Embora tais valores sejam fundamentais, vários fatores no contexto contemporâneo, decorrentes das mudanças no mundo do trabalho, têm contribuído para o aumento da violência no âmbito profissional. Isso não é novidade. O tipo de violência no ambiente de trabalho é que tem se alterado, acompanhando a configuração das relações econômicas e sociopolíticas (FIOCRUZ, 2010). Destarte, foi criada a Comissão de Prevenção e Combate à Violência e ao Assédio Moral no Trabalho da Fiocruz.

No contexto das transformações contemporâneas no mundo do trabalho, reafirma-se o processo de fragilização da unidade dos trabalhadores e, conseqüentemente, da luta sindical por condições de trabalho dignas. Do mesmo modo, reafirma-se a necessidade da sustentação de princípios apreendidos do movimento operário e da Reforma Sanitária Italiana, incorporados nas experiências de desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no interior do sistema de saúde, desde a década de 1980, tais como: não delegar, não monetarizar os riscos, buscar a validação em grupos homogêneos de trabalho (OLIVAR, 2016).

No atual cenário nacional, de veementes ameaças a um conjunto de conquistas da classe trabalhadora – como as que possibilitaram, nas últimas décadas, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a redução de inúmeras iniquidades presentes nas relações de trabalho –, a organização de Comissões de Saúde do Trabalhador por Locais de Trabalho, com representações eleitas pelos trabalhadores dos diversos segmentos que compõem a força de trabalho da Fiocruz, é uma importante estratégia a ser construída no âmbito da instituição. Ela visa não apenas ao aprimoramento da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (Pass), mas ao fortalecimento do protagonismo do conjunto de seus trabalhadores na construção e consolidação de ambientes e relações de trabalho dignos e sustentáveis.

3.4 O PROGRAMA FIOCRUZ SAUDÁVEL E OS DESAFIOS DE INTEGRAR A SAÚDE DO TRABALHADOR, A BIOSSEGURANÇA E A GESTÃO AMBIENTAL DA FIOCRUZ

O Programa Institucional Fiocruz Saudável (PFS) surgiu do desafio de

promover a integração entre saúde e ambiente nas várias unidades que compõem a instituição, tornando-as um laboratório de práticas que venham a se desenvolver de modo a conjugar interdisciplinarmente as áreas de Saúde do Trabalhador, Biossegurança, Saneamento e Ecologia (MINAYO et al., 1998: 152).

A construção dessa proposta se iniciou nos encontros da Câmara Técnica de Saúde e Ambiente da Fiocruz, entre 1997 e 1998, num cenário nacional e internacional em que se intensificou o debate acerca da questão ambiental, no qual o Rio de Janeiro e o Brasil ocuparam importante posição, sediando a ECO-92 e apresentando importantes contribuições, tais como as propostas relativas ao enfrentamento das mudanças climáticas.

Esse processo levou a instituição “a pensar sua própria práxis enquanto práxis de saúde pública, a pensar os riscos a que estão submetidos seus trabalhadores e como gerir conscientemente as condições de trabalho para alcançar um ambiente saudável” (MINAYO et al., 1998: 161).

Pretendia-se uma política preocupada com a sustentabilidade socioambiental da instituição, ou seja, a promoção e adequação ambiental dos *campi*, criando um modelo de sustentabilidade em condições de ser reproduzido. O objetivo do PFS é disseminar o conceito de saúde e ambiente no processo do desenvolvimento, incorporando-o nas práticas institucionais de pesquisa, ensino e desenvolvimento tecnológico.

Desde sua fase inicial, o PFS é movido por iniciativas de intensificação da articulação intrainstitucional, para que se alcance o conjunto dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, sejam aprofundados os diagnósticos e as propostas de ação em cada uma das unidades da Fiocruz, no sentido de transformar as teorias e tecnologias sobre saúde e ambiente em prática institucional cotidiana. E o que inicialmente era considerado um projeto passou a ser o Programa Institucional Fiocruz Saudável, a partir do Plano Quadrienal de 2004-2008 (PINHEIRO, 2009).

A concepção deste “laboratório de práticas” pressupõe uma dinâmica que não pode ser capturada pela rigidez das estruturas hierárquicas, mas, ao contrário, consiga permear essas estruturas em uma dinâmica institucional integrada, impregná-las de iniciativas que potencializem o compartilhamento de recursos e conhecimentos, estabelecendo um projeto interno de adequação ambiental mediante planos de saneamento, manejo da biota e do espaço físico, biossegurança e vigilância em saúde do trabalhador. Nesse contexto, o PFS defende

uma programação continuada em desenvolvimento de recursos humanos, gerando espaço para discussão das questões ambientais, de saneamento, biossegurança e saúde do trabalhador, além de desenvolver e promover avaliação dos impactos do projeto, priorizando novas atividades com base nas demandas identificadas (MINAYO et al., 1998: 152).

As diretrizes para o desenvolvimento do PFS são definidas nos planos quadrienais, a partir das discussões realizadas nos congressos internos. O programa conta com um Comitê Gestor, composto por representantes das vice-presidências de Gestão e Desenvolvimento Institucional (VPGDI), de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) e de Pesquisa e Laboratórios de Referência (VPPLR), das diretorias de Recursos Humanos (Direh) e de Administração do Campus (Dirac) e do Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc), responsável por garantir sua sustentação política, financeira e organizacional; um Comitê Executivo, composto por representantes das coordenações de Saúde do Trabalhador (CST/Direh), de Gestão Ambiental (CGA/Dirac), do Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nust/CST/Direh), do Centro de Estudos em Saúde e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública (Cesteh/Ensp) e da Diretoria do Fiosaúde, responsável por articular e integrar unidades e serviços que desenvolvam ações nos campos da saúde do trabalhador, ambiente e biossegurança na Fiocruz e viabilizar junto às instâncias da instituição a execução das ações propostas pelo PFS.

No Plano Quadrienal 2011-2014, foram propostos 29 projetos, visando ao alcance dos macro-objetivos do Fiocruz Saudável. Nestes, reforçou-se a perspectiva de integração das ações, com o objetivo de compatibilizar o desenvolvimento institucional com uma visão mais crítica e global das questões ambientais que se colocam hoje, reforçando a responsabilidade e o compromisso institucional de contribuir com os avanços voltados para relações mais sustentáveis nos campos da pesquisa, do ensino e dos serviços.

Dentre os avanços desse período, ressalta-se o realinhamento da CTBio-Fiocruz às diretrizes institucionais voltadas para a uma abordagem mais global da biossegurança e para a integração com as áreas de gestão ambiental e saúde do trabalhador. Merece destaque ainda, a criação do Comitê Fiocruz de Acessibilidade e Inclusão da Pessoa Portadora de Deficiência, em 2017.

O projeto institucional que deve ser fortalecido é aquele em que as possibilidades avancem na missão institucional e projetem cenários positivos para a saúde da população trabalhadora

No contexto atual, vinte anos após a criação do Programa Fiocruz Saudável, com a intensificação do debate e dos problemas ambientais, delimitam-se os desafios e as potências para um desenvolvimento institucional da Fiocruz. O projeto institucional que deve ser fortalecido é aquele em que as possibilidades avancem na missão institucional e projetem cenários positivos para a saúde da população. E que impliquem um diálogo permanente com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a construção de uma agenda em que se intensifiquem a reflexão permanente e investimentos consistentes voltados para a construção de ambientes e processos de trabalho mais saudáveis e sustentáveis.

4 PRODUÇÃO ACADÊMICA

Neste capítulo, apresenta-se um panorama da produção acadêmica sobre a saúde do trabalhador da Fiocruz. Trata-se de um diagnóstico parcial, uma aproximação com a ST como campo de conhecimento e de intervenção. Na coleta de dados bibliográficos usou-se como principal ferramenta de busca a plataforma Stela Experta. Adicionalmente, em relação a algumas temáticas específicas, tentou-se localizar diretamente, por meio da plataforma Lattes, a produção individual dos pesquisadores. No entanto, o tempo foi um forte limitador para um diagnóstico mais seguro do “estado da arte” da produção científica institucional. Em que pese o esforço empreendido pelo grupo de autores, lamenta-se não poder apresentar, fielmente, a qualidade, a diversidade e a magnitude do conhecimento acumulado no campo.

