

“Produção do conhecimento em Saúde Coletiva: um olhar a partir da Saúde do Trabalhador”

por

Maria Cristina Strausz

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam

Rio de Janeiro, maio de 2014.

Esta tese, intitulada

“Produção do conhecimento em Saúde Coletiva: um olhar a partir da Saúde do Trabalhador”

apresentada por

Maria Cristina Strausz

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz

Prof.^a Dr.^a Silvana Rubano Barretto Turci

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Prof.^a Dr.^a Katia Reis de Souza

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 26 de maio de 2014.

Catlogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

S912 Strausz, Maria Cristina

Produção do conhecimento em saúde coletiva: um olhar a partir da saúde do trabalhador. / Maria Cristina Strausz. -- 2014.

102 f. ; graf.

Orientador: Guilam, Maria Cristina Rodrigues

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde do trabalhador. 2. Saúde Pública. 3. Publicações de Divulgação Científica. 4. Saúde Coletiva. I. Título.

Dedico essa tese, que se tornou mais uma filha que entrego ao mundo depois de uma longa gestação, a seus “irmãos” Leon, Amanda e Caio, e a Marcelo, meu companheiro de todas as horas, que como tal a viram nascer e crescer, torceram por seu sucesso, enciumaram-se em alguns momentos e que hoje comemoram seu florescer.

Agradecimentos

Agradeço à Vida, como e por quem me foi dada, com todos os desafios que me trouxeram a este momento.

Agradeço àquela sem a qual esta tese não seria possível, minha orientadora e amiga Cristina Guilam.

Agradeço àquela que foi incentivadora desde o primeiro momento, Katia Reis e aos colegas, amigos e companheiros do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da ENSP/FIOCRUZ, pelo incentivo e acolhida.

Agradeço ao bolsista de iniciação científica Alcione Basílio pela preciosa colaboração.

Agradeço aos colegas da Turma 2010 de Doutorado em Saúde Pública da ENSP pela relação solidária que se estabeleceu entre nós.

Agradeço muito a Anamaria Tambellini, Carlos Minayo, Elizabeth Dias, Francisco Lacaz, Herval Ribeiro, Jorge Machado, Lia Giraldo, Letícia Nobre, Luiz Galvão e Vilma Santana, pelo prazer que me concederam ao entrevista-los além de sua disponibilidade e generosidade de dedicarem algum tempo para colocar sua reflexão, muitas vezes de toda uma vida, a serviço desta tese.

RESUMO:

A pesquisa tem como objetivo geral questionar a possibilidade de distinguir a configuração e a dinâmica da Saúde do Trabalhador dentro do campo da Saúde Coletiva a partir da sua produção científica no período de 1998 a 2009 e da visão de seus agentes históricos. Seus objetivos específicos são: (1) realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a produção científica em Saúde do Trabalhador, relacionando-a aos programas de pós-graduação; (2) especificar, a partir da produção científica em Saúde do Trabalhador, os elementos que configuram o campo de conhecimento da Saúde Coletiva, através da identificação das disciplinas, categorias profissionais, temas e abordagens utilizadas. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, baseado em pesquisa bibliográfica e entrevistas. Está dividido em duas etapas complementares: a primeira trata-se de pesquisa sobre o estado da arte da produção científica em Saúde do Trabalhador no interior dos programas de saúde coletiva, tendo como ponto de partida os Cadernos de Indicadores da CAPES. A segunda etapa discute a configuração da área temática Saúde do Trabalhador a partir de entrevistas com estudiosos do campo. Os sujeitos das entrevistas foram os agentes históricos da área considerados informantes-chave. O critério de seleção dos entrevistados obedeceu ao método bola de neve (snow-ball), onde cada entrevistado indicou novos informantes dotados de capital simbólico. Os entrevistados assinaram um termo de compromisso livre e esclarecido, onde concordaram com os termos da pesquisa, bem como com a sua identificação. Foi utilizada a análise do discurso como técnica analítica do material de campo. O estudo conclui que a saúde do trabalhador configura um sistema complexo que aplica e produz conhecimento científico, buscando atender as demandas dos serviços de saúde bem como dos movimentos sociais.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, saúde coletiva, produção científica, campo científico

Abstract

The research aims to describe and analyze the dynamic configuration of Worker's Health within the field of Public Health, from its scientific production in the period 1998-2009 and vision of its historical agents. Its specific objectives are: (1) conduct a literature search on the scientific production in Worker's Health, relating it to the graduate programs; (2) specify, based on the scientific production in Worker's Health, the elements that constitute the field of knowledge of Public Health, through the identification of disciplines, professional categories, themes and approaches adopted. It is a qualitative study, based on literature research and interviews. It is divided into two complementary stages: first it is the research on the state of the art scientific production in Worker's Health within the collective health programs, taking as its starting point the Indicators Notebooks of CAPES. The second step discussed setting the thematic area of Worker's Health from interviews with scholars from this field. The subjects of the interviews were historical agents from the area considered key informants. The selection criterion of respondents followed the snow ball method, where each new informants interviewed indicated endowed with symbolic capital. Respondents signed a free and informed, which agreed to the terms of the research commitment as well as their identification. The study finds that Health's Worker sets up a complex system that produces and applies scientific knowledge, seeking to meet the demands of health services as well as social movements.

Key-words: workers health, public health, cientific prodution, cientific field

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Assistência Primária em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEREST	Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CESTEH	Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CIST	Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CNSTT	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CONASP	Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social
CONSEST	Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIEESE	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas Econômicas
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat
GEISAT	Grupo Executivo Intersectorial de Saúde do trabalhador
GT_ST	Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador da ABRASCO
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MP	Mestrado Profissional
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
P&D/S	Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde
PPG	Programa de pós-graduação
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SC	Saúde Coletiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	11
1.1. A produção científica em saúde coletiva	15
1.2. A área temática saúde do trabalhador dentro do campo da saúde coletiva	18
2. Referencial teórico	20
3. Revisão da literatura	25
3.1. Histórico da saúde do trabalhador no SUS	25
3.2. O estado da arte da produção científica em saúde do trabalhador a partir das publicações sobre a produção científica em saúde coletiva	40
4. Percurso metodológico	53
5. Resultados e discussão	60
5.1. A pesquisa bibliográfica	60
5.2. As entrevistas	67
5. Considerações finais	82
6. Referências	84
7. Anexo 1: Roteiro de entrevista	94
8. Anexo 2: Quadro 3 – Temas	95
9. Anexo 3: Quadro 4 – Quadro resumo dos artigos	96
10. Anexo 4: Quadro 5 – Principais autores	102

1. INTRODUÇÃO

Minha primeira aproximação com os estudos das relações trabalho e saúde se deu durante minha formação como Enfermeira do Trabalho (1990), quando também conheci professores que me apresentaram uma outra perspectiva sobre esta questão, indicando ao curso da ENSP de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana no qual titulei-me no ano seguinte. Esta formação me abriu os olhos para a atuação do Estado e da sociedade, através de suas representações (sindicatos). Como presidente do Centro de Estudos da unidade de saúde municipal na qual trabalhava na época, lá introduzi esta temática. Depois aproximei-me dos movimentos reivindicatórios da saúde e integrei o movimento sindical como Diretora de Negociação e Acordo Coletivo do Sindicato dos Enfermeiros do RJ (1993-1997) e representante da CUT no Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador - CONSEST no mesmo período. Atuei como técnica em Saúde do Trabalhador do NUSAT/SMS-RJ (1998-2008), tendo me afastado entre 1999-2001 para o mestrado da ENSP (2001) na sub-área Saúde, Trabalho e Ambiente. Minha dissertação de mestrado teve como objeto a análise de um acidente de contaminação ambiental na Biblioteca Central de Manguinhos e seus reflexos na saúde dos trabalhadores daquele local.

Assessorei a Coordenação de Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ (1995-2003), na implantação dos Núcleos de Saúde do Trabalhador do campus RJ, do IFF, de Far-manguinhos e dos regionais de Recife, Salvador e Belo Horizonte, bem como na implementação dos exames periódicos na instituição e na vigilância dos acidentes de trabalho. Em 2003 até 2007 coordenei o Núcleo de Informação em Saúde do Trabalhador - NIST/CST/FIOCRUZ, para a construção de um sistema informatizado para a vigilância em saúde do trabalhador e ambiente da Fiocruz (RISTA). Seu primeiro módulo de notificação de acidentes, foi implantado e produzimos indicadores importantes para decisões gerenciais relativas ao ambiente da Fiocruz, como recuperação de calçadas, treinamento de fiscais de contratos de obras para questões relativas a segurança dos trabalhadores, ações conjuntas com os núcleos de biossegurança, entre outras.

Em 2008, agora como servidora da instituição lotada na Vice-direção de Pós-graduação da ENSP/FIOCRUZ (2008-2012), passei a conhecer todas as dificuldades que envolvem o ensino e a produção científica da escola e particularmente aquelas vivenciadas por docentes do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, que não são diferentes de outros programas de Saúde Coletiva, bem como o sistema de avaliação oficial e seus conflitos, credenciamento de docentes, seleção de alunos, sistema de premiação e concessão de bolsas, elaboração de projetos de cursos na modalidade mestrado profissional, entre outras tantas atividades. Enfim, uma realidade bastante diversa do que já vivenciara como docente de cursos de especialização em Enfermagem do Trabalho (UERJ e São Camilo) e de Saúde do Trabalhador presencial e EAD (ENSP).

Toda esta apresentação se fez necessária para embasar meu interesse neste estudo, que originou-se de algumas inquietações. A primeira sobre a pertinência do uso do termo “campo científico” em referência à área de Saúde do Trabalhador. O termo “campo da saúde do trabalhador” é usado largamente por esta área de relações de produção do conhecimento com movimentos sociais e serviços de saúde. A segunda se trata da referência da saúde do trabalhador como um campo em construção, apesar dos seus trinta anos de existência.

A questão da saúde dos trabalhadores foi um dos elementos históricos do surgimento da concepção moderna de Saúde Pública.

A saúde surge como tema sociológico de destaque ao final da Segunda Guerra Mundial, quando significantes verbas foram destinadas às pesquisas sócio-médicas. (NUNES, 2006)

No Brasil, o surgimento de uma área específica de Saúde do Trabalhador (ST) tem origem no Movimento da Reforma Sanitária ocorrido a partir dos anos 1970, que mobilizou profissionais de saúde engajados no movimento político e recolocou em evidência questões sociais como causas de doenças decorrentes da miséria, como as parasitoses, diarreia, malária, etc. Com a emergência dos movimentos sociais nos anos 70 a 80, principalmente dos trabalhadores, parte desses profissionais migrou para os departamentos de saúde dos sindicatos, abrindo caminho para a afirmação da Saúde do Trabalhador (ST) como área de produção de conhecimento.

Esse movimento surgiu simultaneamente, à constituição da Saúde Coletiva (SC) no Brasil como uma diferenciação em relação tanto à saúde pública como à medicina preventiva, a partir de uma aproximação com as ciências sociais. Birman (2005) afirma “*que o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde, atribuindo ênfase à dimensão histórica e aos valores sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte.*” (BIRMAN, 2005)

Os primeiros programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil datam dos anos 70 e foram marcados pela proposta de estudar a organização social das práticas de saúde e o processo saúde-doença como processos históricos. O primeiro debate sobre a necessidade de um modelo alternativo para a Medicina Social foi promovido em 1972 pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em Cuenca - Equador. Mas a consolidação dos campos da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais em Saúde se deu na década posterior, com o incremento das agências de fomento à pesquisa de pós-graduação. (NUNES, 2006)

A Saúde do Trabalhador (ST) surgiu como área de investigação no âmbito da Saúde Coletiva a partir do questionamento do modelo biomédico pela Medicina Social latino-americana, da sua aproximação com as Ciências Sociais e com o movimento operário italiano dos anos 60, sob forte influência marxista. Este campo de investigação apresentou-se como contraponto à saúde ocupacional, aliando o saber operário e a categoria *processo de trabalho* como diferenciais para os estudos da área.

A incorporação das Ciências Sociais foi o salto qualitativo que permitiu apreender a complexidade das questões relativas à saúde dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 2003). O conceito marxista de *processo de trabalho* é apropriado como categoria explicativa central do desgaste dos trabalhadores, que inclui também a subjetividade dos atores envolvidos (LAURELL, 1985). Este conceito configura o marco definidor do que se denomina campo da Saúde do Trabalhador na concepção de seus autores (MENDES e DIAS, 1991; LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 2003; LACAZ, 2007). Trata-se de uma concepção que pressupõe uma visão ambiental, que também incorpora a dimensão social e histórica do processo saúde-doença, ultrapassando os limites dos locais de trabalho. Como tal, foi contemplado no documento-base da I Conferência Nacional de

Saúde do Trabalhador em 1986, a partir da contribuição dos primeiros formuladores do campo (TAMBELLINI *et al.*, 1986).

Em relação à configuração do campo, Lacaz afirma que:

“(...) Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais.(...)Enquanto campo de práticas e de saberes, a Saúde do Trabalhador constitui-se por três vetores: a produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública e o movimento dos trabalhadores.” (LACAZ, 2007)

Ou seja, a ST emerge dos movimentos político e social, inserindo-se na rede pública de saúde apoiada pela produção acadêmica. Neste sentido, o campo da ST pressupõe um corpo de práticas e teorias interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais no interior da saúde coletiva. (MINAYO GOMEZ, 2011)

Nesse estudo formulamos a seguinte questão: a produção científica em Saúde do Trabalhador, para além do capital simbólico dos seus agentes (pesquisadores e instituições), seria relevante o suficiente para caracterizar um campo dentro do campo da Saúde Coletiva?

Para responder a esta questão esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a configuração e a dinâmica da Saúde do Trabalhador dentro do campo da Saúde Coletiva, a partir da sua produção científica no período de 1998 a 2009 e da visão de seus agentes históricos. Seus objetivos específicos são: (1) realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a produção científica em Saúde do Trabalhador, relacionando-a aos programas de pós-graduação; (2) especificar, a partir da produção científica em Saúde do Trabalhador, os elementos que configuram o campo de conhecimento da Saúde Coletiva, através da identificação das disciplinas, categorias profissionais, temas e abordagens utilizadas.

1.1. A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE COLETIVA:

Produção científica é aquela publicada em livros e periódicos científicos e submetida a avaliação por pares. No Brasil, o sistema de avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES – é o órgão oficial avaliador desta produção. Cada área do conhecimento é representada por docentes de instituições de ensino e pesquisa. A CAPES é um dos órgãos que compõe o Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia.

As políticas brasileiras de Ciência & Tecnologia nos últimos sessenta anos construíram um sistema que, segundo o censo de 2004 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), possuía quase 20.000 grupos de pesquisa e mais de 75.000 pesquisadores ativos. Essas políticas levaram o Brasil da 27ª posição em produção de artigos científicos em 1981 (0,4% da produção mundial) para a 18ª posição em 2001 (1,4% da produção mundial) e para a 13ª posição em 2008 (2,12% da produção mundial). (GUIMARÃES, 2006; MINAYO, 2010a)

O crescimento da pós-graduação no Brasil se deu a partir dos anos 50, com a criação da Campanha de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), hoje Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Pesquisas, hoje Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O I Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) de 1974 estimulou a produção científica, a capacitação docente e a distribuição dos programas de pós-graduação em outras as regiões do país, para além do eixo Rio-São Paulo. Recomendava a elevação dos padrões dos cursos, a fim de transformar as universidades em verdadeiros “*centros de atividades criativas permanentes*” (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Porém, apesar daquela diretiva, quase quarenta depois, o

sistema nacional de pós-graduação no Brasil ainda não tem capilaridade suficiente para cobrir satisfatoriamente todas as suas regiões, permanecendo concentrado nos estados do sudeste, sul e, mais recentemente, o nordeste.

A partir dos anos setenta, iniciou-se a instalação dos primeiros cursos de pós-graduação *strictu sensu* em saúde pública, todos como pós-graduações médicas, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. A incorporação das Ciências Sociais nas escolas médicas no mesmo período inaugura a medicina social no Brasil (NUNES, 2008), sendo que durante os anos 90 houve a consolidação do ensino das Ciências Sociais nos cursos de pós-graduação em saúde pública e saúde coletiva e nos cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia e implantação de alguns conteúdos ou disciplinas nos cursos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. (MARSIGLIA *et al.*, 2003).

Em 1978, os docentes da área começaram a amadurecer ideia da criação de uma entidade que congregasse os cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, que foi discutida em dois fóruns: no I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia e na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da OPAS/ALAESP, realizada em Ribeirão Preto. A partir deste processo, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO - em 27 em setembro de 1979, na I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na área de Saúde Coletiva, realizada em Brasília e promovida pelos Ministérios da Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana de Saúde. (MINAYO, 2010a), (PAIM; TEIXEIRA, 2006), (LIMA; SANTANA, 2006)

A ABRASCO tem como missão "*Apoiar indivíduos e instituições ocupados com ensino pós-graduado, pesquisa, cooperação e prestação de serviços em Saúde Pública/Coletiva, objetivando a ampliação da qualificação profissional para o*

enfrentamento dos problemas de saúde da população brasileira". Foi criada com foco na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos para a saúde e passa a protagonizar o movimento político pela saúde na transição dos anos 80-90. Desde então e ao longo destes mais de 30 anos, a ABRASCO participou ativamente nos fóruns de Ciência e Tecnologia e no Conselho Nacional de Saúde, construindo espaços de negociação e influenciando na formulação e no monitoramento das políticas públicas em saúde e em ciência e tecnologia em saúde. (LIMA; SANTANA, 2006)

Hoje, a pós-graduação em Saúde Coletiva se encontra distribuída em todas as regiões do país, com menor concentração na região Norte. Porém, esforços têm sido realizados para corrigir esta carência, como a realização de doutorados interinstitucionais (DINTER) e em associação entre programas, para a formação de mão-de-obra qualificada e de alto nível, além de outras estratégias, como pesquisas multicêntricas ou plurinstitucionais, favorecendo a coligação entre os pesquisadores daquelas regiões menos favorecidas e os sêniores dos programas mais qualificados.

A área de SC possuía até 2013, 54 programas e 78 cursos, respondendo por 11% dos programas e cursos da grande área da Saúde.

Diversos autores apontam para o crescimento da produção científica no Brasil e especialmente na área de Saúde Coletiva (SC), fato este demonstrado com o incremento da sua participação na base de dados ISI de 4.056 artigos em 2007 para 12.508 em 2008, passando a ocupar o 23º lugar no ranking dos 30 países mais produtivos no campo da Saúde (GUIMARÃES, LOURENÇO e COSAC, 2001; PEREIRA, 2006; MINAYO, 2010a; VIACAVA, 2010; TURCI, GUILAM e CÂMARA, 2010; NUNES *et al.*, 2010).