Sob a lógica da classificação temática, chegou-se a oito grupos temáticos de análise, a saber: Globalização, reestruturação produtiva, inovações tecnológicas e ambiente; Agravos à saúde; Subjetividade, saúde mental e trabalho; Gênero, trabalho e saúde; Trabalho e educação; Trabalho em saúde; Estudos geracionais e trabalho; Toxicologia e saúde. E, por fim, definiu-se a perspectiva de vigilância participativa em saúde do trabalhador como estratégia principal do campo da ST.

4.1 ASPECTOS GERAIS

Destaca-se, como premissa teórica dos estudos, a relevância atribuída à participação dos trabalhadores nas pesquisas, como um pressuposto essencial para a produção do conhecimento e para a efetivação de transformações das situações de trabalho

No conjunto da produção analisada, observa-se a preponderância do olhar crítico sobre o trabalho e a saúde como binômio complexo, com múltiplas dimensões teórico-metodológicas e disciplinares, que precisam ser consideradas e melhor compreendidas na perspectiva da determinação histórica e social e da história da relação entre o trabalho e a saúde. Destaca-se, como premissa teórica dos estudos, a relevância atribuída à participação dos trabalhadores nas pesquisas, como um pressuposto essencial para a produção do conhecimento e para a efetivação de transformações das situações de trabalho.

De fato, reconhecem-se traços comuns às diversas publicações; a maioria dos autores fundamenta suas análises nos pressupostos das relações complexas entre historicidade, processos de trabalho, protagonismo dos trabalhadores e as repercussões destas dinâmicas na saúde. Os pesquisadores se propõem compreender a práxis social dos trabalhadores, realçando-os como sujeitos do conhecimento que elaboram a ação e a transformação diante das situações nocivas de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003).

Uma parte considerável dos estudos faz referência a diferentes abordagens teóricas e metodológicas, caracterizando a pluralidade das vertentes, ferramentas e conceitos. Observa-se, como na acepção de Carlos Minayo-Gomez e Sonia Thedim-Costa (2003), que a tônica predominante das investigações, quer na definição dos objetos de estudo e na metodologia adotada, quer na interpretação dos resultados, é contribuir para a mudança das situações encontradas. Com efeito, verificou-se que em boa parte dos textos afirma-se que os estudos proporcionaram mudanças concretas em prol da afirmação da vida e da saúde, dado o caráter de ação e intervenção das modalidades de pesquisa adotadas.

A seguir, os principais eixos temáticos identificados na produção analisada.

4.2 GLOBALIZAÇÃO, REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS E AMBIENTE

Os textos analisados afirmam a necessidade de se investigarem os fenômenos procedentes dos processos de inovação tecnológica, ganhando destaque, nos materiais pesquisados, o tópico alusivo à precarização social do trabalho

Um grupo significativo de estudos aborda o processo contemporâneo de globalização, de reestruturação produtiva e de suas repercussões nas novas configurações do trabalho, na saúde e no ambiente. Os textos analisados afirmam a necessidade de se investigarem os fenômenos procedentes dos processos de inovação tecnológica, ganhando destaque, nos materiais pesquisados, o tópico alusivo à precarização social do trabalho. Busca-se estudar as caracterizações desse processo e suas manifestações em diferentes setores da população brasileira, enfocando-se, principalmente, contradições intrínsecas ao modo de produção capitalista, tais como aumento da desigualdade social, pauperização e formas de violência (MIRANDA, 2012; MIRANDA; TAMBELLINI; MOREIRA, 2011).

Apontam-se os efeitos do desenvolvimento e das transformações da cidade em territórios industriais, ao longo do século XX, e a contribuição do mundo do trabalho para a construção identitária tanto de indivíduos quanto de instituições. Entretanto, nos textos se reconhecem as transformações geradas nesse cenário com o incremento de novas tecnologias e a globalização da economia, ressaltando-se a necessidade de se analisar mais profundamente aquilo que os autores designam como um “novo *ethos* do trabalho” e suas expressões, tal como a conformação de novas identidades e novos modos de organização dos trabalhadores (Porto, Freitas, 2002; Porto, 2005).

Alguns artigos tratam do modelo de gestão ambiental baseado em inovação tecnológica e voltado para o aumento da eficiência de setores produtivos, tais como a indústria siderúrgica, e suas repercussões no ambiente. Nesse caso, os sujeitos da pesquisa são os trabalhadores da indústria siderúrgica e as populações do entorno. Promove-se um debate mais amplo acerca dos impactos desses processos nos territórios, sob o prisma da justiça ambiental (CARTIER et al., 2009; PORTO, 2005).

4.3 AGRAVOS À SAÚDE

Nesta temática, prevalecem estudos sobre agravos específicos, tais como acidentes de trabalho, intoxicações químicas agudas e crônicas. Destacam-se agravos como as lesões por esforço repetitivo e doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho (LER/Dort), os transtornos mentais e doenças que estatisticamente, no cenário nacional e internacional, têm sido os principais motivos de afastamento do trabalho (SCALCO et al. 2013; FERREIRA, 2015; ROBAINA; PINHEIRO, 2015; BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016; LYRA et al., 2013; WERNERSBACH; FIGUEIREDO; SOUZA, 2013; SOUZA et al., 2007; SOUZA et al., 2003; RODRIGUES-CARVALHO; SOUZA, 2005; SANTANNA; HENNINGTON, 2011). Ressalta-se a importância desses estudos para o reconhecimento da relação entre o processo saúde-doença e o trabalho. Distinguem-se, ainda, nas considerações dos autores, as limitações impostas às análises pela subnotificação dos agravos. Esses textos reiteram, como estratégia, o desenvolvimento das ações de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores.

4.4 SUBJETIVIDADE, SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Nesse grupo temático, destaca-se a busca por compreender a dinâmica da relação entre subjetividade, saúde mental e trabalho com as formas de enfrentamento dos conflitos/tensões advindos da organização do trabalho cotidiano. Boa parte dos artigos incorporou ao campo da saúde do trabalhador referenciais provenientes das denominadas clínicas do trabalho, tais como a ergonomia da atividade, a ergologia, a psicodinâmica do trabalho e a clínica da atividade.

Tratou-se de conceitos como trabalho real, trabalho prescrito, comunidade ampliada de pesquisa. Foram desenvolvidas abordagens acerca das estratégias de afirmação da vida e da saúde, do ponto de vista dos trabalhadores, da organização e regulação do trabalho e das relações entre poder de agir e gênero, no sentido de reafirmar a importância de se pesquisarem as articulações entre organização do trabalho, produção de saúde-doença e processos de subjetivação em curso (SILVEIRA; GUILAM; OLIVEIRA, 2013; SÁ, 2010; SÁ, 2001; LOPES, 2009; PEREIRA, 1998).

Na abordagem de questões acerca da melhor compreensão do sofrimento e do adoecimento no trabalho e de intervenções mais efetivas na promoção da saúde dos trabalhadores, destacam-se os conceitos de saúde mental, estresse, estresse ocupacional e sofrimento psíquico. No sentido de evidenciar a necessidade de reconhecimento, no âmbito da gestão do trabalho, da relevância do processo de sofrimento psíquico e de adoecimento no trabalho e seus impactos sobre os trabalhadores e familiares, foram apresentadas perspectivas metodológicas que incorporam estratégias de formação dos profissionais de saúde e dos trabalhadores em geral nessa temática (BRITO; ATHAYDE, 2003).

Considerando o caráter processual e coletivo dos processos de subjetividade, é ressaltada a necessidade de construção de métodos de pesquisa segundo a premissa de que os trabalhadores detêm uma experiência e um tipo de saber imprescindíveis para se compreender essa relação, sempre enigmática, entre saúde e trabalho, incorporando ainda à análise as variáveis de gênero, na perspectiva de promoção da saúde e da afirmação da vida.