1.2. A ÁREA TEMÁTICA SAÚDE DO TRABALHADOR DENTRO DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

O campo da saúde do trabalhador é uma construção social, fruto das lutas operárias dos anos 70 e 80 e, no Brasil, do Movimento da Reforma Sanitária. Embora contemplado na Constituição Federal de 1988, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – sua institucionalização foi lenta, por interferir em interesses e disputas políticas. Até que ponto podemos afirmar que a Saúde do Trabalhador se configura como um campo científico ou como uma área do conhecimento? Até que esta questão esteja suficientemente clara, vamos tratá-la (a ST) como uma área do conhecimento.

De acordo com a configuração interdisciplinar da área, sua produção científica é divulgada através dos periódicos do campo da saúde coletiva, bem como das áreas biomédicas e das revistas setoriais das diversas disciplinas que compõe o campo da ST, como enfermagem, psicologia, ergonomia, engenharia de produção, sociologia, entre muitas outras. Há uma grande produção científica em livros editados por editoras universitárias e outras que possuem conselho editorial, porém esta produção não será analisada nesta pesquisa.

Como área do conhecimento, a Saúde do Trabalhador foi institucionalizada no âmbito da pós-graduação em Saúde Coletiva, com formação crescente de especialistas, mestres e doutores. Seus estudos buscam compreender o processo saúde-doença a partir da investigação do processo de trabalho como processo social, que privilegia a subjetividade dos atores envolvidos.

Após 30 anos da formação do GT de Saúde do Trabalhador da ABRASCO e 25 anos de formação acadêmica na área, estes agentes encontram-se em diversos espaços sociais e acadêmicos. Somente a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, que acolhe desde 1985 o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), formou neste período cerca de 1500 especialistas e 150 mestres e doutores. Esses egressos exercem suas atividades no Sistema Único de Saúde, quer na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, quer nas demais instâncias dos SUS, bem como nas instituições de ensino e pesquisa, retroalimentando a formação na área e incrementando sua produção científica.

Os estudos sobre a produção científica permitem compreender a configuração de uma determinada área do conhecimento, bem como sua evolução enquanto ciência. Os estudos sobre a produção científica em Saúde do Trabalhador são escassos, embora importantes para o acompanhamento da evolução deste campo disciplinar. Há uma vasta bibliografia sobre a produção científica do campo da Saúde Coletiva porém poucos estudos sobre a produção científica em Saúde do Trabalhador (LACAZ, 1997; CANESQUI, 2003; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 2003; BARROS, 2006; MENDES, 2003; FREITAS, 2005; NUNES, 2006; (SANTANA, 2006; VIACAVA, 2010; CANESQUI, 2010; NUNES, FERRETO e BARROS, 2010; MINAYO, 2010b; LUZ e MATTOS, 2010; TURCI, GUILAM e CÂMARA, 2010; LOYOLA, CORRÊA e GUIMARÃES, 2010; HORTALE *et al.*, 2010; CAMARGO JR *et al.*, 2010).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O campo científico torna-se objeto da sociologia a partir dos anos 70, com os trabalhos de Kuhn, Merton e Bourdier, entre outros.

A ideia de matriz disciplinar ou paradigma desenvolvida por Kuhn nos mostra como os elementos sociais podem estruturar o conhecimento científico, uma vez que a pesquisa será influenciada por suas lentes e interesses (KUHN, 1991).

Fourez explicita em sua obra como o esforço científico está permanentemente relacionado a um projeto humano, portanto criativo. Afirma que a pesquisa histórica mostra que a ciência é um empreendimento humano, contingenciado a elementos psicológicos e sociológicos, feito por humanos e para humanos. Coloca a ciência moderna como uma instituição histórica, que, a partir da ruptura com o meio religioso da Idade Média, vincula-se à burguesia que a desenvolveu como uma forma específica de conhecimento do Ocidente. Esta ideologia burguesa, calcada no progresso e no controle do meio ambiente, foi um instrumento intelectual para suplantando a aristocracia e dominar o planeta de forma política, colonial e militar(FOUREZ, 1995).

Merton inaugura uma sociologia da comunidade científica, jogando foco sobre as recompensas, retribuições, comunicações, relações sociais, métodos de avaliações de projetos. Os sociólogos queriam compreender os usos e costumes dos investigadores, suas ambições, as maneiras de se organizar, de competir, etc. (MERTON, 1973 apud FOUREZ, 1995).

Na mesma direção que Merton, Pierre Bourdieu desenvolve o conceito de campo, que torna-se central na sua obra e que o define como “o espaço onde dominantes e dominados lutam pela manutenção e obtenção de determinados postos”. Os campos possuem características específicas, bem como generalizações. O campo científico segue a mesma regra, como num jogo no qual os agentes disputam o poder. É constituído por agentes (indivíduos, grupos, laboratórios) e instituições, que lutam pela hegemonia que concede o poder de ditar as regras e de repartir seu capital específico. Sua estrutura é definida pela distribuição do capital (científico) entre seus agentes num dado momento. Bourdieu não diferencia *campo* de *subcampo*, sendo que este deve conter as principais características do campo originário. Assim sendo, há um campo da Ciência, bem como o campo da Educação, da Comunicação, entre outros estudados por Bourdieu (BOURDIEU, 1983; BOURDIEU, 2004).

O campo científico possui propriedades específicas, como todo campo de lutas e de forças. Trata-se de um espaço relativamente autônomo, um microcosmo dotado de leis próprias; é um mundo social relativamente independente das pressões do mundo social global que o envolve, pois quanto mais autônomo for um campo, maior seu poder de refração às pressões externas.

O capital científico é um tipo particular de capital simbólico, que é aquele fundado em conhecimento e reconhecimento, um tipo de crédito. O acúmulo de capital científico se dá através do reconhecimento dos seus pares concorrentes, quer seja a partir de prêmios, do volume de publicações e de citações, quer seja pela conquista de espaços sociais, como cargos importantes em instituições legitimadas pelo campo. Porém, o campo científico não se resume à soma do capital individual dos seus pares concorrentes. Outro componente fundamental são as instituições que o legitimam, como por exemplo, as instituições de ensino e pesquisa e as instituições de fomento

à pesquisa, entre outras. A estrutura de um campo é definida pela distribuição do capital (científico) entre os agentes engajados no campo num dado momento. (BOURDIEU, 2004; BOURDIEU, 2008).

Ele define campo como um sistema estruturado de relações objetivas e de forças, dotado de uma lógica específica e capaz de impô-la aos agente que nele atuam. É o que chama de sentido do jogo. Cada campo possui valores específicos e configuram um tipo de capital que lhe confere legitimidade, por exemplo o campo da ciência, da religião, da poesia, da educação, da comunicação, entre outros (BOURDIEU, 2008, p. 52).

O conceito de *habitus* também é central para Bourdieu. O *habitus* é um conjunto socializado de práticas e de práticas teóricas, que se transformam em um corpo estruturante e estruturado, composto por disposições adquiridas, individual e coletivamente, cuja função é o de distinção entre os campos.

O modo de produção científica supõe um modo de percepção e a maneira para adquirir esta visão é de operar empiricamente ou de observar o modo como este conjunto de percepções é aplicado. O *habitus* científico é um *modus operandi*, como uma espécie de sentido de jogo. Dentro do campo científico há uma oposição epistemológica que representa uma oposição constitutiva da divisão de trabalho científico: o par teoria-metodologia, pois somente em função de um conjunto de pressupostos teóricos é que um dado empírico pode funcionar como código. (BOURDIEU, 1989).

Nessa direção, Gomez questiona até que ponto o campo da ST conseguiu criar *habitus*, que seria um grau satisfatório de coesão teórica e de práticas tanto na formulação e implementação de políticas, nas ações de vigilância, na produção

científica, na visão teórica, nas propostas de transformação e de lutas (MINAYO GOMEZ, 2011).

Pretendemos aqui desvelar se a ST identifica-se com os atributos que Bourdieu nos traz para a caracterização de campo científico. Podemos afirmar que o campo das relações entre saúde e trabalho, quando estudado sob o arcabouço metodológico e epistemológico da Saúde Coletiva, é denominado *Saúde do Trabalhador (ST)*. Pode ser visto, ainda, como um subcampo do campo de conhecimentos da relação trabalho e saúde, como indica Minayo-Gomez (MINAYO GOMEZ, 2011), disputando espaço com a Saúde Ocupacional e com as outras áreas de conhecimento que estudam as relações da saúde com o trabalho (medicina, enfermagem, psicologia, sociologia, ergonomia, engenharia de produção, direito, toxicologia, economia etc). A relação saúde e trabalho é objeto de estudos de diversas disciplinas e a saúde do trabalhador se apropriaria dos conhecimentos produzidos por tais disciplinas, interpretando-os à luz da Saúde Coletiva.

A Figura 1 abaixo ilustra os componentes do campo científico:



Desta forma observamos que o campo científico é um espaço de disputa interna por posições ou sua manutenção, formado por *agentes*, a saber: docentes, pesquisadores, grupos de pesquisa, laboratórios, redes de pesquisa, etc., que são dotados de *capital simbólico* dado por reconhecimento de trajetória profissional, notório saber, prêmios, publicações, entre outros, além de *instituições* como: universidades, centros de pesquisa, fundações de fomento e financiamento à pesquisas, periódicos científicos, instâncias de avaliação de sua produção, etc.

O campo científico se distingue dos demais campos, como o da Educação, o da Religião, o das Artes, o da Comunicação, entre outros, por possuir *habitus* próprio e da sua forma particular de aquisição de capital simbólico.

Dentro do campo científico localizam-se diversos sub-campos onde as características do campo se reproduzem.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

3.1.1. Direito à Saúde no Brasil

No Brasil, até 1988, a assistência à saúde era um benefício para os contribuintes da Previdência Social, um serviço prestado pelo setor privado ou, ainda como uma forma de assistência prestada por instituições filantrópicas, como as Santa Casas. Em termos objetivos, a política do Estado brasileiro para a saúde era oferecida, individualmente, de forma compensatória, para os beneficiários da Previdência Social ou, coletivamente, por meio de campanhas e programas específicos para controle de doenças endêmicas. (BRASIL, 2005)

A estrutura de atenção à saúde existente desde final do século XIX, através das Caixas de Assistência, foi unificada no governo Vargas, que criou a estrutura previdenciária dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) por categorias de trabalhadores, com a participação das empresas e dos trabalhadores, representados por seus sindicatos na sua administração. Esses institutos possuíam volumosos recursos e proviam a assistência médica por meio de hospitais próprios. Porém, aos poucos, o Estado passou a influenciar cada vez mais a administração previdenciária, inclusive nomeando seus presidentes. O seu controle, inclusive o financeiro, foi transferido ao Estado. A concessão de benefícios passou a obedecer a critérios cada vez mais rígidos; e seus valores foram reduzidos. Esses vultuosos recursos acumulados, sob o controle do Estado, foram destinados ao processo de industrialização brasileiro. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001, p. 30)

Até o final da década de 1950, a assistência médica previdenciária não era importante, mas passou a consumir recursos cada vez mais significativos, devido à industrialização e novas formas de adoecimento. Esse sistema tornou-se deficitário no início dos anos 60 e, em 1967, o governo militar unificou os IAP no Instituto

Nacional de Previdência Social – INPS, excluindo os trabalhadores e empregadores da sua gestão. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001, p. 31)

Esse modelo de atenção à saúde, também chamado de modelo médico-assistencial privatista, persistiu hegemônico dos anos 60 até meados dos anos 80. Grande parte da população foi excluída e isso se refletiu nos altos índices de mortalidade infantil, perinatal, materna e por acidentes de trabalho; e na baixa capacidade diagnóstica e de registro de doenças relacionadas ao trabalho. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001)

3.1.2. A Reforma Sanitária Brasileira

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira emergiu na confluência dos movimentos sociais que levaram à redemocratização do país nos anos 70/80. Nesse processo, surgiu também uma nova concepção de Saúde Pública e de saúde do trabalhador.

Pode-se considerar assim que o novo projeto para a saúde pública brasileira foi também resultante de acontecimentos políticos mais amplos como o movimento de oposição sindical dos anos 70 e 80, do movimento das *Diretas Já* e da *Assembleia Nacional Constituinte* e, finalmente, da promulgação da Constituição Cidadã em 1988, com a conquista do direito universal à saúde e a criação do SUS. (BRASIL, 2004)

O Movimento de Reforma Sanitária foi gestado, ainda nos anos 70, nos Departamentos de Medicina Comunitária das universidades brasileiras, influenciado pela Conferência de Alma Ata e pela ideia de Atenção Primária à Saúde (APS). Fez surgir diversas experiências de serviços regionalizados, além de trazer o protagonismo da estrutura municipal de saúde como uma nova concepção de atenção à saúde. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001)

No início dos anos 80, o governo lançou o Plano CONASP (Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), que, na prática, transferiam recursos da Previdência às prefeituras, mediante pagamento por serviços prestados. As AIS possibilitaram o fortalecimento da rede básica ambulatorial, chegando a cobrir cerca de 2.500

municípios. Em 1987, sob a influência das demandas do movimento de Reforma Sanitária e da 8ª CNS, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS nos estados, o que passava a concentrar poder e recursos nas secretarias estaduais de saúde. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, aprovou o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, levado à Assembleia Nacional Constituinte e que finalmente imprimiu no texto Constitucional o direito à Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS e a sua atribuição sobre a saúde do trabalhador. Estas foram as primeiras conquistas para a consolidação da área no âmbito da Saúde Coletiva e a institucionalização de suas ações no sistema de saúde brasileiro.

3.1.3. A Saúde do Trabalhador

A preocupação com a relação trabalho, ambiente e saúde está colocada desde a antiguidade, sendo que observações e estudos de maior ou menor relevância vêm sendo realizados desde então.

Segundo Rozen (1983), Hipócrates já demonstrava uma certa preocupação com a relação entre o ambiente e a saúde no seu tratado “Ares, Águas e Lugares”.

Ainda na antiguidade, a relação entre trabalho e saúde é observada empiricamente. Um relato em papiro egípcio associava ocupação e saúde e comentava sobre a vida difícil das pessoas; ou ainda nos escritos hipocráticos e de outros pensadores da época, embora os médicos da antiguidade clássica não estivessem interessados na saúde dos trabalhadores manuais.

A industrialização na Europa gerou a migração da população do campo para as cidades em busca de trabalho e os problemas daí decorrentes provocaram o nascimento da Medicina Social e da Saúde Pública, intervindo na organização social e do trabalho. A revolução industrial trouxe uma nova tecnologia de produção, mas o ambiente insalubre no interior das fábricas juntamente com a exploração exaustiva da força de trabalho colocava em risco sua reprodução. Vêm desta época as primeiras regulações sobre a jornada de trabalho de crianças e gestantes e o controle da força

de trabalho a partir da inserção do médico no interior das fábricas. (FOUCAULT; MACHADO, 1982)

Pode-se dizer que, desde esta época, as políticas de saúde estão vinculadas à reprodução da força de trabalho e aos impactos dos processos produtivos sobre as populações e a vida nas cidades. Desta forma, é possível afirmar que uma das primeiras (senão a primeira) preocupações da medicina social foi o impacto do processo produtivo sobre a saúde da população.

O final do século XIX foi rico em estudos e pesquisas no campo da medicina do trabalho. Esses estudos foram elaborados em países de capitalismo avançado, onde a industrialização já deixava profundas marcas no corpo dos trabalhadores e evoluíram passo a passo com a medicina social (ROSEN, 1994).

A relação saúde-trabalho se constituiu como objeto de preocupações especialmente entre os séculos XVIII e XIX. Esta preocupação foi intensificada no século XIX a partir dos movimentos reivindicatórios da classe. Já no século XX, a preocupação com a dimensão social e política dos problemas ambientais ocorreu a partir do crescimento dos movimentos contestatórios e ambientalistas entre os anos 60 e 70. Esse movimento chegou ao Brasil no processo de redemocratização do país, no final dos anos 70.

Como define Lacaz, Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, surge e se desenvolve a partir da Saúde Coletiva, a fim de conhecer e intervir nas relações sociais de trabalho com ênfase no processo saúde-doença. A Saúde do Trabalhador surge do movimento social contrapondo-se à Saúde Ocupacional (SO) e as relações de poder que as conformam. (LACAZ, 2007)

A Organização Internacional do Trabalho – OIT – definiu em 1950 a SO como uma abordagem que incorpora práticas e conhecimentos da clínica, da medicina preventiva e da epidemiologia clássica para a análise das doenças e acidentes de trabalho. Em 1983 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publicou o documento “Programa de ação em saúde dos trabalhadores”, orientando a implantação de programas na rede pública de saúde. Seguindo esta linha, a OIT (1985) adotou a "Recomendação sobre os serviços de saúde no trabalho", cujas principais características são o princípio da ampla participação dos trabalhadores, a

atuação em equipes multiprofissionais e sua implementação, fundamentalmente, a partir de políticas públicas (MINAYO-GOMEZ, 2012).

Nesta direção, o fortalecimento dos movimentos sociais no Brasil provocou a criação de programas e centros de referência em saúde do trabalhador, com ampla participação dos trabalhadores organizados na sua gestão.

3.1.4. Os atores sociais

A conformação do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil sofreu influência direta do movimento sindical e suas reivindicações por melhores condições de trabalho e de saúde. Lacaz relata que houve processo de acumulação de forças a partir do final dos anos 70, protagonizado pelo Movimento Sindical, que o fez assumir a questão das relações entre trabalho e saúde como campo de luta. Isto ocorreu a partir de duas estratégias: articulando-se internamente de maneira supra-partidária e intersindical e externamente, numa aliança com setores intelectuais médios, criando um organismo que passa a desenvolver o papel de verdadeiro "intelectual orgânico". (LACAZ, 1994)

Assim foi criado em 1980 o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT. Este passou a instrumentalizar as reivindicações do movimento sindical a respeito da organização do trabalho, da política previdenciária, melhores serviços de saúde, prevenção de acidentes de trabalho, doenças e mortes decorrentes das condições de trabalho e seus ambientes. Até hoje, o DIESAT conta com um conselho científico, formado por professores universitários e especialistas em Saúde do Trabalhador, que o assessora na análise dos temas da área e propõe ações e políticas sindicais. Entre os muitos serviços prestados pelo DIESAT, está a elaboração de pesquisas, estudos, cursos de formação, publicações e assessoria técnica de qualidade. Essa entidade teve um papel fundamental na discussão a respeito do rompimento do assistencialismo sindical, na utilização de novas metodologias de investigação de acidentes de trabalho e avaliação de saúde, com ênfase no processo de trabalho e na incorporação do saber operário. (LACAZ, 2007; DIESAT, 2011)

Os estudos sindicais sobre amianto, benzeno e sílica deram início à aliança entre profissionais de saúde e trabalhadores nos anos 80. O movimento sindical influenciou fortemente a criação do Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, com a participação sindical na sua gestão. Foi o primeiro de uma série de Programas de Saúde do Trabalhador (PST) criados no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e posteriormente em outros estados a partir de 1985. (LACAZ, 2007)

Um dos parceiros de primeira hora da construção da saúde do trabalhador foi a ABRASCO, que já em 1984 organizou a primeira reunião científica em Campos do Jordão, na qual se deram importantes discussões na busca de um ordenamento das questões que já assinalavam, a partir dos Serviços de Saúde, a efervescência da emergência do campo. Esta reunião pode ser considerada como embrião do seu Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador. O GT_ST da ABRASCO tem desde então papel importante na construção de políticas de ST, a partir de parcerias com o Ministério da Saúde e, mais recentemente com a Revista Brasileira de Saúde Ocupacional da FUNDACENTRO. (LACAZ, *et al.*, 2013) Esta última não deve ser esquecida como instituição de pesquisa associada ao Ministério do Trabalho, que tem apoiado a construção da ST.