Nas últimas décadas, temas relacionados à subjetividade e ao sofrimento no trabalho têm sido tratados por pesquisadores da Fiocruz, com papel fundamental em pesquisas, na criação de conceitos, métodos e instrumentos, e no ensino, por meio das disciplinas e da orientação de alunos, da especialização ao doutorado

Vale destacar que, nas últimas décadas, temas relacionados à subjetividade e ao sofrimento no trabalho têm sido tratados por pesquisadores da Fiocruz, em especial do Cesteh, desempenhando um papel fundamental no desenvolvimento de pesquisas, na criação de conceitos, métodos e instrumentos (como os relacionados às clínicas do trabalho, referidos anteriormente), e no ensino, por meio das disciplinas e da orientação de alunos, da especialização ao doutorado. Sobressai também a interface entre a produção acadêmica na área de saúde mental e trabalho e as pesquisas e artigos nos quais o trabalho é compreendido do ponto de vista da “atividade”, e que, em sua perspectiva, englobam e contribuem para o estudo da subjetividade e do sofrimento no trabalho (RAMMINGER; BRITO, 2008; HENNINGTON, 2008; BRITO; ATHAYDE, 2003).

Cabe observar, ainda, que a temática saúde mental e trabalho vem ganhando maior notoriedade e ampliação do escopo de problemas no contexto da crise econômica e social do país, o que deverá ser objeto de novos estudos por grupos institucionais de pesquisa.

4.5 GÊNERO, TRABALHO E SAÚDE

Na produção levantada acerca das questões de gênero, trabalho e saúde foram identificadas duas abordagens:

- Abordagem específica das relações entre gênero, trabalho e saúde, em que “gênero” é a temática central do estudo, a exemplo dos estudos centrados na análise das relações de poder, da divisão sexual do trabalho e sua imbricação com as vivências de trabalhadores e trabalhadoras como indivíduos e seus impactos sobre a saúde;
- Abordagem transversal de gênero, em que esta questão é incorporada ao conjunto de variáveis para a análise do tema estudado, tais como os que tratam do trabalho nos setores de saúde e de educação, em que as questões de gênero aparecem com destaque nas estratégias da valorização de categorias como enfermeiros, professores e merendeiras, entre outras.

A vertente de gênero também aparece nos textos pesquisados, abalizada por uma análise teórica da relação entre saúde, subjetividade e trabalho baseada na contribuição das clínicas do trabalho – nas perspectivas da ergonomia da atividade, clínica da atividade, psicodinâmica do trabalho e ergologia, aproximando-se da linhagem vitalista de Georges Canguilhem (CANGUILHEM, 1971; BRITO et al., 2012).

A relação entre saúde, trabalho e gênero caracteriza-se nos textos, também, na perspectiva da apropriação do tempo de trabalho, no cenário das mudanças tecnológicas no mundo do trabalho, com a contribuição da abordagem da cronobiologia, como o estudo de Lúcia Rotenberg et al. (2001). Sobressaem resultados de pesquisas empíricas ligadas a serviços, decorrentes de investigações diretas nos locais de trabalho.

É digno de nota o estudo que aborda o universo laboral das comissárias de voo e as formas como estas percebem e organizam sua vida cotidiana, reportando vivências e práticas, tais como a da maternidade, no contexto da organização temporal e espacial do trabalho na aviação (RIBEIRO-SILVA; UZIEL; ROTENBERG, 2014). São estudados também trabalhadores e trabalhadoras do turno noturno em uma indústria do setor de plásticos, discutindo-se divisão sexual do trabalho, trabalho doméstico, trabalhos “pesados” e trabalhos “leves” e suas repercussões diferenciadas na saúde de homens e de mulheres (MARCONDES et al., 2003).

Um dicionário feminino, com 187 verbetes, resultou do trabalho coletivo de reflexão de cem autores e autoras, de diferentes campos de conhecimento. A obra busca reafirmar o diálogo interdisciplinar e sua importância para os profissionais de saúde e os movimentos sociais envolvidos com práticas de acolhimento às mulheres em situação de violência e com direitos humanos

Na produção analisada, saltou à vista a edição de um dicionário feminino, com 187 verbetes, resultado de um trabalho coletivo de reflexão de cem autores e autoras, de diferentes campos de conhecimento, como sociologia, antropologia, direito, saúde coletiva, educação, filosofia e administração. A obra busca reafirmar o diálogo interdisciplinar e sua importância para os profissionais de saúde e os movimentos sociais envolvidos de forma geral com práticas de acolhimento às mulheres em situação de violência e com temáticas dos direitos humanos. Essa publicação, incentivada por vários setores da instituição, teve origem no I Fórum Fiocruz Mulheres em Situação de Violência, em 2010, e foi lançada pela Editora Fiocruz em 2014 (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

4.6 TRABALHO E EDUCAÇÃO

Na produção bibliográfica sobre processos de trabalho e categorias profissionais específicas, destacam-se estudos qualitativos na área da saúde dos trabalhadores da educação. Vale mencionar primeiramente os que apontam para a necessidade de se entender os processos vividos por docentes universitários, no contexto de reordenação das práticas do magistério de nível superior, segundo a lógica mercantil característica das políticas neoliberais que se disseminam

desde o final do século XX. No sentido de compreender essa nova lógica laboral que se consolida no cotidiano acadêmico, das quais os professores são sujeitos fundamentais, notabilizam-se estratégias por eles construídas para enfrentar as adversidades no trabalho do ponto de vista da saúde (SANTOS, 2015; SOUZA; ROZEMBERG, 2013).

Grosso modo, também foram temáticas importantes abordadas no âmbito das publicações a respeito da saúde dos trabalhadores da educação: o dilema enfrentado por professores em situação de readaptação e os sentidos que eles produzem em relação à ruptura com o trabalho; mudanças necessárias no trabalho em escolas na perspectiva da saúde do trabalhador, realçando o impacto e as repercussões da gestão das macropolíticas educacionais e a micropolítica de gestão escolar. Importa também considerar o conjunto de estudos desenvolvidos na vertente metodológica denominada Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), a partir de um programa que conjugou pesquisas e formação de trabalhadores de escolas públicas do ponto de vista da relação entre saúde e trabalho (ARBEX; SOUZA; MENDONÇA, 2013; BATISTA; ANDRADE, 2012; BRITO; ATHAYDE, 2003; FERREIRA; NASCIMENTO; SALVÁ, 2014; GOMES; BRITO, 2006; SANTOS, 2015; SOUZA; ROZEMBERG, 2013; SOUZA et al., 2003).

Um estudo comparativo abordou a saúde dos professores do ensino público fundamental do Brasil e da França pela análise do reconhecimento do trabalho docente e a partir da relevância teórica das relações sociais de sexo relativas às experiências subjetivas vividas no trabalho. Chama a atenção, no estudo, a luta permanente das trabalhadoras pela afirmação de si mesmas, de sua potência de vida e pela conquista de saúde (BRITO et al., 2014).

No contexto do trabalho de creche pública, é analisada a relação entre saberes de professoras e monitoras. Focaliza-se a feminilidade apreendida e transmitida no contexto social. Na prática, percebem-se as diferenciações nas atividades de trabalho: professores ensinam, monitores cuidam (ANDRADE, 2015).

Por fim, são dignos de menção os resultados de alguns estudos que apontam a necessidade da formulação de políticas públicas de saúde no trabalho em educação com a participação ativa dos trabalhadores. Para isso, certamente são decisivos os processos formativos a respeito da saúde que têm como princípio o próprio trabalho e podem contribuir para o protagonismo dos trabalhadores e suas organizações na defesa da saúde.

4.7 TRABALHO EM SAÚDE

A abordagem do trabalho em saúde mereceu destaque na produção analisada, contribuindo com cerca de 20% dos textos levantados. Destes, a categoria dos trabalhadores de enfermagem foi a mais estudada, com 63% do total. O escopo de tais estudos é amplo e pode ou não fazer fronteira com o campo da saúde do trabalhador, algumas vezes se aproximando da área da gestão de pessoal/administração; outras, da saúde ocupacional. No entanto, de forma geral, os estudos identificados

são ancorados no referencial teórico-conceitual da saúde do trabalhador ou da saúde coletiva, de modo mais abrangente. Quanto à temática, foram identificados: estudos de qualidade do sono (2), saúde mental (3), administração (1), doenças e acidentes (5), processo de trabalho em saúde (4), humanização (1), LER (1), percepção de riscos (1), capacidade para o trabalho (3).

Em síntese, constata-se a urgência da implementação de estratégias mais eficazes de prevenção e proteção da saúde desses trabalhadores no Brasil. No âmbito do SUS, é apontado como um dos pontos críticos da humanização o baixo estímulo à inclusão e valorização dos trabalhadores da saúde (HENNINGTON, 2008).

A quantidade excessiva de pacientes e a falta de segurança para o desenvolvimento do trabalho aparecem como os itens mais críticos da jornada dos profissionais de saúde. Predomina a percepção de condições precárias de trabalho, salários insatisfatórios, ambiente insalubre e inseguro, levando a um sentimento de desmotivação que influi na qualidade da assistência

No levantamento, a quantidade excessiva de pacientes e a falta de segurança para o desenvolvimento do trabalho aparecem como os itens mais críticos da jornada dos profissionais de saúde. Predomina a percepção de condições precárias de trabalho, salários insatisfatórios, ambiente insalubre e inseguro, levando a um sentimento de desmotivação que influi na qualidade da assistência (FURTADO, 2010).

Todas as hipóteses de associação dos aspectos da saúde do trabalhador com seu ambiente de trabalho foram confirmadas por meio de correlações estatisticamente significantes na análise do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). A análise dimensional identificou dois fatores que agregaram a maior parte dos itens, o que encontra respaldo em estudo anterior com equipes de enfermagem de dez países europeus. A consistência interna apresentou melhor desempenho do que o observado em outras pesquisas com profissionais da enfermagem ou outras categorias (PERALTA et al., 2012; SILVA JUNIOR et al., 2011; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Destaca-se uma posição diferenciada do enfermeiro nas equipes da Atenção Primária à Saúde, o qual tende a ter os limites de sua atuação profissional ampliados, por agregar atividades

administrativas às práticas da assistência direta ao usuário. A inserção do enfermeiro nessas equipes tem suscitado novas modelagens na produção do cuidado, com um padrão que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, conforme os interesses do capital, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado.

No que se refere aos agravos à saúde, os estudos apontam tanto para o crescente adoecimento musculoesquelético, em especial dos trabalhadores de enfermagem, quanto para as inadequadas condições de trabalho como fator de risco para esse adoecimento (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2008). As pesquisas indicam ainda a necessidade de medidas de controle da hipertensão arterial dirigidas a esse grupo ocupacional, tanto pela magnitude da doença quanto pelo impacto potencial na difusão de conhecimentos e das respectivas medidas de controle (AQUINO et al., 2001).

A segurança dos profissionais de saúde, incluindo a prevenção da exposição ocupacional a patógenos, deve ser considerada como uma questão de saúde pública (SILVA et al., 2009). Embora as medidas de prevenção de infecções, como medicamentos antirretrovirais e testes rápidos, estejam disponíveis, constata-se que ainda há um alto número de exposições facilmente evitáveis.

Os níveis percebidos de alerta à noite tornam-se piores à medida que aumenta o número de horas de trabalho. Isso é um indicativo de que a sonolência no trabalho noturno se faz presente, prejudicando seriamente tanto os trabalhadores quanto os pacientes que estão a seus cuidados (ROSA et al., 2007).

A responsabilidade financeira, o trabalho noturno e o desequilíbrio esforço-recompensa são variáveis que merecem ser contempladas em estudos sobre as jornadas de trabalho das equipes, em especial as de enfermagem (RAMMINGER, 2008). Sugere-se que estudos sobre o tema abordem a renda individual do trabalhador, detalhando melhor a relação entre esforços e recompensas, e principalmente discussões que considerem as relações de gênero (ROTENBERG et al., 2001).

Ressalta-se ainda que os profissionais que atuam em cuidados paliativos precisam também de cuidados, de uma jornada de trabalho menos intensa, de apoio psicológico e de momentos de descontração, até mesmo de recreação. Alguns estudos mencionam até mesmo a necessidade de apoio espiritual (KAPPAUN; MINAYO-GOMEZ, 2013).

No que se refere ao cuidador, o fato de o trabalho de cuidado ser visto como natural, “parental”, contribui para a oferta insuficiente de instrumentos (teóricos e práticos) para essa prática profissional (MASSON et al., 2008). A baixa qualificação parece aumentar os riscos à saúde desses trabalhadores, uma vez que eles têm acesso restrito a técnicas e condições que possibilitariam desempenhar a atividade de forma mais profícua. Tais fatores, associados à invisibilidade do trabalho relacional empreendido, acabam provocando a fragilização da luta pela saúde e da capacidade de recriação das normas no trabalho.

Há necessidade de ações e programas destinados a promover a saúde desses profissionais e de que eles estejam alertas aos cuidados cotidianos para evitar desgastes. Os resultados ressaltam também a importância de avaliar o impacto das longas jornadas na saúde desses trabalhadores.

São necessárias medidas que visem reduzir as demandas psicológicas provenientes da atividade profissional e garantam maior flexibilidade e autonomia ao trabalhador. Constatou-se que fatores psicossociais estavam envolvidos no surgimento de *burnout* no grupo estudado. Os resultados despertaram a necessidade de estudos para intervenção e posterior prevenção da síndrome (SILVA; ROTEMBERG; FISCHER, 2011; ROSA et al., 2007).

Por outro lado, apesar de ser considerado um trabalho extenuante, que lida com os limites da vida e as formas com que os seres humanos enfrentam a doença e a morte, observou-se forte identificação dos profissionais de saúde com os pacientes e as respectivas famílias com quem compartilham sofrimentos. No mesmo sentido, embora o conflito entre posições sociais, opiniões e decisões seja fonte potencial de desgaste para os profissionais, estes registram, nos estudos, reconhecimento e satisfação com sua atividade (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

De modo geral, espera-se que os estudos possam contribuir para iniciativas institucionais, com vistas à melhoria da gestão e da organização do trabalho em saúde, que possibilitem reduzir a intensidade da rotina assistencial e a participação da equipe em espaços destinados a discutir e revisar suas práticas.

4.8 ESTUDOS GERACIONAIS E TRABALHO

Outro grupo temático importante da produção acadêmica no âmbito institucional constitui o que se convencionou chamar de estudos geracionais. Os textos evidenciam uma abordagem sobre a relação trabalho-saúde diferenciada por grupos etários. São ressaltadas as implicações no trabalho de crianças e adolescentes, bem como as transformações do sentido da atividade profissional no processo de envelhecimento. No primeiro caso, destaca-se que o conceito de trabalho de risco deve estar centrado na criança, focalizando não somente fatores externos e imediatos, mas também aqueles que ameaçam seus crescimento e desenvolvimento. Essas dimensões podem ser agrupadas dentro de duas categorias: a física e a psicossocial. Ambas são cruciais para o futuro da criança, afetam-se mutuamente e as ameaças em cada uma delas devem ser consideradas em grau de importância (FISCHER et al., 2003).

Destarte, o aprendiz é visto como ser precário, à medida que não tem respostas ou atitudes já formadas para reagir diante de determinadas situações. É lançado a experimentações e abre mão de fórmulas prontas, fazendo valer um aprendizado vivo — no qual as soluções seriam efeitos, e jamais causas desse aprendizado (LIMA; GOMEZ-MINAYO, 2003).

Grande número de crianças e adolescentes trabalha hoje no Brasil em condições abusivas de exploração e perigo. A situação é ainda mais complexa porque a atividade infantil e juvenil contribui, na maioria das vezes, para reduzir a condição de pobreza das famílias

Os estudos ressaltam que grande número de crianças e adolescentes trabalha hoje no Brasil em condições abusivas de exploração e perigo. Os efeitos sobre sua saúde e a conexão entre os estados de saúde atual e futuro são de difícil investigação. A situação é ainda mais complexa porque o trabalho infantil e juvenil contribui, na maioria das vezes, para reduzir a condição de pobreza das famílias (GUIMARÃES; ASMUS, 2010).

A legislação em vigor no Brasil deixa bem clara a impossibilidade do trabalho infantil e define que as atividades laborais desenvolvidas por adolescentes devem estar subordinadas à sua formação escolar e ao tempo destinado ao lazer e às horas de sono. Há ainda o desafio de conjugar escola, trabalho e lazer, pois, na formação do adolescente, esta tríade é extremamente importante. As questões da privação do sono e do trabalho noturno impactam tanto o trabalho de adolescentes quanto o de adultos. Há que se levar em conta essa temática quando se formularem novos estudos, especialmente incluindo etnia.