A criação dos PST a partir da aliança entre trabalhadores e profissionais de saúde foi determinante para a realização da 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador, como deliberado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. (LACAZ, 2007)

Um dos pontos em comum entre os PST foi a intensa participação do movimento sindical que, aliado aos profissionais de saúde, participava do planejamento e possuía acesso ao interior das empresas nas ações conjuntas de vigilância. Também foram atores importantes na organização e priorização das demandas para os PST. No estado do Rio de Janeiro, foi formado o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST), que contava com a participação paritária de sindicatos e técnicos de Saúde do Trabalhador. Mais tarde, a concepção institucionalizada de controle social, apesar de representar um avanço na gestão de recursos do SUS, se tornou um campo de disputa de interesses na estrutura governamental de saúde. O movimento sindical, que era legitimado como controle social ligado aos PST, passou a disputar espaço dentro dos conselhos municipais e estaduais de saúde, com outros movimentos sociais, como organizações de bairros,

associações de profissionais e de outros interesses ligados à saúde. Mais tarde, a criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) propiciou a reaproximação entre os sindicatos e os PST, porém já em outro momento histórico.

3.1.5. A introdução da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de saúde

Desde os anos 80 já vinham sendo adotados diversos modelos de atenção à ST, de acordo com a história de cada PST, alguns com ênfase nas ações de vigilância (como no caso do Rio de Janeiro) e outros com ênfase na organização de serviços assistenciais associados ou não a ações de vigilância e outros, ainda, com ênfase na organização do sistema de informações.

Segundo Gonçalves e Dias a respeito da implementação das ações de ST na rede de serviços do SUS,

“torna-se necessário considerar que trata-se de um processo sócio-político e técnico ainda em construção, iniciado sob a forma de ações isoladas, implementadas a partir de alianças solidárias entre técnicos dos serviços públicos de saúde e de hospitais universitários, da fiscalização do trabalho e da previdência social e de sindicatos de trabalhadores em alguns estados e municípios brasileiros, conformando os PST”.
(GONÇALVES; DIAS, 2009)

Após a regulamentação das ações na Lei Orgânica da Saúde em 1990, suas ações foram institucionalizadas nas três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal.

Dentre elas destacamos a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990):

Artigo 6:

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de

trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Diversas universidades e o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH) da Escola Nacional de Saúde Pública tiveram e ainda têm papel importante como formadores de recursos humanos para a área, por meio de cursos de aperfeiçoamento, especialização (presencial e à distância), mestrado (acadêmico e profissional) e doutorado. Também participaram ativamente na formação de uma rede de referência de serviços especializados e de produção de conhecimento na área. A rede de referência, nome dado anteriormente à rede sentinela, dava conta do diagnóstico e tratamento de patologias como pneumoconioses, dermatoses ocupacionais, toxicologia, Lesões por Esforços Repetitivos, Perdas Auditivas Induzidas por Ruído e transtornos mentais relacionados ao trabalho, entre outras.

Outros atores importantes para a construção do campo foram aqueles profissionais com o olhar privilegiado para a concepção de Saúde do Trabalhador ligados ao INSS, Fundacentro e Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, entre outros, que se aliaram ao setor saúde, configurando experiências intersetoriais pontuais e não institucionalizadas. Afinal, historicamente as ações de fiscalização do trabalho e assistência médica eram atribuições do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, respectivamente. Portanto, o conflito de poder existente não foi superado pela redação da Carta Magna de 88, embora a Lei Orgânica da Saúde tenha regulamentado exaustivamente as atribuições do SUS para as relações trabalho e saúde.

A área técnica de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde sempre teve um papel relevante ao normatizar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, a partir da publicação de políticas e manuais, protocolos e normas técnicas, sempre de forma pactuada e participativa.

Nos anos 90 a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde - COSAT/MS - passou a investir em capacitação técnica para as ações de vigilância e na atenção básica. Já em 1991 lançou a primeira proposta de um plano de trabalho de saúde do trabalhador do SUS, privilegiando a organização das ações nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), ainda calcados nas ações de assistência, além de capacitação e articulação com o controle social. Instrumentalizou

a rede de atenção com a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e um Manual de Procedimentos de Saúde do Trabalhador (2001), além de formar um conjunto de indicadores de ST para integrar a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e elaborar uma proposta de política para o setor (2004). (DIAS; HOEFEL, 2005)

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador foram formados como unidades de saúde dotadas de especialistas na área de saúde do trabalhador (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas) que atuavam no diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, nas ações de vigilância em ST, incluindo a elaboração de laudos e encaminhamento à Previdência Social. Eram polos importantes para a produção de conhecimento, relacionando-se com as universidades e centros de pesquisas em maior ou menor grau.

Apesar de todos os esforços, os PST e os CRST viveram de avanços e retrocessos, muito influenciados por conjunturas econômicas, políticas e eleitorais, principalmente no nível municipal. Nos anos 90 o retrocesso dos movimentos sociais em geral e, particularmente o sindical, em decorrência da recessão econômica com ênfase na reestruturação produtiva (leia-se demissões em massa), retirou de cena o seu principal interessado, ou seja, os trabalhadores organizados, que trocou sua bandeira de lutas pela garantia de estabilidade, mesmo que temporária, no emprego. Como consequência da perda do poder de barganha do movimento sindical, o Estado imprimiu mudanças estruturais que incluíram a perda de direitos previdenciários e trabalhistas conquistados historicamente.

Neste período, quando a globalização introduziu a informatização dos processos de trabalho, grandes categorias de trabalhadores, como a dos bancários, sofreram uma drástica redução de postos de trabalho, não compensados em outras atividades econômicas formais. Também na indústria e em todos os setores da economia a reestruturação produtiva dos anos 90 ceifou milhares de postos de trabalho, gerando a desmobilização dos trabalhadores através do desemprego estrutural. Segundo Costa & Tambellini, o desemprego dobrou na década, os salários reais caíram, os empregos formais desabaram e os informais escalaram. Por isso, os anos 90 são entendidos como regressivos na história recente do mercado de trabalho brasileiro. (COSTA; TAMBELLINI, 2009)

Desta forma, os PST/CRST passam a ter como clientela uma massa de trabalhadores desempregados que foram arrastados para o setor informal da economia após venderem sua saúde em troca da subsistência temporária. Segundo Dias e Hoefel *“As relações de solidariedade e cooperação no cotidiano do trabalho, essenciais para a saúde e segurança dos trabalhadores, são substituídas pela competição predatória, socialmente valorizada e estimulada pelos meios de comunicação.”*(DIAS; HOEFEL, 2005)

3.1.6. A criação da RENAST

Em 2002 é criada a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores - RENAST - através da Portaria 1.679, como uma estratégia para a institucionalização das ações de ST no SUS, através do financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), destinado ao custeio das ações e serviços de saúde. A organização e estruturação da rede em Centros de Referência Estaduais e Regionais com recursos disponíveis para a infraestrutura e capacitação, a partir de um plano de trabalho detalhado, trouxe um incremento na capacidade instalada e na formação de pessoal para a área. A Portaria 2437 de dezembro de 2005 amplia e fortalece o papel da RENAST, através da qualificação da atenção numa perspectiva de transversalidade baseada na integralidade e intersetorialidade, que se articulam num sistema de informação. Isso significa que as questões de ST devem permear todas as áreas de atenção à saúde. (GONÇALVES; DIAS, 2009)

As Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, publicadas na Portaria GM 399 de fevereiro de 2006 privilegiaram a Atenção Básica como porta de entrada no sistema de saúde. A assimilação da saúde do trabalhador pela Atenção Básica é estratégica para que se alcance a população excluída do mercado formal de trabalho. (GONÇALVES; DIAS, 2009)

Este acervo legal e normativo dentro da PNST/2004 alavancou os investimentos na criação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, além do fortalecimento dos CEREST já existentes. Foram capacitados profissionais de saúde, que foram absorvidos na forma de concurso público ou ainda outras formas de contratação.

Às vésperas da realização da 3ª CNST em 2005, Dias e Hoefel avaliaram o momento em que estava a RENAST: em primeiro lugar, a lógica de organização regional dos CRST não correspondia à lógica de municipalização do SUS; a não efetivação da articulação intra-setorial; confusão de atribuições das coordenações estaduais e municipais de ST; falta de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação; despreparo dos profissionais de saúde da rede assistencial e insuficiência do controle social; desvio de recursos para outras finalidades; ênfase na assistência em detrimento da vigilância e finalmente dificuldades nas relações intersetoriais. A Portaria 2728/2009, revogou a 2437/2005, dá um novo detalhamento das atribuições das três esferas de governos que compõem o SUS, baseada nos pactos Pela Saúde, Pela Vida e de Gestão do SUS e procurou corrigir algumas dessas distorções identificadas não só pela área técnica, como por gestores da ST no SUS. Em 2014 será realizada a 4ª CNSTT cujo eixo principal é a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Neste ano, portanto, nova avaliação sobre os avanços e desafios da Saúde do Trabalhador será realizada. (DIAS; HOEFEL, 2005)

Em 2011 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde publicou a portaria que institui no âmbito do SUS as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS elaborada por um comitê nacional formado com esta finalidade. Este comitê foi composto por representantes

dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e gestores. Esta política tem como objeto os trabalhadores de saúde do SUS e está em consonância com a Política Nacional de Humanização e com a Política Nacional de Promoção da Saúde, porém até os dias de hoje não foi publicada a Política propriamente dita. (BRASIL, 2004; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; BRASIL, 2006)

3.1.6. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Após mais de vinte anos de formulações e de construção coletiva, se considerarmos o primeiro documento formulado para a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador de 1986, entre muitas idas e vindas, finalmente em 2012 foi publicada a PNSTT, fruto de amplo processo participativo.

Nobre recupera parte deste processo:

“O primeiro documento de uma política nacional de saúde do trabalhador foi construído entre 1999-2000 por grupo de trabalho constituído pelo Ministério da Saúde. Foi apresentado e discutido em seminário público realizado na Câmara de Deputados no início de 2001 (NOBRE, 2011). O principal questionamento feito pelas representações sociais e institucionais presentes foi se havia vontade política para a implantação da proposta. Ficou demonstrado que não. Com a argumentação de que deveria ter um plano de aplicação de recursos financeiros, o que evidentemente era necessário, mas que não foi providenciado, o Ministério da Saúde engavetou a proposta. Somente em 2004, já no Governo Lula, a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde retoma internamente o documento da PNST de 2001 e elabora nova proposta, que acaba sendo substituída pelo processo então em andamento no GEISAT desde sua reativação em 2003.” (NOBRE, 2013)

Ela veio atender aos anseios da área de ST, a partir de diretrizes sólidas para sua implementação, que visam a articulação entre:

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

Chama a atenção para a necessidade de mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. (BRASIL, 2012)

Assim, PNSTT enfatiza a Vigilância em Saúde do Trabalhador em todos os seus aspectos, inclusive na inserção do controle social como instrumento de vigilância, de ação e de intervenção, por parte dos segmentos organizados da sociedade sobre as ações do Estado (MINAYO-GOMEZ, 2012).

3.2. O ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR A PARTIR DAS PUBLICAÇÕES SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE COLETIVA

O campo da Saúde Coletiva e sua produção científica em tem sido estudados por diversos autores da área. Aqui destacamos a contribuição do objeto *trabalho* nestes estudos.

Luz e Mattos, ao apresentarem os resultados de uma avaliação qualitativa sobre a expansão da área da Saúde Coletiva a partir da produção dos anais dos congressos trienais de Saúde Coletiva, realizados entre 1997 e 2006 pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, referem que *Trabalho* é uma das 25 áreas de pesquisa e intervenção que surgiram, ou que mais se expandiram nos dez anos da pesquisa. (LUZ; MATTOS, 2010)

Ambiente e Trabalho

Freitas discute a incorporação do tema Ambiente na área de Saúde Coletiva a partir da sua produção científica, tomando como fonte quatro revistas da área: Cadernos de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva, Informe Epidemiológico do SUS e Revista de Saúde Pública. Foram identificados 115 textos no período de 1992 a 2002, onde se observou uma produção científica sem regularidade ou mesmo tendência gradual de aumento ao longo dos anos. Ao analisar o emprego das palavras-chave, verificou-se que dentre as que possuíram pelo menos cinco citações, os termos *exposição ocupacional*, *saúde ocupacional* e *saúde do trabalhador* respondem por 20% das citações embora, ao analisar os problemas ambientais objetos de investigação, encontramos que apenas quatro são relativos à categoria *condições de trabalho*. Já entre os grupos populacionais incluídos nos estudos, o mais frequente (12 textos) foi o de *trabalhadores* (rurais, industriais e em serviços bancários e de saneamento ou vítimas de acidentes de trabalho notificados). Em outro estudo do mesmo autor, desta vez sobre a incorporação do tema ambiente nas ciências sociais, demonstra como o tema é distribuído nos grupos de pesquisa credenciados

pelo CNPq. Foram identificados 42 grupos de pesquisa identificados como pertencentes à área predominante de SC. Ressaltamos que cinco grupos de pesquisa em ambiente nomeiam sua relação com a categoria trabalho, nas seguintes instituições: CIP, UFRGS, UFRJ, UFPB e UFPA, o que não quer dizer que os demais não utilizam o processo produtivo como determinante de problemas ambientais. (FREITAS, 2003; FREITAS, 2005)

O financiamento às pesquisas e a cooperação internacional em saúde do trabalhador

Em análise sobre os investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento (P&D/S) no período entre 2000 e 2002, Caetano e colaboradores apontaram que a sub-agenda *Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança* recebeu 6,9% do total de recursos, representando o sexto maior percentual entre todas as 24 sub-agendas. A estratificação quanto à natureza das pesquisas demonstra maior concentração de pesquisas aplicadas. O total de recursos aplicados no país em P&D/S no período corresponde a 1,5% dos gastos nacionais em saúde, o que está abaixo dos 2% recomendados pela *Commission on Health Research for Development* e pela OMS. (CAETANO *et al.*, 2010)

Em seu estudo sobre a cooperação internacional presente nos programas de pós-graduação em saúde coletiva no período de 1998 a 2006, a partir dos Cadernos de Indicadores da CAPES, Loyola e colaboradores destacam a relevância do tema *saúde do trabalhador*. Nas pesquisas apoiadas por fundações, destacam-se temas como *saúde do trabalhador e gênero e saúde reprodutiva*, indicando a participação relevante da Fundação Ford. Nas parcerias com os institutos de pesquisa internacionais, os temas são mais bem distribuídos, com destaque para temas como *AIDS, gestão em saúde e saúde do trabalhador*, DIP e epidemiologia das doenças crônicas. O estudo destaca ainda que, na área de Saúde Coletiva, a CAPES mantém vinte Programas Especiais, sobretudo com países da Europa - Alemanha (15%); Espanha, Holanda e Portugal (10%, respectivamente) e França (5%) e com países da América Latina - (Argentina 35%) e Cuba (5%) e Estados Unidos (10%). Tais programas abrangem os temas mais tradicionais da Saúde Coletiva, sendo que o tema *saúde do trabalhador* é objeto em apenas 5% dos programas (LOYOLA, CORRÊA e GUIMARÃES, 2010).