Embora atualmente disponhamos de uma diversidade de programas e projetos endereçados aos jovens em situação de vulnerabilidade social, é importante dar visibilidade a determinadas experiências: aquelas que atuam no sentido da formação de novos valores, por meio da sensibilidade e da responsabilidade coletiva em torno das questões sociais em diferentes níveis (local, nacional e planetário). As duas principais linhas da ação para erradicar o trabalho infantil no Brasil são: 1) as políticas mais gerais de desenvolvimento econômico e social que têm um impulso sobre o bem-estar das crianças; 2) as políticas específicas de combate ao trabalho infantil e proteção do trabalhador adolescente. Nesse sentido, um desafio futuro é avaliar a associação entre declínio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a implantação de programas de seguridade social que beneficiem famílias de baixa renda (FISCHER et al., 2003; GUIMARÃES; ASMUS, 2010).

No que diz que respeito ao envelhecimento e a saúde, há que se repensar a discussão de centralidade do trabalho, uma vez que não é qualquer atividade que “oferece” melhor qualidade de vida aos idosos. Terceira Idade significa algo mais do que apenas outra forma de designar a velhice: é uma forma de representar as modificações no perfil desta população, para a qual o envelhecimento vem acompanhado de crescimento e de, principalmente, novas possibilidades, sejam elas de trabalho, de prazer ou de conhecimento (MOREIRA, 2000).

Um importante aspecto suscitado pelos estudos é que existem alternativas ligadas a lazer e arte com as quais, muitas vezes, os indivíduos não tiveram contato durante sua vida laboral. Incentivar programas de preparação para a aposentadoria pode ser uma alternativa para soluções coletivas, dentro e fora do trabalho, para um envelhecimento saudável, sendo essa uma questão estratégica, básica à construção de política institucional específica, considerando que a Fiocruz passa por um momento especial no que se refere ao envelhecimento (quantitativo) de seu quadro funcional.

4.9 TOXICOLOGIA E SAÚDE DO TRABALHADOR

Os estudos na área da toxicologia investigam a interação entre substâncias químicas e sistemas biológicos, com o objetivo de determinar, quantitativamente, o potencial de produção de danos que resultem em efeitos adversos aos organismos vivos, assim como de estabelecer a natureza, a incidência, os mecanismos de produção e os fatores que interferem no desenvolvimento e reversibilidade destes efeitos (BRASIL, 2007). Acionam variadas áreas de conhecimento, incluem profissionais com diferentes formações e procuram responder a questionamentos acerca das complexas relações entre as exposições aos agentes químicos e os organismos vivos. A toxicologia ocupacional ocupa-se dos efeitos adversos das exposições originadas nos ambientes de trabalho. Ao fim, objetiva o conhecimento que contribua para a prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores e a intervenção nos ambientes de trabalho.

Chama a atenção o predomínio de publicações envolvendo exposição à classe dos agrotóxicos, 53%, com abordagem de população rural em 34%. Outros grupos de substâncias também foram objetos de investigação, como os solventes orgânicos, que abrangeram 18,2% dos estudos; metais; 15,2%; poeiras e fibras, 13,7%

No levantamento, a partir dos títulos, de artigos com temas relacionados à toxicologia ocupacional publicados entre 1987 e 2007, a maioria dos 66 artigos encontrados tem como autores os pesquisadores do Laboratório de Toxicologia do Cesteh. Chama a atenção o predomínio de publicações envolvendo exposição à classe dos agrotóxicos, 53%, com abordagem de população rural em 34%. Outros grupos de substâncias também foram objetos de investigação, como os solventes orgânicos, que abrangeram 18,2%

dos estudos; metais, 15,2%; poeiras e fibras, 13,7%. Vinte por cento dos trabalhos envolvem trabalhadores de diferentes atividades industriais expostos a solventes orgânicos ou a metais, como encontrado nos estudos de Assis et al. (2017) e Sá et al. (2016).

Do total de 66 artigos encontrados, 36% relatam pesquisas cujo objetivo foi estudar possíveis efeitos na saúde em variados órgãos e sistemas do corpo humano resultantes de exposições ocupacionais adversas. A utilização da dosagem de biomarcadores no organismo humano, seja de exposição ou de efeito na saúde, também se mostrou relevante, presente em 32% dos artigos. A qualidade do ar nos ambientes de trabalho também foi analisada por pesquisadores do mesmo laboratório, estudada em 12% dos trabalhos, o que permitiu uma estimativa da exposição dos trabalhadores aos agentes nocivos, notadamente solventes orgânicos, metais, poeiras e fibras, conforme ilustrado no estudo de Amaral et al. (2017). Por fim, outras abordagens relacionadas à exposição ocupacional aos elementos químicos compreenderam 11% dos trabalhos e, pelo estudo dos títulos dos artigos, foram referidos como identificação, comunicação, análise ou percepção do risco no trabalho, tal qual o estudo de Peres et al. (2013).

Cabe destacar, ainda, o dossiê temático “Exposição ocupacional ao benzeno na cadeia de distribuição e revenda de combustíveis no Brasil”, publicado em 2017 na *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO)*. O mencionado compêndio incluiu estudos em diversas regiões do país, que evidenciaram a contínua exposição dos trabalhadores de postos de combustíveis ao benzeno e a baixa adesão às normas mínimas de segurança e proteção em vigor no Brasil (MOURA-CORREA; LARENTIS, 2017).

4.10 VIGILÂNCIA PARTICIPATIVA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTRATÉGIA ESSENCIAL

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), conforme definida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), compreende um conjunto de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental que visam tanto ao reconhecimento das situações de exposição aos riscos no trabalho e dos agravos decorrentes à ST quanto às intervenções nos ambientes e processos laborais, voltadas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores. Com efeito, a maioria dos textos analisados aponta a Visat como principal estratégia para o enfrentamento dos desafios atinentes à ST.

Um ponto que se destaca na literatura referente à Visat é o alusivo à precarização dos vínculos de trabalho no SUS e suas repercussões na qualidade da atenção básica. De acordo com os estudos, verificam-se inúmeros problemas para a gestão em saúde e, para a efetivação das políticas públicas, essas questões são evidenciadas como desafios à sustentação do SUS (SILVA; SOUZA; TEIXEIRA, 2017).

Sem dúvida, outro desafio, apontado por Luís Henrique da C. Leão e Carlos Minayo-Gomez (2014), diz respeito à incorporação de dimensões da saúde mental nos processos de Visat, considerando a necessidade de responder a essa demanda, cada vez mais explícita na área da ST, especialmente no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

Embora diversos aspectos críticos sejam levantados pelos estudos, o ponto que se repete nos textos analisados como estratégia essencial às ações de mudança e transformação em saúde do trabalhador é a projeção da Visat como política institucional e a necessidade fundamental de superar a dicotomia entre assistência e vigilância na direção de um modelo de promoção da saúde. Conforme a concepção de Jorge Mesquita H. Machado (2011), as instituições de governo, por meio de seus órgãos executivos e de pesquisa, devem assumir o protagonismo na identificação e análise de situações de riscos no trabalho que resultem em avaliações e intervenções coletivas e participativas nos processos de Visat (MACHADO, 2011: 74).

O engajamento dos trabalhadores e trabalhadoras na luta pela saúde no trabalho e sua participação na transformação dos ambientes e processos laborais têm constituído uma premissa fundamental da vigilância em saúde do trabalhador. Por essa razão, de modo geral, buscou-se aprofundar, na produção bibliográfica, análises e reflexões acerca do papel dos sindicatos, de suas ações na luta pela saúde dos trabalhadores, bem como dos movimentos sociais e dos rumos que vêm assumindo diante das adversidades da conjuntura política, econômica e social.

Os estudos reafirmam que os movimentos sociais têm força para propiciar a produção de novas relações entre o Estado e a sociedade. Vislumbram, como desafio, novas possibilidades de as organizações sindicais se colocarem na cena política e aglutinarem os interesses de amplos segmentos de trabalhadores para pressionar o Estado na defesa da melhoria do sistema público de saúde

Os estudos reafirmam que os movimentos sociais têm força para propiciar a produção de novas relações entre o Estado e a sociedade. Vislumbram, como desafio, novas possibilidades de as organizações sindicais se colocarem na cena política e aglutinarem os interesses de amplos segmentos de trabalhadores para pressionar o Estado na defesa da melhoria do sistema público de saúde. Autores como Katia Reis de Souza, Renato J. Bonfatti e Maria Blandina M. Santos (2015) identificam a importância crucial de espaços de diálogo e participação, para que se fomentem alternativas em prol do bem comum, da melhoria de condições de vida e trabalho. Entre outros, destaca-se a organização, no serviço público, das comissões de saúde do trabalhador por locais de trabalho, como forma elementar de implantação da vigilância em saúde nos ambientes laborais. Defende-se a ideia de que o diálogo e a participação são os fundamentos educativos de uma perspectiva democrática de vigilância em saúde do trabalhador. Do mesmo modo, a atuação do movimento sindical na luta pela ST é entendida como estratégia de fortalecimento da organização e da unificação dos trabalhadores.