A oferta de disciplinas identificadas com o tema saúde do trabalhador na pós-graduação em Saúde Coletiva

Um estudo sobre a pesquisa epidemiológica no Brasil de Guimarães e colaboradores, revelou que o tema *saúde do trabalhador e epidemiologia ambiental* representava 10,8% das linhas de pesquisa cadastradas em 2000. (GUIMARÃES, LOURENÇO e COSAC, 2001)

Marsiglia e colaboradores apresentaram um estudo sobre a produção intelectual a partir das disciplinas de pós-graduação das ciências sociais e humanas tendo como objeto a saúde, durante os anos 90 e nos anos de 2000 e 2001 em São Paulo. Embora não se refira a programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, consideramos oportuna a citação do referido trabalho devido à grande interlocução entre as áreas. As instituições estudadas foram a Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. Foram identificadas 258 teses e dissertações, classificadas de acordo com: instituição de ensino, ano de conclusão, nível de pós-graduação, disciplinas, temáticas abordadas e orientadores. Destacamos entre as temáticas que os "temas emergentes" apareceram em quarto lugar nas áreas de ciências sociais e humanas e, dentre estes, principalmente os referentes às relações entre saúde e trabalho e qualidade de vida e ambiente. Refere ainda que os temas de saúde, como redução de riscos e saúde do trabalhador, entre outros, estão entre os mais trazidos pelos candidatos aos cursos de pós-graduação em Ciências Sociais e Humanas. (MARSIGLIA *et al.*, 2003)

Nunes e colaboradores estudam o campo da saúde coletiva na perspectiva das disciplinas que compõem os seus programas de pós-graduação, ressaltando que este campo é inter, multi e trans disciplinar. O estudo utilizou os Cadernos de Indicadores da Capes para o ano de 2006. Foram mapeadas 46 disciplinas da área *saúde do trabalhador*, representando 3,9% do total de 1171 disciplinas distribuídas em 29 campos disciplinares ou áreas do conhecimento. Saúde do Trabalhador aparece como

o oitavo campo disciplinar mais frequente, atrás de Epidemiologia (16%), Didática (7,9%), Ciências Sociais e Humanas em Saúde (7,9%), Sistemas e Serviços de Saúde (7,4%), Ambiente e Saúde (7,2%), Políticas de Saúde (6,3%) e Metodologia da Pesquisa (4,6%). Os autores ainda apontam para outras possibilidades analíticas para as disciplinas, quando fica clara a interdisciplinaridade da SC e mais especificamente a transversalidade da saúde do trabalhador, destacando que pode estar inserida nas seguintes categorias: categorias macro analíticas (tratando-se de políticas de saúde, globalização e reestruturação produtiva, entre outras); categorias conceituais (conceito de risco, etc); estudos qualitativos (estudos sobre subjetividade, métodos qualitativos); estudos epidemiológicos (aspectos teóricos, metodológicos e específicos); estudos ambientalistas (metodologias de análises em saúde e ambiente, legislação, riscos químicos, biossegurança, toxicologia, vigilância, etc.); metodológicos (estratégias e fundamento de investigação, etc.); interdisciplinaridade (trabalho/educação/ ambiente/saúde); referentes à saúde mental (relações com trabalho); trabalho (acidentes, riscos ocupacionais, doenças, fatores psicossociais, ergonomia, saúde do trabalhador, etc.). (NUNES *et al.*, 2010)

A produção científica em Saúde Coletiva e a Saúde do Trabalhador

Em sua investigação sobre o modelo de comunicação científica em saúde pública na América Latina e Caribe a partir de uma revisão na Lilacs para o período de 1980 a 2002, Macías-Chapula apresenta a distribuição temática dos 25 descritores mais utilizados, onde *saúde do trabalhador* não é apontado, embora esteja presente no DeCS, da Biblioteca Virtual em Saúde. O descritor utilizado pelo autor é *saúde ocupacional*, que aparece em décimo segundo lugar na Argentina, décimo quinto lugar no Brasil e em vigésimo quinto lugar na Venezuela. O autor provavelmente considerou que o descritor mais adequado para o período estudado fosse *saúde ocupacional*, uma vez que o termo *saúde do trabalhador* só se consolida enquanto descritor a partir do final dos anos 90. (MACÍAS-CHAPULA, 2005)

Turci e colaboradores apontam que os trabalhos de cunho epidemiológico respondem por 40% das publicações científicas em Saúde Coletiva e 55% das publicações em revistas internacionais da área. Podemos perceber, portanto, que os estudos epidemiológicos são hegemônicos, enquanto os estudos teóricos, os decorrentes de experiências de implantação de políticas setoriais de saúde e outros estudos qualitativos ainda possuem menor espaço nas revistas de circulação internacional da área. Esta é uma das questões que provoca a insatisfação dos pesquisadores mais identificados com as Ciências Sociais em Saúde e aqueles cujas pesquisas são decorrentes da aproximação com os movimentos sociais, como a saúde do trabalhador. No mesmo artigo, ao analisarem a produção científica em epidemiologia em revistas Qualis Internacional, no período de 1998 a 2006 quanto à temática, demonstraram que *saúde do trabalhador* representa o quinto lugar em frequência de artigos epidemiológicos. (TURCI, GUILAM e CÂMARA, 2010)

Pereira em uma pesquisa sobre os 40 anos da Revista de Saúde Pública (1967 a 2005), utilizou uma classificação temática em 11 categorias, baseada no *MeSH Major Topics* do Pub Med. Nesta base de dados, a Revista de Saúde Pública é classificada no campo *Public, Environmental & Occupational Health*. Dentre os temas desse campo, verificou-se um aumento proporcional dos temas *saúde ocupacional* e os *estudos sociais* e os temas *ecologia e meio ambiente* com aumento regular nos

últimos anos. Destacamos que os estudos sobre a saúde dos trabalhadores podem também estar inseridos em outros temas apontados, como *vigilância; políticas e administração em saúde; mortalidade e morbidade*. (PEREIRA, 2006)

Barata, em artigo sobre o desempenho de dois periódicos importantes para a difusão da produção científica em saúde coletiva (Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública), constatou que: “*As áreas disciplinares ou temáticas dos 50 artigos mais acessados foram: saúde e trabalho (50%), epidemiologia (22%) e saúde ambiental (8%), para os artigos publicados nos Cadernos de Saúde Pública. As áreas disciplinares ou temas predominantes nos artigos mais acessados na Revista de Saúde Pública foram: organização de serviços de saúde (22%), nutrição (22%), saúde e trabalho (18%), epidemiologia (12%) e saúde ambiental (12%)*”. Este artigo demonstra a importância da temática ST para as principais revistas da área, bem como o acolhimento destas revistas para artigos de referência para o campo da ST. (BARATA, 2007)

Canesqui analisa a produção intelectual das ciências sociais e humanas em saúde a partir de 498 artigos e resenhas de livros selecionados em oito periódicos de Saúde Coletiva (Ciência & Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Physis, Revista de Saúde Pública, Interface, Saúde e Sociedade e História, Ciências, Saúde – Manguinhos), no período de 1997 a 2007. Os artigos foram apresentados segundo suas abordagens teóricas e metodológicas, sendo classificados em oito categorias. Evidenciamos a transversalidade dos estudos das relações trabalho-saúde através de sua pertinência aos seguintes temas: (1) *Análise da política de saúde* – aonde aparecem os estudos que mostram a influência do marxismo na análise das relações de poder, do processo de acumulação e dos interesses da reprodução geral e da força de trabalho; (2) *Políticas dirigidas à atenção de enfermidades e segmentos populacionais*: nos estudos sob este tema a autora conclui que as análises sobre saúde do trabalhador apontam o retrocesso e ausência de diretrizes de ação, necessidade de novas pesquisas considerando os efeitos da globalização, da precarização do trabalho e do desemprego. Esses estudos apresentam análises compreensivas que superam a influência das teorias deterministas sobre a questão do trabalho e da saúde. (3) *Relações entre os setores públicos e privados*, aonde alguns trabalhos discutem o impacto do desemprego e da precarização do trabalho na saúde. (4) *Saúde e doença* - os estudos deram ênfase às análises do processo de

trabalho e doença, aos nexos entre biológico e social, aos padrões de determinação (causalidade) e aos limites dos modelos epidemiológicos; (5) *Trabalho, saúde e doença*: neste tema destaca-se as tendências de uso de teorias compreensivas nos estudos em saúde do trabalhador, assim como abordagens da psicologia e da psicodinâmica sobre os impactos da reestruturação produtiva na subjetividade; refere o incremento dos estudos de gênero e trabalho e chama atenção para a ausência de pesquisas sobre câncer, saúde mental e as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, sob a ótica das ciências sociais; (6) *Recursos humanos, profissões de saúde e formação*– dentro desse tema dá-se ênfase aos estudos sobre as profissões de saúde, onde são focalizadas as análises do processo de trabalho e os estudos históricos. (CANESQUI, 2010)

A produção científica em saúde do trabalhador a partir do olhar de seus pesquisadores

Saúde do Trabalhador, além de estar consolidado como uma área produtora de conhecimentos específico na saúde coletiva, é também, um tema transversal que está presente nas investigações do seu tripé temático (Epidemiologia, Ciências Sociais e Planejamento) e nos diversos temas ou sub-campos da área, como gênero, doenças infecto-parasitárias (DIP), profissões em saúde, violência, saúde ambiental.

A produção científica da área de saúde do trabalhador toma rumos diversos no decorrer do tempo, influenciada pela maior ou menor aproximação dos movimentos sociais, bem como pelo fomento para a área. Minayo-Gomez e Lacaz, colocam em debate a questão do enfraquecimento e pouca capacidade de pressão dos movimentos sociais e dos trabalhadores, evidenciando a falta de qualificação das demandas. Ao discorrerem sobre as lacunas e contribuições dos estudos acadêmicos, reconhecem a tendência crescente da produção científica na área, acompanhando a tendência da produção científica geral no país, particularmente a partir dos anos 90. Porém, a fragmentação/dispersão da produção científica da área é destacada como um dos fatores prejudiciais na colaboração entre a academia e a sociedade. Os autores apontam como um dos motivos a falta de abertura de editais nas agências de fomento que visam impulsionar censos específicos, pesquisas contextualizadas e

interdisciplinares e estudos de problemas cruciais ainda pouco abordados no campo da Saúde do Trabalhador. (GOMEZ; LACAZ, 2005)

Em artigo de revisão bibliográfica sobre a influência das ciências sociais na relação trabalho-saúde, no período de aproximadamente uma década, a partir de 1990, Minayo-Gomez e Thedim-Costa destacam as abordagens compreensivas e as questões de gênero como contribuições para a caracterização da saúde do trabalhador como campo de conhecimento e de intervenção, como também para a análise da política e das práticas das instituições públicas. Foi realizada uma busca de artigos de periódicos indexados e de dissertações e teses de pós-graduação, a partir do banco de dissertações e teses da CAPES e do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia - IBICT; da Bireme e do Scielo. Revelou-se a predominância de estudos das temáticas específicas e determinadas categorias de trabalhadores, sobre as abordagens totalizadoras. Apontam avanços na produção do conhecimento, apesar da carência significativa de investigações sobre segmentos da população trabalhadora que apresentam maior vulnerabilidade social. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003)

Mendes, em seu estudo pioneiro sobre a produção acadêmica de teses e dissertações sobre saúde e trabalho entre 1950 e 2002, utilizando para busca no LILACS e no portal Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), encontrou 860 trabalhos. Trata-se de estudo que extrapola o campo da saúde coletiva, mas é relevante para o acompanhamento temático dos estudos sobre a relação trabalho-saúde. Foi publicado pela Revista Brasileira de Medicina do Trabalho na forma de listagens com título, nome do autor, ano de defesa e instituição, sem tratamento estatístico ou outra categorização mais sistematizada. (MENDES, 2003)

Estudo de Santana sobre a produção acadêmica em Saúde do Trabalhador entre 1970 e 2004 encontrou 1025 teses e dissertações elaboradas por pesquisadores brasileiros em cursos de pós-graduação no país ou no exterior, presentes nas bases de dados LILACS e no portal Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Este estudo utilizou em sua pesquisa os termos *saúde do trabalhador*, *ergonomia*, *higiene ocupacional*, *toxicologia* e *saúde ocupacional*. Nele, mostrou uma tendência de crescimento geométrico da produção acadêmica, com fator aproximadamente igual a 4 a cada década. A autora chama a atenção ainda para o

crescimento do número de diretórios de pesquisa cadastrados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com linhas de pesquisa sobre a saúde do trabalhador no período 2000-2004. Este dado demonstra, segundo a autora, como a existência de linhas de pesquisa consolidadas, com professores e pesquisadores qualificados e com interesse na temática, é essencial para o aumento da quantidade e qualidade das teses e dissertações sobre saúde do trabalhador (SANTANA, 2006).

Strausz e Guilam (2009) identificaram 164 teses e 744 dissertações que utilizaram o termo “saúde do trabalhador” como *assunto* no Banco de Teses do Portal CAPES, no período de 1987 a 2007. A distribuição temporal mostra que este termo aparece pela primeira vez em 1992 e se consolida como descritor do campo a partir de 1996, apresentando tendência crescente até 2007. (STRAUSZ; GUILAM, 2009)

Segundo Minayo-Gomez e Thedim Costa a introdução do instrumental das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva, a partir dos anos 90, modifica e amplia seus objetos de estudo, especialmente no que se refere à saúde do trabalhador. Este instrumental traz consigo todo um corpo de conceitos e categorias que se traduzem na criação de novas áreas de concentração especificamente em Saúde do Trabalhador ou mesmo em linhas de pesquisas inseridas nas demais áreas de concentração dos programas de pós-graduação. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003)

Os estudos de saúde do trabalhador no decorrer dos anos ampliaram seus objetos, por exemplo, no que diz respeito à abordagem ambiental, em que não só incorporou a dimensão social, como extrapolou os ambientes de trabalho até alcançar a dimensão macro-estrutural. Quanto às abordagens metodológicas, transita desde as abordagens quantitativas nos trabalhos de cunho epidemiológico, até as diversas abordagens qualitativas, utilizando-se do arcabouço metodológico das ciências sociais em saúde, por exemplo as abordagens compreensivas e estudos etnográficos, entre outros.

Os estudos de pesquisadores do campo da ST evidenciaram o crescimento do volume de publicações bem como o dos titulados como mestres e doutores nas últimas décadas. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 2003; MENDES, 2003; SANTANA, 2006; STRAUZ e GUILAM, 2009).

Enquanto tema nos estudos sobre a saúde coletiva, a saúde do trabalhador aparece com maior ou menor relevância nos seguintes estudos: GUIMARÃES, LOURENÇO e COSAC, 2001; MARSIGLIA *et al.*, 2003; FREITAS, 2003; FREITAS, 2005; MACÍAS-CHAPULA, 2005; PEREIRA, 2006; BARATA, 2007; LUZ e MATTOS, 2010; CAETANO *et al.*, 2010; LOYOLA, CORRÊA e GUIMARÃES, 2010; TURCI, GUILAM e CÂMARA, 2010.

Os estudos de (NUNES, 2006), (PEREIRA, 2006) e de (CANESQUI, 2010), sugerem que a ST, por sua transversalidade, pode permear as diversas categorias analíticas apresentadas, estando presente em diversas linhas de pesquisa e sendo objeto de centenas de projetos de pesquisa. (STRAUSZ; GUILAM, 2009)

Em um levantamento sobre as linhas de pesquisa em saúde do trabalhador em atividade em nove programas de pós-graduação em saúde coletiva avaliados com notas 5, 6 e 7 no triênio de 2004-2006, foram encontradas 49 linhas de pesquisa e 854 projetos em ST no período de 1998 a 2006. O estudo também demonstrou o crescimento constante no volume de titulados como mestres e doutores no período. (STRAUSZ; GUILAM, 2009)

Viacava (2010) analisou as principais características do processo de produção científica da área de Saúde Coletiva e as formas de difusão do conhecimento a partir da base de dados do sistema Coleta da CAPES para o período 1998-2006. Constatou que esta base ainda se ressentia de problemas de incompletude de vários campos imprescindíveis para uma definição das áreas temáticas da produção científica, como, por exemplo, palavras-chave (VIACAVA, 2010). Esta observação é muito importante, pois percebemos que não há uma definição mais precisa sobre a demarcação das áreas para fins de classificação da produção científica, o que na saúde coletiva se justifica pelo “borramento” de suas fronteiras, enquanto campo de estudos interdisciplinares. O sistema Coleta CAPES é o único que reflete a vinculação da produção científica aos programas de pós-graduação brasileiros, pois permite a migração da produção docente diretamente da Plataforma Lattes, do CNPq. As demais bases associam os pesquisadores apenas à sua instituição, mas não sua vinculação aos programas. Nos estudos sobre a produção científica, esse sistema é utilizado como ponto de partida para a busca de resumos e artigos completos nas bases bibliográficas. (TURCI, GUILAM e CÂMARA, 2010)

O termo *saúde do trabalhador* é referido de diversas formas nos estudos sobre a saúde coletiva. Ora está presente como *saúde do trabalhador*, ora oculto no *tema saúde ocupacional*, ou em outros termos semelhantes. Dependendo do período analisado, este fato pode ser compreendido como o não amadurecimento do termo como descritor, mas em outros casos parece que não há unanimidade dentro da área de saúde coletiva sobre o termo adequado para se referir à temática. Em alguns estudos epidemiológicos está presente no agrupamento *saúde do trabalhador e epidemiologia ambiental* (GUIMARÃES; LOURENÇO; COSAC, 2001); quando se trata da distribuição de investimentos do Ministério da Saúde em Pesquisa e Desenvolvimento aparece no agrupamento *Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança* (CAETANO *et al.*, 2010). O termo biossegurança é amplo o bastante para abranger desde estudos com material biológico geneticamente modificado para a agricultura transgênica, ou na pesquisa envolvendo seres humanos, como nos casos da pesquisa genômica, até os ambientes de trabalho, como no setor saúde. Como o artigo trata dos investimentos em P&D do MS, este agrupamento deve tratar da relação entre a saúde e o ambiente, a saúde e o trabalho e a saúde e a biossegurança. Portanto a sub-divisão desse item permitiria verificar os valores investidos em P&D na saúde do trabalhador.

Porém, se por um lado, o termo está consolidado como descritor nas bases de dados da América Latina e Caribe, ainda encontra-se resistência no seu uso, percebido pela preferência do termo *saúde ocupacional*. Este fato provavelmente se deve a que o termo *saúde do trabalhador*, quando traduzido para a língua inglesa é assumido como *occupational health* e menos frequentemente como *worker's health* o que torna a produção científica da área mais dificilmente identificada internacionalmente.

Da mesma forma os estudos de saúde do trabalhador não privilegiam as palavras-chave que os identifiquem dentro do campo na divulgação dos seus resultados de pesquisa em publicações qualificadas, o que dificulta seu reconhecimento nas bases de dados bibliográficos. Talvez a dispersão da produção científica em ST referida por Gomez e Lacaz seja provocada, entre outros fatores, pela não observação do uso de palavras-chave que associem os artigos com o campo, uma vez que a produção científica em saúde coletiva está concentrada em um número

pequeno de revistas qualificadas, embora distribuída em um número grande de publicações. (GOMEZ; LACAZ, 2005)

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento da pesquisa, após a aprovação no exame de qualificação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, tendo sido apreciado e aprovado em 04/07/2012, sob o Parecer CEP/ENSP nº 53129, CAA: 04580512.8.0000.5240.

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, baseado em pesquisa bibliográfica e entrevistas. Está dividido em duas etapas complementares: a primeira trata-se de pesquisa sobre o estado da arte da produção científica em Saúde do Trabalhador. As pesquisas sobre o estado da arte são definidas como de caráter bibliográfico, tendo como objetivo mapear e discutir uma determinada produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento e num determinado período de tempo. Procuram responder quais aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas as dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. Os estudos sobre a produção científica permitem compreender a configuração de uma determinada área do conhecimento, bem como sua evolução enquanto ciência. (FERREIRA, 2002)

4.1. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Em primeiro lugar foi realizado um estudo do tipo qualitativo, baseado em pesquisa bibliográfica, utilizando o sítio www.capes.gov.br. Foi acessada a grande área de *Ciências da Saúde* através do menu *Cursos recomendados e reconhecidos* e, dentro desta, a área de *Saúde Coletiva*. Trabalhou-se com o período de quatro triênios de avaliação, entre 1998 e 2009.

No ano de 2013 estavam credenciados pela CAPES 75 cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, sendo 32 mestrados profissionais e 43 doutorados e/ou mestrados acadêmicos. Como grande parte dos cursos de mestrado profissional são bastante recentes, inclusive os de saúde do trabalhador, e por possuir especificidades temáticas diversas, não foram incluídos na pesquisa, utilizando-se apenas os 42 programas de doutorado e/ou mestrado acadêmico. Deste universo foram excluídos os 12 programas iniciados a partir de 2007 que ainda não possuem avaliação trienal ou que não possuem uma média de um artigo por ano; e os 07 que apresentaram menos de dez artigos no período em estudo.

Trabalhamos, portanto, com 23 programas, distribuídos geograficamente em: 06 programas da região nordeste; 13 programas na região sudeste e 04 programas da região sul, dispostos no Quadro 4 em anexo.

Foram selecionados os artigos completos de docentes com produção em Saúde do Trabalhador a partir de sua vinculação aos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva. É preciso deixar claro que esta opção metodológica não esgota a totalidade dos artigos produzidos sob a temática ST, uma vez que alguns autores poderiam não estar credenciados em determinado período, e portanto, não fazendo parte do Relatório Capes.

Os artigos foram identificados pelo título na produção bibliográfica (PB) de docentes disponível no Cadernos de Indicadores da Capes, e a seguir acessados nas bases a partir dos Periódicos CAPES, nos sites das revistas e de universidades.

Alguns não foram encontrados nas bases e foram buscados através do Google, em bibliotecas físicas, ou ainda através de correspondência com seus autores. Ainda assim, devido ao largo período estudado, diversos periódicos não existem mais ou não se encontravam disponíveis por razões diversas e, por este motivo, estes artigos não foram incluídos no estudo. Quando não foi possível o acesso ao artigo completo utilizamos seu resumo. Quando o resumo se mostrou insuficiente para a classificação dos artigos, estes foram excluídos.

Os artigos foram dispostos em uma planilha em Excell e classificados segundo o PPG, ano de publicação, docentes, nº de autores, instituições participantes, nome do artigo, periódico, métodos utilizados, tipo de metodologia, vinculação às sub-áreas da Saúde Coletiva e temática.

A segunda etapa discutiu a configuração da área temática Saúde do Trabalhador a partir de entrevistas com agentes históricos do campo considerados informantes-chave. Segundo Bourdieu a estrutura de um campo é definida pela distribuição do capital (científico) entre os agentes engajados no campo num dado momento. O critério de seleção dos entrevistados obedeceu ao método bola de neve (snow-ball), onde cada entrevistado indicou novos informantes dotados de capital simbólico. Os entrevistados assinaram um termo de compromisso livre e esclarecido, onde concordaram com os termos da pesquisa, bem como com a sua identificação. Além disso obtiveram uma cópia gravada e/ou transcrita das mesmas. Trata-se de entrevistas semi-estruturadas, a partir de um roteiro com perguntas abertas, onde o entrevistado pode discorrer sobre a formação e evolução da área.

Como produto das entrevistas obtivemos um vasto material que, após transcrito, foi relido diversas vezes a fim de se buscar núcleos temáticos, convergências e divergências de pontos de vista, bem como referências teóricas subjacentes às falas e a seguir estudado obedecendo a técnica de análise do discurso (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Quanto ao local das entrevistas, as quatro primeiras foram realizadas durante o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre em novembro de 2012. As três seguintes foram realizadas nas dependências do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, no Rio de Janeiro e as três demais foram realizadas na residência ou trabalho dos entrevistados (uma no Rio de Janeiro, uma em São Paulo e a última em Salvador) no decorrer de 2013.

Como descrito anteriormente, os entrevistados foram escolhidos pelo método *snow-ball*, a partir da indicação de seus pares, obedecendo o critério de relevância para a construção da área. Muitos foram agentes históricos, alguns se destacam por sua produção bibliográfica e acadêmica, outros por sua inserção junto aos movimentos sociais ou aos serviços, outros, ainda por tudo isto e muito mais.

- ❖ Anamaria Testa Tambellini: médica sanitária, doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e pós-doutorado pela Università Degli Studi da Perugia. Foi fundadora e coordenadora do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH). Foi coordenadora da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental da Secretaria de Vigilância Sanitária (CGVAM/SVS/VSA/MS) e diretora do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva (atual IESC) da UFRJ por duas vezes, tendo sido também coordenadora do seu Programa de Pós-graduação *strito sensu*. Autora e organizadora de livros e parecerista científica. Membro da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária da ABRASCO. Membro do GT Saúde & Ambiente da ABRASCO.

- ❖ Carlos Minayo-Gomez: Licenciatura em Ciências, Mestrado em Sociologia pela New York University, NYU, Estados Unidos; Doutorado em Ciências pela Universidad de Salamanca. Pesquisador aposentado e docente no

PPGSP-Fiocruz, foi coordenador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), além de coordenador de ensino e pesquisa no mesmo local. Autor e organizador de diversos livros, parecerista científico. Membro do GT Saúde do Trabalhador da ABRASCO.

- ❖ Elizabeth Costa Dias: -médica, graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais em 1970, Especialista em Medicina do Trabalho em 1973, em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Escola de Saúde de Minas Gerais, em 1980, Mestre em Medicina Tropical em 1981 e Doutorado em Saúde Coletiva, área de Saúde Ocupacional pela Universidade Estadual de Campinas em 1994 e Pós Doutorado na Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, USA em 2001. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade Medicina da UFMG, na área de Saúde do Trabalhador, entre junho de 1971 e dezembro de 2003, quando se aposentou, continuando a colaborar em caráter voluntário com as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Pesquisadora Visitante do CESTEHI-Fiocruz de 2004 a 2009. Consultora da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e da organização Pan-americana de Saúde. É autora e organizadora de livros, com produção técnico-científica no campo das relações Trabalho - Ambiente e Saúde e das Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador. Orientadora de alunos de iniciação científica, de Trabalhos de Conclusão de Cursos de Especialização e da Residência Médica em Medicina do Trabalho/Saúde do Trabalhador, do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública (Mestrado) da UFMG e do Mestrado Profissional Saúde Pública e Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro. Coordena atividades de pesquisa na área de Saúde Pública, Saúde do Trabalhador. Participa ativamente da vida associativa em organizações no campo da Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador (Texto retirado do sistema Lattes do CNPq). Membro do GT Saúde do Trabalhador da ABRASCO.

- ❖ Francisco Antônio de Castro Lacaz: Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1974.

Especialista em Medicina do Trabalho (1980) e em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1977). Possui mestrado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (1983), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1996) e Estágio Pós-Doutoral em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona (2009). Atualmente é Professor Associado IV da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) junto ao Departamento de Medicina Preventiva (DMP), lotado na Área Técnico-Científica Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Tem experiência no campo da Saúde Coletiva, com ênfase em Política e Gestão em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde e Trabalho, Saúde do Trabalhador, Política de Saúde do Trabalhador e Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. Atua na graduação nos cursos de Medicina e de Tecnologias em Saúde. Membro da Comissão de Pós-Graduação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp, na qualidade de Coordenador da área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Docente credenciado para orientação em mestrado e doutorado do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva da Unifesp. Membro do Conselho Editorial dos periódicos: Ciência & Saúde Coletiva; Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. Líder de grupo de pesquisa do CNPq Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Parecerista ad hoc da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e dos periódicos Cadernos de Saúde Pública; Saúde e Sociedade; Ciência & Saúde Coletiva; Cadernos de Psicologia Social do Trabalho; Saúde em Debate; Psicologia e Sociedade. Foi co-fundador do Departamento Intersindical de Saúde e Trabalho (DIESAT). Membro do GT Saúde do Trabalhador da ABRASCO.

- ❖ Herval Pina Ribeiro: médico pediatra e pneumologista, com doutorado em Saúde Pública pela USP. Atualmente é docente colaborador e pesquisador do PPGSC da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos

seguintes temas: Saúde e trabalho, Lesões por esforços repetitivos, Violência do Trabalho (Texto retirado do sistema Lattes do CNPq). Foi co-fundador do Departamento Intersindical de Saúde e Trabalho (DIESAT) e possui ampla produção bibliográfica em estudos do trabalho junto ao movimento sindical.

- ❖ Jorge Mesquita Huet Machado: Médico sanitaria, com mestrado e doutorado em Saúde Pública pela ENSP, é docente do PPGSP. Foi coordenador do Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro, coordenador da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz e ex-coordenador do GT da Saúde do Trabalhador da ABRASCO. Hoje é coordenador da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do MS. Autor e organizador de livros, parecerista científico, revisor de periódico e orientador de mestrado e doutorado.

- ❖ Leticia Coelho da Costa Nobre: médica sanitaria, mestrado em Saúde Comunitária e doutorado em Saúde Coletiva pelo ISC-UFBA. Diretora do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; coordenadora de curso e professora convidada do Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, professora convidada e vice-coordenadora do curso do Núcleo Serviços Tecnológicos, Escola Politécnica, UFBA; foi chefe do Centro Regional da Bahia da FUNDACENTRO, Ministério do Trabalho e Emprego. Desde 2007 é Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (DIVAST/CESAT), Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (texto fornecido pela própria). Membro do GT Saúde do Trabalhador da ABRASCO.

- ❖ Lia Giraldo da Silva Augusto: médica sanitaria, mestrado em Clínica Médica e doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente é professora da Universidade de Pernambuco, pesquisadora titular aposentada da Fundação Oswaldo Cruz. Membro da

Rede Brasileira de Justiça Ambiental, da ABRASCO, CEBES, ALAMS, AIPH, Fórum Pernambucano de Combate aos Efeitos dos Agrotóxicos na Saúde e no Ambiente. Participação na Universidade Popular dos Movimentos Sociais. Membro da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária da ABRASCO (Texto retirado do sistema Lattes do CNPq). Membro do GT Saúde & Ambiente da ABRASCO.

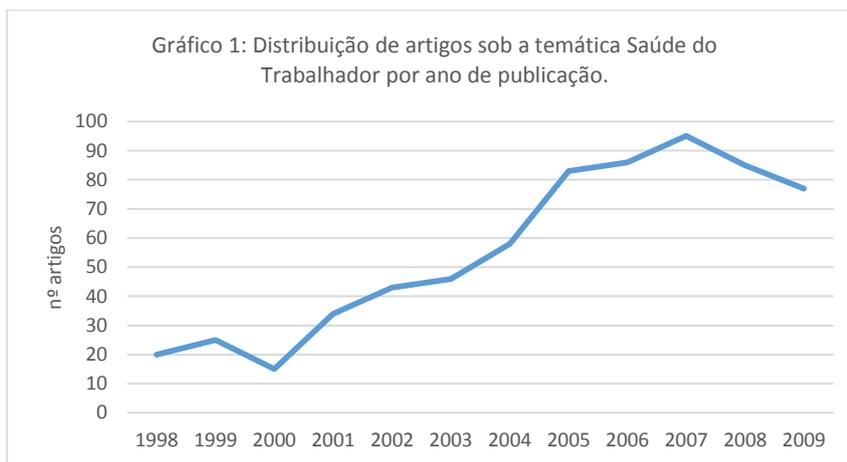
- ❖ Luiz Augusto Cassanha Galvão: médico sanitарista, mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública e doutorado em andamento em Epidemiologia Ambiental pela UFRJ. Atualmente é Gerente da Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da Organização Panamericana da Saúde em Washington, DC. Foi fundador e coordenador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH).

- ❖ Vilma Souza Santana: médica, com Mestrado em Saúde Pública UFBA. Doutorado em Epidemiologia pela University of North Carolina, UCN-CH, onde também realizou pós-doutorado em Epidemiologia Ocupacional. Docente do PPGSC da UFBA e credenciada como Adjunct Faculty Abroad na University of North Carolina. É vice-coordenadora da Rede de Conhecimento sobre Condições de Emprego e Desigualdades de Saúde, EMCONET, parte da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde. Dirige o Centro Colaborador ISC/UFBA-MS/SVS/DISAST/CGSAT. Coordena o Estudo de Caso Brasil da Iniciativa de Segurança e Saúde do Trabalhador Informal da Women's Informal Employment Globalizing and Organizing, WIEGO. É coordenadora do componente Brasil do Projeto The child labour evidence to action research group, CLEAR, desenvolvido com a University McGill, Canadá (Texto retirado do sistema Lattes do CNPq). Membro do GT Saúde do Trabalhador da ABRASCO.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Foram identificados inicialmente nos Cadernos de Indicadores da CAPES 763 artigos no período de 1998 a 2009. Destes foram excluídos 96 que, embora incluídos nos critérios iniciais, não foram encontrados. Desta forma, trabalhamos com um universo de 667 artigos perfazendo uma média de 55,6 artigos por ano de estudo. Como demonstrado no gráfico 1, esta produção apresentou tendência crescente até o ano de 2007, quando foram publicados 95 artigos. Nos dois anos posteriores a tendência foi de queda, com 85 artigos em 2008 e 77 em 2009.



Fonte: Cadernos de Indicadores CAPES

Uma vez que a produção científica brasileira em geral e em saúde coletiva em particular apresenta tendência crescente ao longo dos anos, acreditamos que possa ter havido um rearranjo da produção científica entre os novos cursos, ainda sem avaliação no momento desta pesquisa. Por outro lado, as exigências sobre a qualidade na produção de artigos por parte das revistas, aliada aos estímulos dos programas de pós-graduação sobre seus docentes para o incremento da produção durante o triênio de 2007-2009, revelaram seus resultados no triênio de avaliação de 2010 a 2013, não incluído neste estudo.

5.1.1. Parcerias, redes e grupos de pesquisa

A consolidação de redes de pesquisa sobre a temática saúde do trabalhador, com a participação de diversas instituições nacionais e internacionais ficou demonstrada a partir da análise de três fatos. O primeiro foi que encontramos 45 artigos vinculados a até quatro programas de pós-graduação em saúde coletiva, o que demonstra a colaboração entre pesquisadores de diversas instituições. O segundo foi que ao analisarmos a produção relativa ao número de autores por artigo, constatamos que apenas cerca de 10% possui apenas um autor, cerca de 64% 2 a 4 autores e cerca de 26% entre 5 e 19 autores. O terceiro foi a identificação de 48 artigos em colaboração entre autores brasileiros e de universidades e instituições de pesquisa internacionais, especialmente as estadunidenses *Mount Sinai School Med.; National Institute for Occupational Safety and Health; New York City Department of Health & Mental Hygiene; Queensland University of Technology; Univ. Massachussets; Univ. North Carolina; University of California; University of Connecticut; University of Illinois; University of Massachussets e Univ. Texas School of Public Health*, as europeias *Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki; Institut de Fisiologia i Medicina de l'Art – Terrassa, Barcelona; Università degli Studi di Brescia; Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia; International Agency for Research on Cancer, Lyon, France; INSERM; Université Paris-Sud; Univ.Coimbra; Univ. of Birmingham; Univ. of Bristol; Univ. of British Columbia e Jagiellonian Univ. Krakow, Poland* e finalmente as canadenses *McGill University, Montreal e Universidade de Quebec-Canadá*.

Foram identificadas 135 artigos em parcerias intelectuais e colaboração entre programas de saúde coletiva (PG_SC) e o setor saúde em 29 artigos; entre PG_SC e

instituições governamentais externas ao setor saúde em 34 artigos; entre PG_SC e outras instituições de ensino e pesquisa brasileiras não incluídas neste estudo em 68 artigos e entre PG_SC e centrais sindicais/sindicatos 04 artigos.

Complementarmente, em uma visita ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq em novembro de 2013 buscamos “saúde do trabalhador” como termo exato e obtivemos um total de 271 grupos de pesquisa.

Quadro 1: Grupos de Pesquisa em saúde do trabalhador segundo área do conhecimento

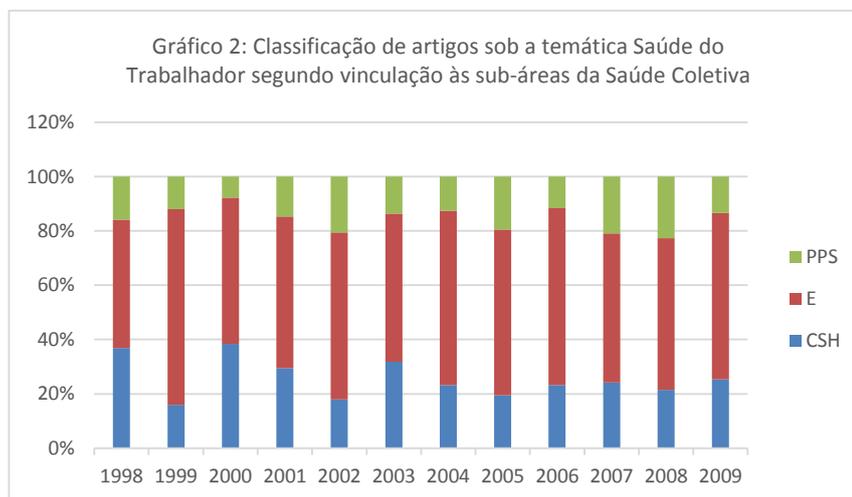
Áreas do conhecimento	Grupos
C. Saúde	181
C. Humanas	46
C. Soc. Aplicadas	22
Engenharias	14
C. Agrarias	3
C. Exatas e da Terra	3
C. Biológicas	2
Total	271

Fonte: CNPq/2013

Ao aplicarmos o filtro restringindo a busca à grande área de Ciências da Saúde, obtivemos 181 grupos de pesquisa (87%), dos quais 77 (43%) pertence à área de Saúde Coletiva. Este dado pode traduzir a grande influência da formação em SC/ST na pesquisa das demais áreas do conhecimento, com destaque para Enfermagem (48), Fisioterapia e Terapia Ocupacional (19) e Educação Física (11). Na área de Ciências Humanas (46), com destaque para Psicologia (28); em Ciências Sociais Aplicadas (22), com destaque para Serviço Social (9); e Engenharias (14), com destaque para Eng. de Produção (9).

5.1.2. Sub-áreas

Sobre o tripé que compõe as três principais sub-áreas do campo da Saúde Coletiva - Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas e Políticas e Planejamento - observamos a hegemonia da Epidemiologia também na produção de artigos na área de saúde do trabalhador, com 58% da produção, seguida por CSH com 23% e PPS com 16%. Os programas que apresentam a maior frequência de artigos em CSH são o PPG-SP da Fiocruz e o PPG-SP da UECE, enquanto que os programas que apresentam maior concentração da sua produção em PPS são UFMG_SP e UNIFESP_SC. Com exceção dos programas FIOCRUZ_ESP, o PPG de Medicina Preventiva e o de Nutrição, ambos da USP, todos os demais apresentam produção também nas outras duas áreas de concentração. Os únicos programas exclusivamente qualitativos são UNIFESP_SC e UFC.



Fonte: Cadernos de Indicadores Capes (PB)

5.1.3. Periódicos

A produção de artigos em saúde do trabalhador está distribuída em 180 periódicos, sendo 101 nacionais e 79 internacionais. A principal revista para a área é a Cadernos de Saúde Pública, com 123 artigos, seguida da Revista Ciência & Saúde Coletiva com 78 artigos e Revista de Saúde Pública com 71 artigos. Essas três revistas concentram 40,8% dos artigos de saúde do trabalhador. A seguir a Revista Bras. Saúde Ocupacional (26 artigos) e Revista Bras. Epidemiologia (25 artigos).