5

DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR PARA O SÉCULO XXI

A Fiocruz é, reconhecidamente, uma instituição científica, que produz conhecimento de diversas formas, elabora insumos e oferta serviços, em primeira e última instâncias, para as pessoas – mais precisamente, para a saúde das pessoas. Preponderantemente, serve à população brasileira, por ser uma instituição brasileira, mas sua missão vai além da nação Brasil. São muitos os países que se encontram no círculo virtuoso de produção de saúde da Fiocruz. É praticamente impossível delimitar até onde ela alcança. O planeta é o território de sua missão. E, nessa missão-aventura da ciência da saúde, a Fiocruz não faz “ciência neutra”. Não há neutralidade quando se escolhe um lado. E o lado escolhido é o da defesa da saúde das populações, esteja onde estiver a necessidade de defendê-la. Assim, falar de desafios e questões para a constituição de uma agenda em saúde-trabalho-ambiente significa falar de um lugar não neutro da instituição. Nesta síntese, explicitam-se duas vertentes, embora interligadas, de desafios e questões da agenda Fiocruz. Uma diz respeito à missão institucional para a população como um todo, compondo pontos de caráter mais geral, e outra, mais específica, refere-se à agenda da saúde de seus servidores.

5.1 AGENDA FIOCRUZ PARA SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE

A par da não neutralidade institucional em matéria de saúde, as questões entrelaçadas saúde-trabalho-ambiente robustecem a escolha do lado da missão. É no binômio trabalho-ambiente que o modo de produção, inserido num modelo econômico predatório e ilimitadamente cumulativo,

mostra suas garras devastadoras sobre a saúde humana. Considerando as principais fontes de produção de conhecimento para a defesa da saúde da instituição, são pontos essenciais de uma agenda Fiocruz de curto, médio e longo prazos:

- Defesa intransigente do Sistema Único de Saúde;
- Defesa intransigente dos direitos humanos de qualquer ordem e contra a construção de fronteiras e a perda de qualquer direito nas áreas do trabalho e do ambiente, ora em curso;
- Criação de mecanismos institucionais mais sólidos e mais profundos de articulação com a sociedade organizada e com potencial de organização para a defesa de seus direitos;
- Aprimoramento de mecanismos jurídicos intrainstitucionais, para encaminhamento de demandas aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário em todos os níveis da federação;
- Fortalecimento das diversas mídias institucionais, ampliando os canais de comunicação com a sociedade; e
- Redirecionamento de uma produção científica, atualmente hermética, para pares, e regida por mecanismos produtivistas, para uma geração de conhecimentos de amplo espectro popular.

5.2 AGENDA PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SÉCULO XXI

As principais questões que nortearam o desenho e os esforços na implantação de um Sistema Integrado para a Saúde do Trabalhador da Fiocruz permanecem diante de nós como desafios a serem enfrentados para que, de fato, a atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da Fiocruz se efetive. No cenário atual, vislumbram-se ameaças de aprofundamento de problemas que, em certa medida, vinham sendo enfrentados, e a reversão de conquistas na regulamentação das relações de trabalho no país, com ênfase no serviço público.

Esse cenário vem apresentando características e impactos gerais para o conjunto das instituições públicas, tais como a notável desaceleração da implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor (Pass) e as possibilidades de intensificação da terceirização e, conseqüentemente, da precarização do trabalho no serviço público. Tais perspectivas se vislumbram na Reforma Trabalhista e Previdenciária em curso. Além de uma política de atenção à saúde do trabalhador do serviço público incipientemente implantada, que sequer consolidou suas estratégias de promoção e proteção ao servidor, deparamo-nos com a reversão/paralisação – o que consigna enorme retrocesso – do processo de “desprecarização” do trabalho no setor público, que, por sua vez, vinha estabelecendo, principalmente na última década, um conjunto de medidas, com destaque para a ampliação de vagas por meio dos concursos públicos.

Para a Fiocruz, as estratégias de enfrentamento das questões atuais reivindicam o firme posicionamento de sua comunidade e a articulação com as demais instituições públicas e os movimentos sociais, em defesa do Estado democrático social e de direito e da saúde no trabalho

Para a Fiocruz, as estratégias de enfrentamento dessas questões se apresentam, por um lado, pelo firme posicionamento de sua comunidade e pela articulação com as demais instituições públicas e os movimentos sociais, em defesa do Estado democrático social e de direito e da saúde no trabalho. Por outro lado, mais do que nunca, compreendendo que se trata de um imperativo ético, a instituição visa fortalecer e ampliar seus mecanismos de gestão do trabalho, incorporando a proteção à saúde dos trabalhadores como prioridade do desenvolvimento institucional. São pontos desse esforço:

- A organização de Comissões de Saúde do Trabalhador por Locais de Trabalho, com representações eleitas pelos trabalhadores dos diversos segmentos que compõem a força de trabalho da Fiocruz, visando ao fortalecimento do protagonismo do conjunto de seus trabalhadores na construção e consolidação de ambientes e relações de trabalho dignos e sustentáveis;
- O fortalecimento de um sistema de matriciamento das diretrizes e estratégias de promoção da saúde do trabalhador na instituição, que contemple: a articulação entre as instâncias de gestão, com o subsídio de informações que permitam incorporar a tomada de decisão acerca dos destinos institucionais, elementos primordiais à garantia da saúde no trabalho; a ampliação e a integração dos investimentos em ST, produzindo inovações na gestão dos recursos por meio de iniciativas tais como um Plano Integrado de Saúde do Trabalhador e Biossegurança, no qual se intensifique também a proteção à saúde dos bolsistas; a curto/médio prazo, o fortalecimento dos mecanismos de descentralização da saúde do trabalhador nas regionais;
- Criação de um Observatório de Saúde do Trabalhador da Fiocruz, com a participação do Cesteh, da CST e da Asfoc-SN, incluindo provisão orçamentária, de sorte a se implantar um sistema de vigilância com ênfase em temáticas estratégicas e atuais, como acidentes de trabalho e saúde mental;
- Institucionalização da modalidade pesquisa-intervenção, integrada por pesquisadores do Cesteh e da CST, com a participação da representação dos trabalhadores da Fiocruz (pela Asfoc-SN), acerca de temas procedentes de indicadores gerados no âmbito da própria CST e do Cesteh;

Construção da Agenda Institucional 2030, incorporando um amplo debate dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – em especial do que remete à promoção do trabalho digno –, voltado para o fortalecimento de estratégias que favoreçam o desvendamento dos processos e relações de trabalho na instituição e suas implicações para a ST, além de serem capazes de intervir para reverter as iniquidades existentes e desenvolver um modelo de sustentabilidade reproduzível nos novos ambientes de trabalho, no sentido de transformar as teorias e tecnologias sobre saúde e ambiente em prática institucional cotidiana.

Por fim, reafirma-se o sentido participativo e inclusivo das ações em saúde do trabalhador na Fiocruz, tendo por base a ideia de instituição promotora da democracia e da formação humana. Nessa linha de interpretação, considera-se que se deva investir, fortemente, na efetivação dos vínculos de solidariedade e respeito e, ainda, no processo de participação política e social, sendo imperativa a recuperação do real *ethos* do trabalho: criativo, coletivo e emancipador, sobretudo a partir dos próprios locais de trabalho, como preconizado por Antonio Gramsci em *Concepção Dialética da História* (1986).