Quadro 2: Principais periódicos para a Saúde do Trabalhador

Periódico	N
Cadernos de Saúde Pública	123
Ciência & Saúde Coletiva	78
Revista de Saúde Pública	71
Revista Bras. Saúde Ocupacional	26
Revista Bras. Epidemiologia	25

Fonte: Maria Cristina Strausz

Ao contrário da grande concentração da produção divulgada em periódicos nacionais, a aceitação da produção da área de ST em grande número de revistas estrangeiras fala a favor da alta qualidade da produção da área, pois 159 (24%) artigos foram publicados nesses 79 periódicos de diversos países.

5.1.4. Análise temática da produção

A categorização temática dos artigos resultou em 40 temas (anexo 3) que reagrupamos em 10 grandes temas, como descrito a seguir:

- a) Doenças e agravos relacionadas ao trabalho (PAIR, LER, disfonia, dermatoses ocupacionais, pneumopatias ocupacionais, câncer, outras doenças crônicas, síndrome do edifício doente, hepatites, afecções bucais, estudos de mortalidade): 192 artigos.

OBS: Esta temática possui forte herança da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. São estudos de causalidade, muitas vezes descolados da vigilância em saúde do trabalhador. Por outro lado esses mesmos estudos forneceram suporte técnico-científico ao Ministério da Saúde para a elaboração de manuais para o manejo de tais agravos e para subsidiá-lo em questões discutidas no Supremo Tribunal Federal ou outras instâncias do Poder Judiciário e Legislativo.

- b) Organização do trabalho (qualidade de vida no trabalho/promoção da saúde, nutrição e trabalho, cronobiologia, direitos humanos, divisão do trabalho, condições de trabalho e saúde, ergonomia da atividade, capacidade para o trabalho): 103 artigos
- c) Saúde mental e trabalho/ subjetividade e trabalho: 90 artigos
- d) Acidentes e violência: 73 artigos
- e) Exposição ocupacional (toxicologia, radiação ionizante, agrotóxicos, mercúrio, chumbo, benzeno): 72 artigos
- f) Vigilância em saúde (saúde do trabalhador/ambiental): 39 artigos
- g) Saúde e trabalho dos grupos populacionais (gênero, infantil/adolescente, idosos): 35 artigos
- h) Políticas e campo da saúde do trabalhador: 25 artigos
- i) Empoderamento (educação, movimentos sociais, comunicação): 16 artigos
- j) Relações com o mundo do trabalho (globalização e reestruturação produtiva, precarização e trabalho informal): 12 artigos

5.1.5. A análise do quadro-síntese dos artigos

O quadro 4 em anexo apresenta de forma resumida a produção científica em saúde do trabalhador no interior dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil. (Anexo 3)

Esta produção está distribuída em 23 PPG localizados em três regiões brasileiras, a saber: nordeste (6 PPG), sudeste (13 PPG) e sul (4 PPG). Obedecidos os critérios de inclusão, são os seguintes os PPG estudados: UFBA_SC; UFBA_SAT; UEFS_SC; UFC_SP; UECE_SP; FIOCRUZ_SP_CPqAM; FIOCRUZ_SP; FIOCRUZ_SPMA; FIOCRUZ_ESP; UERJ_SC; UFES_SC; UFMG_SP; UFRJ_SC; UNESP_BOT_SC; UNICAMP_SC; UNIFESP_SC; USP_Nutri_SP; USP_Med_Prev; USP_SP; UFSC_SC; UFRGS_Epi; UFPel_Epi e UNISINOS_SC.

Os maiores programas, quanto ao número de docentes-autores são: FIOCRUZ_SP (37 autores); seguido por USP_SP (23 autores), UNICAMP_SC (18 autores), FIOCRUZ_SPMA (16 autores).

Quanto ao número absoluto de artigos por programa, observamos que em primeiro lugar se encontra também FIOCRUZ_SP, com 128 artigos; USP_SP com 93 artigos, UNICAMP_SC, com 57 artigos; UFBA_SC com 54 artigos e UFMG_SP com 46 artigos.

Observamos que em poucos programas a produção está distribuída uniformemente entre os docentes. O que aparece, ao contrário, é que na maior parte dos PPG, a produção de concentra em poucos pesquisadores. Desta forma apresentamos no quadro 5 em anexo os 17 autores que publicaram 10 ou mais artigos no período do estudo. O volume de artigos representa 45% de todos os artigos incluídos na pesquisa. (Anexo 4)

5.2. A INVESTIGAÇÃO DE CAMPO

Os entrevistados foram instituidores do campo da saúde do trabalhador e sua história de vida muitas vezes se confunde com a própria formação desta área de conhecimento. Foram entrevistados dez informantes-chave indicados pelo método snow-ball. A saturação das indicações estão expostas no quadro I a seguir:

Quadro 6: Saturação das indicações de pesquisadores:

Anamaria T. Tambellini	4
Carlos Minayo Gomez	2
Elizabeth Costa Dias	3
Francisco A. Castro Lacaz	3
Herval Pina Ribeiro	3
Jorge M.H. Machado	3
Lia Giraldo S. Augusto	4
Letícia Coelho C. Nobre	2
Luiz Augusto C. Galvão	2
Vilma S. Santana	2

A análise das entrevistas evidenciou diversos temas recorrentes nas falas dos entrevistados, seja do ponto de vista histórico ou epistemológico, revelando consensos e/ou contradições. Vamos a seguir explorar alguns destes temas. Optamos por esta divisão temática, por nos parecer didática, embora não dê conta do envolvimento entre os temas.

- a origem e a construção do campo da Saúde do Trabalhador
- Saúde do Trabalhador: uma área, um campo em construção, um campo científico
- Uma marca da ST: a relação entre os três eixos ensino/pesquisa, serviços de saúde e movimentos sociais
- a relação da ST com os movimentos sociais
- os desafios do campo

5.2.1. A origem e a construção do campo da Saúde do Trabalhador

A denominação saúde do trabalhador é mais do que uma mudança semântica em relação à saúde ocupacional, medicina do trabalho e engenharia de segurança. Trata-se da incorporação do conceito de processo de trabalho à análise da relação saúde/doença, indo ao encontro de um corpo teórico menos biologicista e mais alinhado à medicina social. O termo saúde do trabalhador foi cunhado a fim de diferenciar este novo olhar sobre as relações saúde e trabalho, produzindo uma concepção do processo saúde-doença sob uma perspectiva marxista. Ana Tambellini toma para si a denominação deste novo campo, afirmando que a ideia surgiu a partir de um livro que recebera de presente intitulado “*Saúde a serviço dos trabalhadores*”.

Já havia uma construção teórica marxista e gramsciana que foi recuperada pelo Movimento Operário Italiano (MOI) nos anos 60 a partir de Ivano Oddone (ODDONE, 1986) e de Berlinguer (BERLINGUER, 1978) e adaptada para a América Latina a partir de formulações de Asa Cristina Laurell e Mariano Noriega (LAURELL; NORIEGA, 1989) no México e Cristina Possas (POSSAS, 1989) e Ana Tambellini (TAMBELLINI *et al.*, 1986) entre outros no Brasil.

Os princípios do MOI: direito de saber, recusa ao trabalho em situações de risco, saúde não se troca por dinheiro, inclusão de cláusulas de saúde e ambientais nos acordos coletivos de trabalho, integralidade nas ações de saúde do trabalhador, reconhecimento do saber operário, participação na gestão dos serviços de saúde, validação consensual, grupos homogêneos de risco, incorporação da epidemiologia como instrumento de reconhecimento de riscos e danos à saúde e ao meio ambiente, foram assumidos como bandeiras de lutas pelo movimento da saúde do trabalhador.

Como afirmam nas entrevistas Lacaz e Lia Giraldo, o campo foi demarcado com o aporte teórico conceitual marxista de *processo de trabalho* recuperado por Oddone e aperfeiçoado por Asa Cristina Laurell e Mariano Noriega além de outros autores latino-americanos nos anos 70/80. Machado refere a incorporação de metodologias do MOI, como o mapeamento de riscos, tanto na legislação em vigor, como entre as utilizadas nas ações de vigilância em saúde do trabalhador. (MACHADO, 1997) Além do mapeamento de riscos, outras metodologias que foram desenvolvidas sob a influência de Oddone, como a Comunidade Científica Ampliada

(CCA), adaptada no Brasil e na França para Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) e Instrução ao Sósia, tem sido aperfeiçoadas e atualizadas no Brasil e na França. (MUNIZ *et al.*, 2013)

Vasconcellos relata que a Saúde do Trabalhador trouxe como novidade em oposição aos conceitos clássicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, a incorporação de algumas variáveis que moldaram uma nova categoria de análise. Destaca entre estas: a ampliação do objeto de intervenção sobre a produção *stricto sensu* (processos e ambientes de trabalho), incorporando outras variáveis sociais, econômicas etc.; a sujeição dos determinantes à capacidade de intervenção da saúde pública; a incorporação do trabalhador, enquanto sujeito e protagonista, ao desenvolvimento do campo de produção de conhecimentos e de intervenção; e, entre outras diferenças conceituais, a superação do limite contratual do trabalho como enfoque normativo de garantia da saúde no exercício cotidiano de trabalhar. (VASCONCELLOS, 2007)

No Brasil a implantação de serviços de saúde do trabalhador na rede de saúde se deu a partir da demanda do movimento sindical, como relata Lia Giraldo que criou o primeiro CESAT– Centro de Saúde do Trabalhador - em 1983, quando tornou-se Diretora Regional de Saúde na Baixada Santista. Lia Giraldo descreve ainda que a vigilância em saúde do trabalhador já funcionava aplicando o princípio da intersetorialidade a partir do acionamento de diversas áreas, como a fiscalização do trabalho e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. Faziam o diagnóstico do nexo causal a partir do *chão da fábrica*, não assistindo apenas ao evento sentinela, mas também os demais trabalhadores que estavam sendo avaliados no processo produtivo, usando a metodologia de inspiração italiana de grupo homogêneo de risco. Conquistaram também a delegação da Previdência Social, e passaram a preencher o LEM (Laudo de Exame Médico) da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) no próprio serviço.

Lia Giraldo refere que a epidemia de intoxicação por benzeno desvelada em 1983 motivou o nascimento do programa de saúde do trabalhador, pois foi necessário dar resposta organizando os serviços.

“Fiz mais de dois mil diagnósticos de benzenismo e me envolvi durante 12 anos nessa construção, que serviu de parâmetro para o tempo de afastamento pela previdência, por exemplo, além do estudo hematológico de medula óssea. Os dois problemas de saúde pública que a gente descortinou em Cubatão têm a ver com essas questões e os médicos não davam resposta. O embate era duro com a Previdência Social e com o Ministério do Trabalho. Por isso que eu fui pra clínica médica e fiz em hematologia na minha dissertação de mestrado e depois minha tese de doutorado.” (L.G.S.A.)

O sistema de vigilância epidemiológica do estado de São Paulo incluiu pela primeira vez, mediante a resolução do secretário de saúde em outubro de 1984, cinco agravos de notificação compulsória: as alterações hematológicas por exposição a hidrocarbonetos aromáticos, a disacusia neurosensorial, as dermatoses ocupacionais, as pneumoconioses e as fluoroses. A partir de então passou-se a proceder a investigação no interior das indústrias e assim nasceu a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Nesse processo nasceu o Programa de ST da Baixada Santista, que foi base de treinamento para o profissionais da Bahia e do RJ. Logo após em 1986 deram início os programas do RJ, da BA, de SC e de MG.

No estado de São Paulo houve a expansão do modelo de PST para outras regionais de saúde do estado de SP, na mesma época, como o PST Rural com a questão dos agrotóxicos no Vale da Ribeira e no ABC Paulista uma vertente de investigação sobre o mercúrio e ainda das lesões por esforço repetitivo, por conta da demanda dos bancários.

Lacaz relata que foi diretor de uma unidade de saúde nos anos 70, depois coordenou o instituto de saúde, que não era uma estrutura formal, mas que teve um papel importante, de nucleação de pesquisas. Esta instância do governo de São Paulo se propunha a ser o órgão de pesquisa da secretaria de saúde. Desta forma, ao lado de estar desenvolvendo práticas na rede, também era um espaço de investigação. Nesse período foram publicadas várias experiências e pesquisas a partir da inserção da ST na rede. Refere que a experiência da baixada santista, por exemplo, onde reconhece Lia Giraldo como uma liderança, foi publicada em um artigo muito importante na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional em 1978.

Ana Tambellini recupera as origens do CESTEHE, afirmando sua importância para a consolidação da área. Ela relata que no período de redemocratização do país, quando ainda fazia parte do departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, conseguiu financiamento da FINEP e do INAMPS para o projeto do Centro de Saúde do Trabalhador e do primeiro laboratório de Toxicologia. O CESTEHE foi inaugurado em 1985.

“A saúde do trabalhador tanto aqui como no México com a Asa Cristina apareceram a partir da preocupação com a determinação social da doença. A Asa Cristina trabalhou muito na área acadêmica e nós aqui construímos uma área da saúde do trabalhador pro SUS, dentro do sistema do SUS.” (A.T.T.)

A ideia de um novo campo de saber necessitava diferenciar-se a partir de novas metodologias que incorporassem outros saberes e ela foi buscar na COPPE - Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia da UFRJ – novas parcerias para estudar o processo de trabalho no Brasil. Esta parceria trouxe para o CESTEHE profissionais com a contribuição da Engenharia de Produção e mais tarde da Ergonomia francófona.

Luiz Galvão afirma que o CESTEHE tem uma grande relevância porque é um instituto de pesquisa dentro de um sistema de saúde e não havia este tipo de construção anteriormente no Brasil, como o NIOSH nos Estados Unidos que é parte do CDC e o instituto de ST da Suécia.

Como centro de estudos e formação pós-graduada, em 1988 teve início a primeira turma do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, incorporando metodologias de investigação adaptadas do MOI e outras novas criadas a partir dos princípios de participação dos trabalhadores e interdisciplinaridade. Outra novidade trazida pelo curso foi que o seu público-alvo, além de profissionais de saúde, eram profissionais de outras áreas ligados ao movimento dos trabalhadores. De acordo com dados da secretaria acadêmica da ENSP, no período entre 1996 e 2007 foram defendidas pelo PPG-SP 61 dissertações e 21 teses, o que traduz a importância do CESTEHE como centro formador.

Da mesma forma do que ocorreu no estado de São Paulo, Nobre (2011) relata que na Bahia a saúde do trabalhador teve origem nas raízes dos movimentos sociais e sindicais da década de 80, juntamente com os movimentos da Reforma Sanitária e da redemocratização do país. Chama a atenção para o protagonismo da Central Única dos Trabalhadores (CUT) através de seu Coletivo de Saúde na realização da I Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador da Bahia em 1987 e na criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador Salvador Allende – CESAT – hoje CEREST. O CEREST-BA possui importante papel formador desde 1999, quando passou a oferecer juntamente com o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, o Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, atualmente oferecido para servidores públicos do SUS para a capacitação de técnicos da RENAST-BA.

Observamos também o crescimento da formação em saúde do trabalhador no Brasil a partir da análise da produção bibliográfica dos PPG da área de saúde coletiva contida neste estudo, que reuniu 667 artigos publicados em periódicos científicos. Esta produção reflete a consistência acadêmica da área, representada em 23 dos 43 PPG da área de Saúde Coletiva.

5.2.2. Saúde do Trabalhador: uma área, um campo em construção, um campo científico?

A saúde do trabalhador é um campo em construção é uma máxima que se repete desde o início dos anos 90 até os dias de hoje, quase trinta anos depois, nos corredores do seu primeiro centro de pesquisa, o CESTE da Fiocruz, bem como nas teses, dissertações e monografias, livros e artigos. Porém é consenso entre os entrevistados que todo campo do conhecimento está em construção e que o conhecimento e a ciência possuem um caráter provisório, pois estão se modificando de tempos em tempos, através das chamadas *revoluções científicas*, quando um paradigma dominante é substituído por outro (KUHN, 1991). Não é diferente quando recorta-se a área de Saúde do Trabalhador, embora não haja consenso quanto a ela constituir um campo científico.

Minayo-Gomes foi o primeiro autor a utilizar o conceito de *campo* de Bourdier para pensar sobre o campo da ST. Ele considera que não haveria um campo isolado

da ST, mas sim o campo das relações Trabalho e Saúde, onde a ST estaria disputando espaço com outras áreas do conhecimento como a saúde ocupacional, a sociologia do trabalho, entre outras. Seguindo esta linha de pensamento, conclui que o mais adequado seria tratar a Saúde do Trabalhador como um área de conhecimento. (MINAYO GOMEZ, 2011)

Enquanto alguns entrevistados advogam ser a Saúde do Trabalhador um campo em construção, outros consideram-na uma área do campo da Saúde Coletiva. Aqueles que advogam tratar-se de campo o fazem destacando a existência de um corpo teórico conceitual e abordagens metodológicas próprias:

“É um campo que está maduro, não nasceu ontem, ele vem desde o século XIX, vem se transformando embora venha vivendo paradigmas diferentes, mas é um campo em construção na medida que obviamente não existe nada pronto. Ele tem um corpo teórico conceitual, ele tem abordagens, ele tem produtos no campo acadêmico, nas políticas e nos serviços. Nós temos em termos de ST quase 30 anos, se considerar a nossa experiência de 1983.” (L.G.S.A.)

Tambellini acredita que ainda refere-se à saúde do trabalhador como um campo em construção, pois não houve um tempo ainda de construir e de consolidar um reconhecimento sobre essa questão, sendo este um trabalho para muitas gerações.

Esta concepção foi uma novidade por mudar completamente a maneira de ver a produção da doença e a responsabilidade social pelo processo de doença, de prevenção e de cura. O conceito de processo de trabalho é citado como fundante do campo e revolucionário no sentido de possibilitar a ruptura epistemológica com a medicina do trabalho e com a saúde ocupacional. Os agentes desta produção são militantes que estiveram em determinado momento ligados ao movimento social e muitos deles foram para a academia, a exemplo do próprio MOI, passando a produzir textos científicos com essa abordagem.

Lacaz argumenta que trata-se de um campo de práticas e saberes, conformando um campo científico com uma inserção muito positiva nos serviços e no movimento social e com um determinado tipo de abordagem que se distingue das outras formas de apreensão da relação saúde e trabalho, diferenciando-se de medicina do trabalho, da saúde ocupacional. Avalia que do ponto de vista teórico

conceitual ele está dado, mas quando vai dialogar com o serviço e as pesquisas considera que ainda está em construção.

Jorge Machado considera que ainda há uma construção por fazer, que a ST não conforma um campo. Possui diversas influências e tendências, mas carece de uma teoria construída a partir da saúde coletiva. Afirma que há uma defasagem entre o que está institucionalizado e a academia, sendo que o que está institucionalizado no formato de regulações e de políticas também está defasado em relação às práticas, mas tem espaço para ocorrer esta evolução. Há grupos importantes sobre acidentes, sobre ergonomia francófônica e ergologia entre outros, mas focam áreas de fronteiras e não constroem o campo em si.

Vilma Santana concorda com Machado sobre a insuficiência de aportes teóricos próprios e a coloca em questão a complexidade da ST como um campo dotado de ciência, senso comum, saber dos trabalhadores, movimentos de trabalhadores, políticos, desenvolvimento tecnológico, mas que não se reduz a um campo científico. E questiona em que medida está sendo construído um conhecimento genuíno da área no Brasil, para as necessidades do Brasil e em que medida o conhecimento está dando conta desses segmentos excluídos a partir de uma formulação teórica brasileira.

“Acho que é um campo em construção, como o conhecimento, que a todo tempo está se renovando, se reestruturando, enfrentando novos desafios. Eu acho uma área muito complexa e muito tensa, muito ideologizada e acaba a gente incorporando algumas bandeiras, que são muito trabalhadas em senso comum, e às vezes, não se encontra uma contrapartida no conhecimento científico.” (V.S.S.)

Luiz Galvão avalia a ST não como ciência, mas como um campo científico, uma vez que é um campo de produção do saber, de orientação científica e de base científica, da mesma forma que a saúde pública.

“Eu acho que é um campo científico, como a saúde pública é um campo de saberes científicos onde a gente aplica de uma forma exuberante e criativa e coletiva o conhecimento científico, mas não é exatamente uma ciência, do ponto de vista de definição de ciência, que tem paradigma perfeito, linha de trabalho perfeita. Na ciência você tem que manter exatamente o que está ali [prescrito], senão não é válido e nós não fazemos isso, porque a gente cria, a gente inventa.” (L.A.C.G.)

Letícia Nobre chama a atenção para o curto tempo histórico desta construção, principalmente no campo dos serviços, onde há um movimento de construção e desconstrução constante. Muito já se construiu na área, em termos de produção científica e técnica, mas é um movimento de altos e baixos, muito a mercê da conjuntura política.

“A ST é um processo, uma política em construção que tem altos e baixos, a gente tem avanços, mas para pensar que 20 anos de história seja pouco tempo, se a gente botar em perspectiva histórica, algumas questões eu gostaria que já tivessem sido melhor resolvidas e encaminhadas, e principalmente as nossas relações interinstitucionais, as nossas dificuldades e limites dos nossos parceiros no SUS. (...) É um recorte do campo da SC, com todos os aportes da sociologia, da economia, da política, das várias áreas do direito, das engenharias, das ciências biológicas e da medicina, que articula outras áreas do conhecimento, que outras áreas da SC não costumam articular, que é essa dimensão do ir à raiz da questão, na raiz da determinação, pensando a sociedade, os determinantes macrossociais e políticos.”
(L.C.N.)

Elizabeth Dias avalia que a ST é um campo instituinte, como defendia ainda em 1994 em sua tese de doutorado, apesar de todo o caminho percorrido até os dias de hoje.

“Eu gosto muito da ideia de campo do Bourdier que é a área de conflitos e de interesses e dentro do conceito eu considero que a ST é, um campo instituinte, pois pertence ao campo da SC mas a SC não dá conta da complexidade da ST. Então, ela precisa de uma interseção com outros campos e essa interseção com outros campos é que na minha opinião pode formatar um outro campo que seria o campo da ST. Hoje eu estou presa a essa ideia de campo de ST, eu acho que a ST dialoga, usa ferramentas, usa instrumentos, usa conhecimento, usa referencial teórico de vários campos. Essa flexibilidade está muito mais adequada a esse momento histórico que nós vivemos do que formalmente esse campo é o da ST e aqui dentro com esse referencial de mundo que eu compreendo, eu explico e eu intervenho, posso estar errada, mas eu acho que cada vez estamos mais longe disso, acho que precisamos de mais flexibilidade e de trazer coisas pouco usuais ou mesmo inusitadas pra nós até agora pra nos ajudar a entender esse mundo do trabalho.” (E.C.D.)

5.2.3. Uma marca da ST: a relação entre os três eixos ensino/pesquisa, serviços de saúde e movimentos sociais

Tambellini acentua a importância da ação e do fazer como uma característica e um diferencial da ST. No início não havia ainda a preocupação com a publicação de artigos, pelo contrário, havia a auto-repressão como herança. Refere-se a Asa Cristina Laurell como responsável pela formulação do que veio a se chamar saúde do trabalhador na América Latina.

“Era um processo de construção, além de tudo nós não tínhamos esse legado de publicação e nós tínhamos muito mais uma preocupação política de fazer, de fazer chegar, de tirar da situação. A gente tinha essa marca que deforma, da mesma maneira que o cara que fica preocupado em publicar coisa muito ruim, a gente tinha uma outra marca que era ter muito que fazer. Era muita repressão entendeu? Então isso aí demorou muito tempo para gente conseguir abrir, se abrir inclusive, [pois] o diafragma já estava todo aberto mas a auto repressão é uma coisa que você não comanda ela.” (A.T.T.)

Metodologicamente Herval Ribeiro, contemporâneo e conterrâneo de Paulo Freire, coloca sua preferência pela pesquisa participante ou pesquisa-ação, pois seria a mais adequada ao campo, por ser aquela em que a voz do trabalhador é ouvida e considerada. Segundo ele, este tipo de pesquisa não atrai o financiamento público, mas é muitas vezes financiada por entidades de trabalhadores, como sindicatos e federações ou até mesmo por recursos próprios de uma determinada classe, como os trabalhadores do Poder Judiciário, que tem financiado diversas pesquisas suas.

Lia Giraldo traz como marca da ST a triangulação de métodos como um tipo de abordagem que se aplica melhor à área. O pensar no problema para depois eleger quais serão os métodos que melhor darão respostas à questão. Defende que há um marco epistêmico para isso, e precisa haver uma outra prática, uma práxis que é essa marca. E para além da questão metodológica, defende que um axioma do campo é que a área tenha o tripé da relação entre a pesquisa, o serviço e a participação dos

trabalhadores. Isso também se reflete na produção científica, que muitas vezes é pautada pelas questões trazidas dos serviços, sendo uma característica intrínseca.

Quanto ao financiamento à pesquisa a área recebe aportes de diversas instâncias do governo federal, embora os entrevistados considerem que os recursos não são suficientes. São elas: Ministério da Saúde (DECIT, COSAT, SVS, Fundação Nacional de Saúde, RIPSA), Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Planejamento e Gestão (SIASS). Além de agências de fomento federais (CNPQ, CAPES, FINEP) e estaduais e organismos internacionais (FMI, PAHO/OPAS, Banco Mundial, UNESCO, Fundação Kellogg). Outras instâncias, como sindicatos e federações de trabalhadores, Judiciário estadual (SP). Quanto às instituições que apoiam a ST como campo científico, foram citadas por nossos entrevistados os núcleos, grupos e diretórios de pesquisa, universidades, o CESTEHE, a FUNDACENTRO, a ANAMT, a OPAS e o DIESAT.

5.2.4. A articulação política da Saúde do Trabalhador

A ST nasceu a partir da relação do engajamento político de profissionais de saúde junto ao movimento dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho.

Lia Giraldo relata que no período de redemocratização do país houve um período de articulação política em que o ministro do trabalho e os delegados regionais do trabalho eram indicados pelo movimento sindical. Isto facilitou o ingresso de muitos sanitaristas e militantes e criou afinidade política nas ações de vigilância em saúde do trabalhador, através da articulação do sistema de saúde com a Delegacia Regional do Trabalho e o movimento sindical. No estado de São Paulo o DIESAT era a estrutura que fazia esta articulação.

“Nos anos 70 Partido Comunista Brasileiro fez um documento orientando a militância da área da saúde a se aproximar dos sindicatos de trabalhadores e isso se chamou movimento de renovação médica, quando a gente também buscou assumir o sindicato dos médicos, e o conselho regional de medicina. Eu fiz esse movimento, fui pra Cubatão

como sanitaria da assessoria pro sindicato dos metalúrgicos e fui fazer minha formação em medicina do trabalho.” (L.G.S.A.)

Esta diretriz explica a adesão dos sanitaristas ao movimento pela saúde dos trabalhadores e a politização da área, além da demanda de profissionais ligados ao movimento social por formação técnica em saúde do trabalhador nos anos 80 e 90. Vale a pena lembrar que um dos movimentos sociais que também aderiu à ST foi o das mulheres, que deu origem à linha de pesquisa Trabalho e Gênero nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva. Mais tarde muitos profissionais, não só os da saúde, que eram ligados ao movimento dos trabalhadores assumiram outras bandeiras dentro da saúde coletiva também ligadas aos movimentos sociais, como a da Saúde & Ambiente e da Justiça Ambiental.

Lacaz relata que em 1978 foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho e esse foi o embrião do DIESAT, que é o órgão que assessorou o movimento sindical durante muitos anos. Ele era do partido comunista desde quando era estudante de medicina, e o partido tinha uma estratégia nessa época de investir na questão das relações de trabalho e saúde através de assessoria sindical a partir da sua militância.

Luiz Galvão refere que não percebia inicialmente uma sensibilidade especial do movimento operário em relação a saúde, a menos que se propusesse discutir a insalubridade e que a formação do DIESAT foi o ponto de encontro que provocou a sinergia entre a Saúde Pública e o movimento operário sobre a preocupação com a saúde. Tendo sido secretário executivo da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, atribui ao movimento dos trabalhadores um papel que nunca foi reconhecido, que foi a garantia do SUS na 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente na Constituição Nacional de 1988. Afirma que as conferências setoriais, principalmente a de saúde do trabalhador favoreceram a aprovação de teses do SUS.

Machado afirma que um dos pressupostos da ST é o de trabalhar junto aos movimentos sociais, apesar das dificuldades e que esta relação, ao contrário do que muitos pensam, ainda é muito forte aonde existe. Nos anos 80 esta relação se dava dentro dos PST, mas hoje ela é ampliada. E resume o quadro atual da relação da ST com os movimentos sociais, descrevendo algumas delas. Em primeiro lugar a

discussão da CONTAG [Confederação dos Trabalhadores da Agricultura], que está mais amadurecida hoje do que qualquer outro momento, tendo induzido a nível nacional a formação dos CEREST rurais, que hoje já são onze, e tornou-se uma meta do Ministro da Saúde. Há também outros projetos nacionais de estruturação dessa ação. Afirma que tanto com a CONTAG, com o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) com o movimentos de mulheres camponesas, representa toda uma aglutinação do trabalho rural que estrutura a ação.

Relata, ainda, o crescimento do movimento dos trabalhadores da saúde e o dos trabalhadores do setor público que ganharam políticas específicas. Há uma constituição do MPOG para a saúde do trabalhador, isso foi uma conquista, além da própria discussão da mesa negociação do SUS em vários locais do Brasil onde é realizada a discussão da saúde do trabalhador, que está muito mais forte e muito mais estruturada do que já foi em qualquer outro momento.

A questão dos postos de gasolina e dos frentistas, tornou-se uma questão nacional, não sendo mais uma questão focal. Os petroleiros tem uma discussão histórica e forte na saúde do trabalhador. A problemática dos cortadores da cana-de-açúcar tornou-se mais importante nessa discussão da saúde do trabalhador.

5.2.5. Desafios do campo

Elizabeth Dias informa que nos anos 80 e 90, quando houve o processo constituinte e a ST foi atribuída ao SUS, falava-se no campo da ST como uma demarcação teórica e metodológica. Afirma que hoje ela é insuficiente e que traz um desconforto, por não dar conta das mudanças do mundo do trabalho. Alega que é uma responsabilidade do GT de ST da ABRASCO conduzir essa discussão, a fim de ver os limites, as novidades, as lacunas e as carências e de uma forma mais desarmada.

“Por isso que eu costumo brincar ainda que nos anos 80 nós falávamos que éramos o movimento da ST e eu digo assim que em 2013 mais do que nunca nós continuamos sendo o movimento da ST, a gente é um movimento que sabe onde quer chegar, mas não tem essa conformação de campo com essa rigidez que as pessoas gostariam que tivéssemos. Como é que atualiza essa discussão dos anos 80 para 2015?” (E.C.D.)

Lacaz ressalta que a categoria processo de trabalho, criada a partir do trabalho na indústria não é suficiente para dar conta de explicar o adoecimento dos trabalhadores do setor de serviços. Há que se ter uma releitura ou, quem sabe, uma adaptação daquela categoria explicativa. Informa que tem trabalhado com a ideia de simultaneidade e de co-produção para melhor explicar as novas formas de trabalho, mas há que se desenvolver mais teorias para entender a questão de gestão do trabalho do ramo de serviços.

Letícia Nobre considera que os desafios da implementação da ST nos serviços de saúde são os mesmos do SUS como um todo, mas que além dessas, há ainda a grande dificuldade da descentralização das ações, pois é uma área complexa com muita dificuldade para que os municípios assumam as ações e enxerguem que a ST é sua responsabilidade.

Após mais de 20 anos do SUS e do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, entendemos que a ST só poderá cumprir o seu papel dentro de um sistema de saúde realmente articulado. Os esforços de capacitação da rede ainda são insuficientes e as experiências exitosas de intra e intersectorialidade ainda são pontuais. Embora haja investimento financeiro do governo e na própria reestruturação do sistema de saúde nos últimos anos, a incorporação da ST no SUS ainda carece de estratégias eficazes.

Lia Giraldo concorda e chama a atenção para a falta de capacitação e de informação, bem como dos conflitos de classe como barreiras para a consolidação das ações de ST no SUS. Esta falta de capacitação gera a desinformação que traz a prática da medicina do trabalho para os CEREST. Esta contradição requer respostas que advém da institucionalização e avalia que falta uma divulgação maciça da compreensão do que é a ST dentro do SUS. Afirma que os gestores não enxergam ou fogem da ST da mesma forma que também fogem da saúde ambiental e das vigilâncias, especialmente a vigilância sanitária quando esta se coloca como proteção da saúde e entra em conflito com os interesses econômicos.

Embora tenha se construído um corpo teórico conceitual que sustenta as ações de ST no SUS, alguns entrevistados como Dias, Lacaz e Machado consideram que a prática tem um avanço maior e isto não se reflete nas pesquisas e no campo teórico.

Elizabeth Dias chama a atenção para a insuficiência da academia para abranger a complexidade e a riqueza da ST, em função da rigidez das normas para a

produção científica, e que, portanto, esta não pode ser apreendida apenas por este enfoque. Reconhece o valor da produção científica, o avanço desejados pelas pós-graduações, traduzidas nas teses e nas dissertações, nas publicações científicas, nas parcerias internacionais, mas considera que não abrange o *campo em movimento* que é a ST, que se reflete nas rápidas mudanças do mundo do trabalho e nas mudanças dos perfis do trabalhadores, e nas mudanças no seu perfil de adoecimento. Chama a atenção de que essas mudanças estão presentes tanto na alteração cromossômica, quanto na forma de se manifestar do movimento social, e que tudo isso deveria estar presente na produção científica em ST dentro das pós-graduações em Saúde Pública, mas nem sempre está.

Uma das limitações da produção científica é a defasagem entre o progresso inquestionável do ponto de vista teórico para compreender a complexidade das questões relativas à saúde dos trabalhadores e o nível de resultados obtidos nos estudos empíricos. A falta de colaboração interdisciplinar, ainda muito frequente nos estudos da área, acaba produzindo um conhecimento reducionista que colabora para a compreensão de uma dimensão dos problemas, mas esconde ou desconhece outras dimensões tão ou mais importantes. (MINAYO-GOMEZ, 2012)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novos modos e relações de produção mais complexas exigem modelos explicativos outros que não estão dados. Lacaz, Dias e Santana apontam para a necessidade de revisão teórica do campo, dada a insuficiência daquele constructo para explicar a relação Saúde e Trabalho na atualidade. Elizabeth Dias provoca a ABRASCO a protagonizar esta discussão a partir do seu GT de Saúde do Trabalhador.

O aporte das ciências humanas trouxe para a ST o instrumental teórico-metodológico para a incorporação da subjetividade do trabalho, tanto para o adoecimento quanto para o prazer e a recuperação da saúde. A análise do trabalho intelectual, o trabalho imaterial e o trabalho vivo, crescentes na sociedade contemporânea, contam com os aportes da ergonomia da atividade, da psicodinâmica do trabalho de Dejours, das clínicas da atividade e da ergologia de Schwartz e Clot. (DANIELLOU, 2004)

A saúde do trabalhador é uma área do conhecimento consolidada dentro do campo da Saúde Coletiva, como ficou demonstrado a partir da diversidade de seus temas, objetos de pesquisa, métodos e técnicas encontrados no conjunto de sua produção científica.

A hegemonia dos trabalhos de cunho epidemiológico é compreensível, pois reflete o perfil da produção científica em saúde coletiva como um todo, como avaliado por Turci et al. (TURCI; GUILAM; CÂMARA, 2010) Enquanto área do conhecimento a Epidemiologia é anterior às demais sub-áreas da Saúde Coletiva, como Política e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais e Humanas em Saúde. O próprio CESTEH nasce dentro do departamento de epidemiologia da ENSP, pois, afinal, era dentro dos departamentos de epidemiologia e de medicina preventiva que se encontravam aqueles que estudavam o processo saúde-doença com base na ideia de determinação social. A partir da noção de *habitus*, que indica uma capacidade criativa, o *sentido do jogo* onde seus jogadores (pesquisadores) não tem necessidade de raciocinar para se orientar e se situar no espaço, pois possuem um conjunto de *disposições* (atitudes, modo de operar), podemos inferir que também os estudos

epidemiológicos da relação trabalho-saúde produzidos no âmbito de programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e de grupos de pesquisa sob esta temática, carregam em suas análises, mesmo que subliminarmente, os pressupostos e modelos explicativos da saúde do trabalhador, embora não o sejam em sua totalidade.

A produção científica requer determinadas regras que não incluem outros atributos importantes para o campo da ST, que inclui a ciência mas também contém o senso comum e os movimentos sociais, como apontaram em suas falas Santana e Dias, a partir do entendimento de que a ciência não é neutra e sim ancorada em uma dimensão social e, portanto, afetada por um jogo dos valores, e até mesmo produzidas a partir de valores sociais. (LACEY, 2008)

O apelo pelo incremento da produção científica no interior dos programas de pós-graduação aliado às restrições quanto ao espaço para a divulgação de resultados de pesquisas em periódicos induz à fragmentação dos seus resultados em diversos artigos. Desta forma, aquelas pesquisas que se utilizam de diversos métodos e aportes muitas vezes são obrigadas e terem seus resultados publicados de forma fragmentada na forma de artigos ou optarão por sua publicação em livros e capítulos, menos valorizadas pelo sistema de avaliação em vigor. Outro aspecto negativo que diz respeito ao mecanismo oficial de avaliação das revistas, é que uma área não aceita automaticamente a avaliação da área-mãe do periódico para as demais áreas. Isto compromete sobretudo a valorização da inovação trazida pela interdisciplinaridade e por novas formas de produção científica que incorporam diversas áreas do conhecimento.