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, M.; CAMPISTA, C. R. Discussão de questões emanadas de prática do Fio-Sast: experiências do serviço. In: SEMINÁRIO INTERNO DO CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA, 1, Rio de Janeiro, 1989. Tópicos temáticos. Rio de Janeiro: Colégio Assunção, Santa Teresa, 1989. (Mimeo.).
- AMARAL, I. C. C. et al. Avaliação ambiental de BTEX (benzeno, tolueno, etilbenzeno, xilenos) e biomarcadores de genotoxicidade em trabalhadores de postos de combustíveis. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 42: 1-14, 2017.
- ANDRADE, C. B. Trabalho, cuidado e gênero: estudo com trabalhadoras da educação infantil. *Revista da Rede de Estudos do Trabalho*, VIII(16): 17-37, 2015.
- ANTUNES, R. *O Continente do Labor*. São Paulo: Boitempo, 2011.
- AQUINO et al. Hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem: padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76(3): 197-202, 2001.
- ARBEX, A. P. S.; SOUZA, K. R.; MENDONÇA, A. L. O. Trabalho docente, readaptação e saúde: a experiência dos professores de uma universidade pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1): 263-284, 2013.
- ASSIS, C. S. et al. Uso de metanol e risco de exposição dos trabalhadores de uma usina de biodiesel. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 15(1): 29-41, 2017.
- AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- BATISTA, E. L.; ANDRADE, C. B. No centro do debate: a saúde e o trabalho de professores. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, VIII; SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, VII; SEMINÁRIO O TRABALHO EM DEBATE, VI, Franca, SP 2012. USP/STICF/CNTI/UFSC. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/46.pdf>>.

- BERLINGUER, G. *A Saúde nas Fábricas*. Rio de Janeiro, São Paulo: Cebes, Hucitec, 1983.
- BEZERRA, C. M.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21: 2135-2146, 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 set. 2017.
- 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 outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: MS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Unidade de Aprendizagem IV. *Atenção Integral à Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp/Fiocruz, 2007.
- BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(2): 239-265, 2003.
- BRITO, J. et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. *Revista de Saúde Ocupacional*, 37(126): 316-328, 2012.
- BRITO, J. et al. Saúde, gênero e reconhecimento no trabalho das professoras: convergências e diferenças no Brasil e França. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2): 589-605, 2014.
- BRITO, J. C.; PORTO, M. F. Projeto de pesquisa: avaliação das condições de trabalho no campus do RJ da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1986. (Mimeo.).
- CANGUILHEM, G. *Lo Normal y lo Patológico*. México: Siglo XXI, 1971.
- CARTIER, R. et al. Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação de injustiça ambiental. *Cadernos de Saúde Pública*, 25: 2.695-2.704, 2009.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL (CNSA), 1, 2010, Brasília. *Relatório Final*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/CNSA_Relatorio_Final.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (CNST), 1, Brasília, 1986. Relatório final. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (CNST), 2, Brasília, 1994. *Relatório Final*. Brasília: Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, Divisão de Saúde do Trabalhador, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (CNST), 3, 2011, Brasília. *Trabalhar, Sim! Adoecer, Não! O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado*. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Relatorio_Trabalhar_Sim_Adoecer_No_3_CNST.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (CNSTT), 4, Brasília, 15-18 dez. 2014. *Relatório Final*. Brasília: MS, 2015.

D'ACRI, V. *Os Trabalhadores e a Questão da Saúde: 1890-1920*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, 24: 37-57, 2011. Edição especial.

FERREIRA, A. P. Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 13: 91 -99, 2015.

FERREIRA, P. C. A. S.; NASCIMENTO, R. P.; SALVÁ, M. N. Professor: profissão de risco. Uma análise do impacto da gestão de IES privadas sobre o trabalho docente. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, 9(2): 152-171, 2014.

FISCHER, F. M. et al. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8: 973-984, 2003.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (Orgs.). *Dicionário Feminino da Infância*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FUMAGALLI, A. Crise econômica global e governança econômico-social. In: FUMAGALLI, A.; MEZZADRA, S. (Orgs.). *A Crise da Economia Global: mercados financeiros, lutas sociais e novos cenários políticos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). CONGRESSO INTERNO, I Rio de Janeiro, 1988.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Plano Quadrienal 2005-2008*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Relatório de Gestão da Coordenação de Saúde do Trabalhador 2007. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (Mimeo.).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Plano Quadrienal 2011-2014*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Relatório de Gestão da Coordenação de Saúde do Trabalhador 2010. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. PPT.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Relatório de Atividades 2009-2011. Presidência da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FURTADO, B. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2): 169-174, 2010.

- GEORGESCU-ROEGEN, N. *The Entropy Law and the Economic Process*. Cambridge: Harvard University, 1999.
- GERTNER, S. R. C. B. *Atenção Integral à Saúde dos Servidores da Fiocruz: a percepção e contribuição dos servidores para uma política, com ênfase nos Exames Periódicos em Saúde - EPS*, 2017. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- GIANNOTTI, V. *História das Lutas dos Trabalhadores no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009.
- GOMES, L.; BRITO, J. Desafios e possibilidades ao trabalho docente e à sua relação com a saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(1): 49-62, 2006.
- GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.
- GUIMARÃES, R. M.; ASMUS, C. I. R. F. Tendência temporal do trabalho infantil no Brasil, 1992-2006. *Cadernos Saúde Coletiva*, 18: 404-409, 2010.
- HARVEY, D. *A Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Loyola, 1992.
- HARVEY, D. *Os Limites do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- HARVEY, D. *17 Contradições e o Fim do Capitalismo*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, 42(3): 555-561, 2008.
- HENNINGTON, E. A.; CUNHA, D.; FISCHER, M. C. B. Trabalho, educação, saúde e outros possíveis: diálogos na perspectiva ergológica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9: 5-11, 2011.
- HENNINGTON, E. A.; MORENO, R. Trabalho de mulheres. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (Orgs.). *Dicionário Feminino da Infância*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- HOBBSAWN, E. *Sobre História*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- HOBBSAWN, E. *Mundos do Trabalho: novos estudos sobre a história operária*. São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- KAPPAUN, N. R. C.; MINAYO-GOMEZ, C. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9): 2.549-2.557, 2013.
- LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*, 1996. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- LATOUCHE, S. *Pequeno Tratado do Decrescimento Sereno*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LEÃO, L. H. C.; MINAYO GOMEZ, C. The issue of mental health in occupational health surveillance. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19: 4.649-4.658, 2014.

LEFF, E. Pensar a complexidade ambiental. In: LEFF, E. (Org.). *A Complexidade Ambiental*. São Paulo: Cortez, Edifurb, Pnuma, 2010.

LEFF, E. *Racionalidade Ambiental: a reapropriação social da natureza*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LIMA, S. M.; MINAYO GOMEZ, C. Modos de subjetivação na condição de aprendiz: embates atuais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10(3): 931-953, 2003.

LOPES, M. C. R. Subjetividade e trabalho na sociedade contemporânea. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7: 91-113, 2009.

LOURENÇO, E. A. S.; LACAZ, F. A. C. Os desafios para a implantação da Política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38: 44-56, 2013.

LUGÃO, S. S. M. *Análise da Contribuição e dos Limites na Implementação de um Programa de Ergonomia para Melhoria das Condições de Trabalho: estudo de caso em uma instituição pública*, 2014. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

LYRA, G. F. D. et al. Sofrimento psíquico e trabalho docente: implicações na detecção de problemas de comportamento em alunos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13: 724-744, 2013.

MACHADO, J. H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão das pesquisas sobre o tema. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3): 560-565, 2008.

MARCONDES, W. B. et al. O peso do trabalho “leve” feminino à saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2): 91-101, 2003.

MARTINEZ-ALIER, J. Perfis metabólicos dos países e conflitos de distribuição ecológica. In: MIRANDA, A. C. et. al. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MARTINS, M. I. C. A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22: 1.429-1.440, 2017.

MARX, K. *Contribuição à Crítica da Economia Política*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MARX, K. *O Capital*. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K; ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

MASSON, L. P. et. al. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. *Saúde e Sociedade*, 17(4): 68-80, 2008.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25(5): 341-349, 1991.

MÉSZARÓS, I. Igualdade substantiva e democracia substantiva. *Margem Esquerda: ensaios marxistas*, (25): 52-59, 2015.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MINAYO-GOMEZ, C. Historicidad del concepto “salud del trabajador” en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil. *Salud Colectiva*, 8: 221-227, 2012.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, III(3): 21-32, 1997.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 125-136, 2003.

MINAYO, M. C. S. et al. Fiocruz Saudável: uma experiência institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2):151-161, 1998.

MIRANDA, A. C. *Reflexões acerca da Situação e dos Problemas referentes à Crise Socioambiental e seus Reflexos à Saúde Humana: uma contribuição a partir do materialismo histórico e dialético*, 2012. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

MIRANDA, A. C.; TAMBELLINI, A. T.; MOREIRA, J. C. As relações entre o modelo de desenvolvimento e os impactos sobre o ambiente e a saúde humana: uma revisão do cenário atual. *Cadernos Saúde Coletiva*, 9(3): 251-263, 2011.

MOREIRA, F. R.; FERREIRA, A. P.; ARAÚJO, U. C. Determinação dos níveis de exposição de metais em trabalhadores da construção naval: impactos e desafios. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14: 19-28, 2016.

MOREIRA, M. M. S. *Trabalho, Qualidade de Vida e Envelhecimento*, 2000. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

MOURA-CORREA, M. J.; LARENTIS, A. L. Exposição ao benzeno no trabalho e seus efeitos à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 42, supl. 1: S1-S4, 2017.

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

OLIVAR, M. S. P. Comissão de Saúde do Trabalhador e a luta sindical. In: LOURENÇO, E. A. S. *Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo*. Campinas: Papel Social, 2016.

PERALTA, N. et al. Validez y confiabilidad del Índice de Capacidad para el Trabajo en trabajadores del primer nivel de atención de salud en Argentina. *Salud Colectiva, Lanús*, 8(2): 163-173, 2012.

PEREIRA, C. R. A. Subjetividade e trabalho no contexto da exploração moderna. *Cadernos Saúde Coletiva*, 6(1): 25-36, 1998.

PERES, F. et al. Design of risk communication strategies based on risk perception among farmers exposed to pesticides in Rio de Janeiro State, Brazil. *American Journal of Industrial Medicine*, 56: 77-89, 2013.

PINHEIRO, R. M. *Fiocruz Saudável: análise das ações de saúde do trabalhador na Fiocruz, através da avaliação de um programa institucional*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

PORTO, M. F. S. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 829-839, 2005.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117): 36-49, 2008.

RIBEIRO-SILVA, F.; UZIEL, A. P.; ROTENBERG, L. Mulher, tempo e trabalho: o cotidiano de mulheres comissárias de voo. *Psicologia e Sociedade*, 26(2): 472-482, 2014.

RICART, S. L. S. I. *Avaliação e Controle de Ações Ergonômicas no Serviço Público Federal: o caso da Fiocruz - RJ*, 2011. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ROBAINA, C. M. V.; PINHEIRO, R. M. S. Saúde mental e trabalho nas particularidades do serviço público. *Advir*, 33: 36-46, 2015.

RODRIGUES-CARVALHO, C.; SOUZA, S. M. F. Marcadores de estresse ocupacional (MEO): ferramentas para reconstrução de padrões de atividade física em populações pré-históricas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 13(2): 339-349, 2005.

ROSA, P. L. F. S. et al. Percepção da duração do sono e da fadiga entre trabalhadores de enfermagem. *Revista de Enfermagem Uerj*, 15(1): 100-106, 2007.

ROTENBERG, L. et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3): 639- 649, 2001.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 151-164, 2001.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15: 2.345-2.354, 2010.

SÁ, P. M. et al. Early diagnosis of respiratory abnormalities in asbestos-exposed workers by the forced oscillation technique. *Plos One*, 11: e0161981, 2016.

SANTANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9: 223-244, 2011.

- SANTOS, G. B. Trabalho docente: a cristalização de uma metáfora. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(3): 565-580, 2015.
- SCALCO, G. P. C. et al. Occupational stress and self-perceived oral health in Brazilian adults: a Pro-Saude study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18: 2.069-2.074, 2013.
- SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Revista de Saúde Pública*, 45(6): 1.117-1.126, 2011.
- SILVA, J. A. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(3): 508-516, 2009.
- SILVA, P. M. C.; SOUZA, K. R.; TEIXEIRA, L. R. Política de desprecarização do trabalho em saúde em uma instituição federal de C&T: a experiência de professores e pesquisadores. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(1): 95-116, 2017.
- SILVA JUNIOR, S. H. A. et al. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6): 1.077-1.087, 2011.
- SILVEIRA, L. C.; GUILAM, M. C. R.; OLIVEIRA, S. R. Psicodinâmica do trabalho na medicina nuclear com o iodo-131. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18: 3.169-3.174, 2013.
- SOUZA, E. R. et al. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23: 105-114, 2007.
- SOUZA, K. R.; ROZEMBERG, B. As macropolíticas educacionais e a micropolítica de gestão escolar: repercussões na saúde dos trabalhadores. *Educação e Pesquisa*, 39(2): 433-447, 2013.
- SOUZA, K. R.; BONFATTI, R. J.; SANTOS, M. B. M. Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2): 261-282, 2015.
- SOUZA, K. R. et al. A trajetória do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (Sepe-RJ) na luta pela saúde no trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4): 1057-1068, 2003.
- SOUZA, K. R. et al. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. *Saúde em Debate*, 41: 254-263, 2017. Edição especial.
- TAMBELLINI, A. T. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978a.
- TAMBELLINI, A. T. O trabalho e a doença. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978b.
- TAMBELLINI, A. T. Projeto de pesquisa: Avaliação das condições de trabalho no campus do Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1985. (Mimeo.).
- TAMBELLINI, A. T. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE DOS TRABALHADORES, I, Brasília, 1986. Rio de Janeiro: Abrasco, Cesteh/Ensp/Fiocruz, 1986. (Mimeo.).

TAMBELLINI, A. T. Cesteh: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Cesteh, 1988. (Mimeo.).

TAMBELLINI, A. T. Relatório final do Inquérito epidemiológico das condições de saúde dos funcionários da Fiocruz e seus familiares. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Cesteh, 1989. (Mimeo.).

TAMBELLINI, A. T. Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente. *Por uma Rede de Trabalho, Saúde e Modos de Vida no Brasil*, 2(1-2): 12-16, 1996.

TAMBELLINI, A. T. Desafios teóricos na relação Produção, Ambiente e Saúde. In: PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Problemas Ambientais e Vulnerabilidade: abordagens integradoras para o campo da Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TAMBELLINI, A. T. Reflexões sobre o controle de processos saúde-doença. Palestra apresentada no Curso de Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos em DST\ HIV-Aids. Brasília, 2004.

TAMBELLINI, A. T.; MIRANDA, A. C. Saúde e ambiente. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. 2. reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, 2014.

TAMBELLINI, A. T.; ALMEIDA, M. G.; CÂMARA, V. M. Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. *Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da Uerj*, 11(32): 21-37, 2013.

TAMBELLINI, A. T. et. al. A Abrasco nos anos de chumbo: a Comissão da Verdade no campo da saúde pública. In: TRINDADE, N.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. (Orgs.). *Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2015.

VASCONCELOS, L. P. Relatório dos trabalhos de assessoria ao desenvolvimento da “Educação em Saúde” no Fio-Sast. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. (Mimeo.).

VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Direitos humanos e saúde no trabalho. *Saúde e Direitos Humanos*, 4: 1-20, 2007.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6): 1.591-1.600, 2013.

WERNERSBACH, L.; FIGUEIREDO, A. E. B.; SOUZA, E. R. Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18: 633-644, 2013.

APÊNDICE

1ª Semana do Trabalhador na Fiocruz



Foto Mariza Almeida, 1986

*Comemoração pelos 10 anos do Cesteh
Sergio Arouca, Carlos Minayo e Paulo Sabroza*



Foto Mariza Almeida, dez. 1995

Inauguração Fiosat

Sergio Arouca, Arnaldo Lassance, Mitz Barros, Mariza Moura, Luis Sérgio



Foto Cid Saião, 29 jan. 1987

Inauguração do antigo prédio do Cesteh

*Anamaria Tambellini, coordenadora do Cesteh, Paulo Buss, diretor da Ensp,
Luiz Augusto Galvão, vice-coordenador do Cesteh*



*Oficina preparatória do documento institucional
em saúde do trabalhador*



Damas CCI

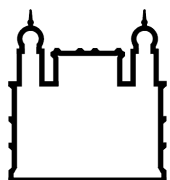


Ano 2016

A coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade inaugura a

SÉRIE FIOCRUZ — DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

e foi elaborada pela Vice-Presidência de Ambiente,
Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Avenida Brasil, 4.365 - Manguinhos
21.040-360 - Rio de Janeiro, RJ
Tel: (21) 2598-4242
Home page: www.fiocruz.br