Alguns dos entrevistados consideram a área muito politizada e que isto interfere na produção científica. A politização disciplinar é citada por Bourdieu como um problema para a autonomia do campo das ciências sociais, pois o engajamento político seria um obstáculo à autonomia de um campo. A saúde do trabalhador e a saúde coletivas sofreriam da mesma limitação, uma vez que sua produção científica tanto dá bases à prática de saúde através de subsídios às políticas e à programação em saúde de forma geral, da mesma forma que os elementos do sistema de saúde demandam à academia para melhor compreender os fenômenos identificados no mundo social “externo”. (BOURDIEU, 2004, p. 22)

Como foi relatado, a área nasce fortemente ligada a militância política. É uma área de produção científica e de aplicação do conhecimento científico produzido em

diversas outras áreas, mas que também considera o conhecimento dos trabalhadores, que não é necessariamente senso comum, mas também é o saber de quem faz.

O ponto de vista do pesquisador não é neutro, ele fala e enxerga a partir de um determinado lugar que vem de sua tradição científica, de história de vida, suas experiências e suas crenças. Acreditamos que não existe um cientista *apolítico*. No caso da ST a polarização em relação a prática da medicina do trabalho e da saúde ocupacional é mais forte, pois ambas também são carregadas de ideologia. Enquanto a saúde ocupacional - que incorpora o médico do trabalho, o engenheiro de segurança, entre outros profissionais - atua em defesa do capital, representado pela empresa, a saúde do trabalhador representa a saúde coletiva, o coletivo dos trabalhadores e a própria sociedade na defesa de sua saúde. Podemos dizer de outra forma que a saúde do trabalhador possui um *habitus* distinto em relação a saúde ocupacional.

Enquanto alguns agentes advogam que a Saúde do Trabalhador configura um campo científico baseados na ideia de que possui corpo teórico e abordagens metodológicas próprias, outros consideram que há insuficiência de aportes teóricos. Por outro lado, outros avaliam que a ideia de campo da saúde do trabalhador transcende ao campo científico, assim como Elizabeth Dias e Leticia Nobre. Desta forma, a partir dos valores dos entrevistados, este debate está em aberto, não podendo haver ainda uma conclusão que reflita a visão de seus pesquisadores.

A produção científica em ST foi bem acolhida nos seus primórdios, antes do “endurecimento” das regras para a internacionalização das revistas brasileiras. Alguns entrevistados, que são membros de conselhos editoriais ou pareceristas científicos apontam para uma produção na área carente de atributos de cientificidade e ao mesmo tempo ainda muito ideologizada, sistematicamente recusada para publicação.

Por outro lado, embora a saúde do trabalhador tenha se constituído num campo específico do conhecimento, é também um tema transversal a diversas outras áreas, por sua complexidade e interdisciplinaridade. Em grande parte dos atuais 78 programas de pós-graduação em Saúde Coletiva há linhas de pesquisa ou sub-áreas em saúde do trabalhador, o que contribui para este campo de conhecimento. A partir da pesquisa não pudemos concluir se a ST constitui um campo científico, mas sem dúvida configura uma área de produção de conhecimento dentro do campo da saúde coletiva. Seus estudos se utilizam de abordagens metodológicas das Ciências Sociais

e Humanas em Saúde, da Epidemiologia e das Ciências Humanas. Como uma área da Saúde Coletiva, ela possui um “borramento” das suas fronteiras com demais áreas do conhecimento que estudam o tema Trabalho, como a psicologia do trabalho, a sociologia do trabalho, a medicina do trabalho, a enfermagem do trabalho, a engenharia de produção, a fonoaudiologia, a economia, a geografia. Porém ela se distingue das demais por seu olhar interdisciplinar sobre este objeto.

O mundo do trabalho está em constante transformação. Os processos de trabalho são múltiplos e complexos e é necessária a utilização de diversas estratégias metodológicas para a apreensão de tal complexidade.

A partir do final do século XX as transformações provocadas pela automação e pela ciência da informação se dão numa velocidade tal, que temos, por um lado a intensificação do modelo positivista de segmentação do trabalho e por outro o resgate do domínio do trabalhador sobre seu produto, onde ele mesmo é seu patrão, como no trabalho em domicílio.

Em se pensando em sistemas complexos, verificamos que a construção do conhecimento hoje se dá a partir de redes de saberes, que extrapolam em muito as especificidades de cada campo do saber e ultrapassam as fronteiras da academia. A incorporação dos movimentos sociais e a radicalização da ideia de interdisciplinaridade colocam a ciência a serviço da população menos favorecida pelo poder econômico. Infelizmente, a produção acadêmica oriunda desta concepção não tem espaço nos periódicos melhor avaliados pelo sistema em vigor.

A saúde coletiva que inicialmente rompeu as barreiras da ciência normal, deve resgatar as origens do campo junto aos movimentos sociais para a produção de conhecimentos. O que observamos hoje é sua segmentação para atendimento das exigências dos sistemas de avaliação, ainda apoiados em uma concepção positivista de ciência, a começar pela delimitação de um núcleo duro composto por três subáreas (epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde e políticas e planejamento em saúde), o que não contribui para a interdisciplinaridade a que o campo se propõe.

A saúde do trabalhador é um campo de construção do saber interdisciplinar construído socialmente, que inclui a ciência, que produz ciência considerando o saber dos trabalhadores e o movimento social, apoiado na concepção de determinação social da doença para melhor compreender a relação trabalho-saúde.

Observamos que novas concepções de análise do trabalho, como as clínicas do trabalho, surgiram e tem se aperfeiçoado com base no modelo proposto pelo Movimento Operário Italiano, que se mostra ainda atual, com diversas aplicações principalmente na área de serviços, como o trabalho em saúde, em telemarketing, na educação, entre outros.

Considerando-se a extensão territorial do Brasil bem como as desigualdades regionais, deve-se ter em mente o enorme desafio relacionado a formação e à capacitação de profissionais para atuação no SUS. Para enfrentar este desafio, duas estratégias foram adotadas nos últimos anos: cursos de especialização à distância (EAD) e mestrados profissionais (MP) em saúde do trabalhador para a formação de técnicos que venham a se apossar de ferramentas metodológicas para seu cotidiano de trabalho, o que se traduz numa maior aproximação entre a academia e o serviço. A avaliação constante destas duas estratégias a partir de pesquisas com egressos fornecerá, como já tem fornecido, subsídios para o aperfeiçoamento das mesmas ou a sua substituição.

O V Plano Nacional de Pós-graduação (PNPG) coloca entre os seus principais desafios na área de saúde humana o reforço às atividades científicas nas universidades e centros de pesquisas ajustando-as as prioridades definidas pelo sistema de saúde, especialmente seu componente público. Aponta a intensificação do financiamento para a pesquisa estratégica – aquela governada pela demanda – e cada vez mais pautada pelo movimento social, da mesma forma que pelo mercado, o que poderá resolver os problemas assinalados nesta pesquisa sobre a falta de financiamento para os estudos em saúde do trabalhador, especialmente aquelas com forte componente social. Poderíamos vislumbrar como exemplos de aplicação desta estratégia o mestrado profissional Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais e o de Vigilância em Saúde do Trabalhador, entre outros. O fato é que podemos verificar desde já, uma vez que o V PNPG tem vigência de 2011 a 2020, e num futuro próximo, se as demandas dos movimentos sociais por pesquisas estarão atendidas desta forma.

Estamos às vésperas da IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, convocada pelo Ministério da Saúde a ser realizada no período de 10 a 13 de novembro de 2014. Terá como tema central: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado. Embora houvesse uma

expectativa de esvaziamento do processo da conferência, em decorrência da mobilização pela eleição majoritária e proporcionais, além da Copa do Mundo, o que se nota, ao contrário é que há um movimento social efervescente. Em abril de 2014 a Central Única dos Trabalhadores realizou a sua I Conferência de Saúde do Trabalhador, bem como I Encontro Nacional de Conselheiras e Conselheiros de Saúde do Campo mobilizou-se para discutir sua pauta para a saúde.

É um processo que chama o campo a olhar para si e esperamos que boas reflexões advenham daí. A academia se reuniu para avaliar o campo e seus resultados foram publicados em dois números da RBSO lançados recentemente. Trata-se de um balanço importante de avaliação da implantação da PNSTT que deve ser ampliado no processo da conferência.

Esta tese não tem a intenção de esgotar a discussão sobre o campo da saúde do trabalhador. Ao contrário, pretende provocar seus agentes para que se conheça cada vez mais profundamente suas formas de produção do conhecimento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARATA, R. B. SciELO Saúde Pública: o desempenho dos Cadernos de Saúde Pública e da Revista de Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 12, p. 3031–3040, dez. 2007. Acesso em: 8 mar. 2012.

BARROS, A. J. D. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 43–49, ago. 2006. Acesso em: 8 ago. 2011.

BERLINGUER, G. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: Hucitec, 1978.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

BOURDIEU, P. *Os Usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Unesp, 2004.

BOURDIEU, P. *Para uma Sociologia da Ciência*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2008.

BOURDIEU, PIERRE. *Sociologia*. São Paulo: Editora Ática, 1983.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasília, DF: [s.n.], 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

BRASIL. *Política nacional de promoção da saúde*. 1a ed ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação e Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série PACTOS pela saúde 2006, v. 7).

BRASIL. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 6 maio 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PORTARIA Nº 1125*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>>. Acesso em: 6 maio 2014.

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. DE A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 3, p. 543–554, jul. 1998. Acesso em: 25 jun. 2012.

CAETANO, R. *et al.* Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000-2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2039–2050, jul. 2010. Acesso em: 6 abr. 2012.

CAMARGO JR, K. R. DE *et al.* Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 394–398, jun. 2010. Acesso em: 8 ago. 2011.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 109–124, 2003. Acesso em: 8 ago. 2011.

CANESQUI, A. M. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1955–1966, jul. 2010. Acesso em: 5 ago. 2011.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR. A organização do sistema de saúde no Brasil. *As Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Editora UEL/Abrasco, 2001.

COSTA, D. DE O.; TAMBELLINI, A. T. A visibilidade dos escondidos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2014.

DANIELLOU, F. *A ergonomia em busca de seus princípios debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. DA G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 817–827, dez. 2005. Acesso em: 5 ago. 2011.

DIESAT. *DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos do Trabalho*. Disponível em: <www.diesat.org.br>. Acesso em: 4 fev. 2011.

FERREIRA, N. S. DE A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. *Educação & Sociedade*, v. 23, n. 79, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 1 maio 2014.

FOUCAULT, M.; MACHADO, R. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. . Acesso em: 15 jan. 2012.

FOUREZ, G. *A construção das ciências: introdução a filosofia e a ética das ciências*. São Paulo: Unesp, 1995.

FREITAS, C. M. DE. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 679–701, jun. 2005. Acesso em: 8 ago. 2011.

FREITAS, C. M. DE. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 137–150, 2003. Acesso em: 15 ago. 2011.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. DE C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797–807, dez. 2005. Acesso em: 4 jan. 2012.

GONÇALVES, K. R.; DIAS, E. C. Direito e Saúde do trabalhador: aproximações para entender e agir. *Direito e Saúde: um campo em construção*. Rio de Janeiro: Ediuoro, 2009. .

GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 3–10, ago. 2006. Acesso em: 16 nov. 2011.

GUIMARÃES, R.; LOURENÇO, R.; COSAC, S. A pesquisa em epidemiologia no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, p. 321–340, ago. 2001. Acesso em: 16 nov. 2011.

HORTALE, V. A. *et al.* *Pesquisa em Saúde Coletiva fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro RJ: Editora FIOCUZ, 2010.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 3ª. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1991. (Debates).

LACAZ, F. A. DE C. Conhecimentos, práticas em Trabalho-Saúde e as abordagens da medicina social e da medicina do trabalho no Brasil: final do século XIX até os anos 1950-60. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 10 n.1, jun. 2007. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172007000100007>. Acesso em: 15 jan. 2012.

LACAZ, F. A. DE C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 757–766, abr. 2007. Acesso em: 8 ago. 2011.

LACAZ, F. A. DE C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 41–59, 1994.

LACAZ, F. A. DE C. *et al.* Resultado da parceria entre a RBSO e o GT saúde do trabalhador da Abrasco. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 38, n. 127, p. 9–10, jun. 2013. Acesso em: 7 maio 2014.

LACAZ, F. A. DE C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 ago. 2011.

LACAZ, F. A. DE C. *Saude do trabalhador : um estudo sobre as formações discursivas da academia dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 456 f. Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP, Campinas, SP, 1996. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000114922>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

LACEY, H. Aspectos cognitivos e sociais das práticas científicas. *Scientiae Studia*, v. 6, n. 1, p. 83–96, mar. 2008. Acesso em: 1 maio 2014.

LAURELL, A. C. *Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos*. in: Nunes, ED, org. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1985.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. (Org.). *Saúde Coletiva como compromisso*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070913164801.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

LOYOLA, M. A.; CORRÊA, M. C. D. V.; GUIMARÃES, E. R. D. B. Cooperação internacional na área da Saúde Coletiva: propostas para um debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2007–2020, jul. 2010. Acesso em: 5 ago. 2011.

LUZ, M. T.; MATTOS, R. DA S. Dimensões qualitativas na produção científica, tecnológica e na inovação em Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1945–1953, jul. 2010. Acesso em: 5 ago. 2011.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 3 maio 2014.

MACÍAS-CHAPULA, C. A. Hacia un modelo de comunicación en salud pública en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 18, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005001000006&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 25 mar. 2012.

MARSIGLIA, R. M. G. *et al.* Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 275–285, 2003. Acesso em: 12 jan. 2012.

MENDES, R. Produção científica sobre saúde e trabalho publicada na forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado, 1950-2002. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 2, p. 87–118, 2003. Acesso em: 15 jan. 2012.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, 1 out. 1991. Disponível em: <http://test.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 jan. 2012.

MINAYO-GOMEZ. Historicidad del concepto “salud del trabajador” en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil. *Salud Colectiva*, v. 8, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000400001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2013.

MINAYO GOMEZ, C. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro RJ: Editora Fiocruz, 2011. .

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 125–136, 2003. Acesso em: 8 ago. 2011.

MINAYO, M. C. DE S. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1897–1907, jul. 2010a. Acesso em: 14 jan. 2012.

MINAYO, M. C. DE S. Pós-graduação em Saúde Coletiva no contexto do desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1894–1894, jul. 2010b. Acesso em: 5 ago. 2011.

MUNIZ, H. P. *et al.* Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 38, n. 128, p. 280–291, dez. 2013. Acesso em: 2 maio 2014.

NOBRE, L. C. DA C. A política do possível ou a política da utopia? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 38, n. 128, p. 186–194, dez. 2013. Acesso em: 7 maio 2014.

NUNES, E. D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 64–72, ago. 2006. Acesso em: 8 ago. 2011.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 909–916, jun. 2008. Acesso em: 5 ago. 2011.

NUNES, E. D. *et al.* O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1917–1922, jul. 2010. Acesso em: 5 ago. 2011.

NUNES, E. D.; FERRETO, L. E.; BARROS, N. F. DE. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1923–1934, jul. 2010. Acesso em: 5 ago. 2011.

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

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 73–78, ago. 2006. Acesso em: 8 ago. 2011.

PEREIRA, J. C. R. Revista de Saúde Pública: quarenta anos da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 148–159, ago. 2006. Acesso em: 8 ago. 2011.

POSSAS, C. DE A. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. São Paulo: Hucitec, 1989.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea: Estudos Neolatinos*, v. 7, n. 2, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 6 maio 2014.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1994.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 101–111, ago. 2006. Acesso em: 8 ago. 2011.

STRAUSZ, M. C.; GUILAM, M. C. R. *Panorama da Saúde do Trabalhador nos programas de pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva no período de 1998 A 2006*. Recife - PE: [s.n.]. Disponível em: <CD-ROM>. Acesso em: 12 abr. 2012. , 31 nov. 2009

TAMBELLINI, A. T. *et al. Política Nacional de Saude do Trabalhador: análises e perspectivas*. . [S.l.]: Escola Nacional de Saúde Pública. , 1986

TURCI, S. R. B.; GUILAM, M. C. R.; CÂMARA, M. C. C. Epidemiologia e Saúde Coletiva: tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação - 2001 a 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1967–1976, jul. 2010. Acesso em: 5 ago. 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007. 421 f. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

VIACAVA, F. Produção científica dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva no período 1998-2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 1977–1988, jul. 2010. Acesso em: 5 ago. 2011.

Anexo 1 – Roteiro de entrevista

1. Qual é a sua formação básica e de pós-graduação?
2. Você está ligado a algum programa de pós graduação? Qual?
3. Em que linhas de pesquisa já produziu?
4. Quais são ou foram seus parceiros intelectuais? Quais foram seus principais autores de referência?
5. É ou já foi pesquisador de produtividade do CNPq?
6. Que agências de fomento nacionais e internacionais já financiaram seus projetos?
7. Como começou sua produção científica? Tem ou teve dificuldades de publicar? Sua instituição induz ou favorece a publicação?
8. Como você vê relação entre a produção científica e os serviços ligados à saúde do trabalhador? E ao movimento social?
9. Já ocupou cargos de gestão?
10. Quais foram as suas inflexões temáticas ao longo do seu percurso como pesquisador?
11. Fala-se muito que a ST é um campo em construção. Você concorda? Por quê?
12. Você considera a Saúde do Trabalhador um campo científico?
13. Em caso positivo, como se configura o campo científico da ST e que instituições lhe dão sustentação?

Anexo 2

Quadro 3: Temas
1. AT
2. Agrotóxicos
3. Campo ST
4. Câncer
5. Capacidade para o trab.
6. Comunicação e saúde
7. Cond. saúde e trab.
8. Cronobiologia
9. Dermatoses
10. Direitos Humanos e Saúde
11. Disfonia
12. Divisão do trabalho
13. Doenças crônicas
14. Educação
15. Envelhecimento e trab.
16. Ergonomia
17. Globalização e reestruturação prod.
18. Hepatites
19. LER/DORT
20. Mortalidade
21. Movimentos sociais
22. Não se aplica
23. PAIR
24. Pneumopatias ocupacionais
25. Políticas ST
26. Precarização
27. Promoção de Saúde
28. Qualidade de vida no trab.
29. Radiação ionizante
30. Saúde bucal e trab.
31. Síndrome do edifício doente
32. Saúde mental e trab.
33. Subjetividade e trab.
34. Toxicologia
35. Trab. e gênero
36. Trab. e Nutrição
37. Trab. infantil
38. Trab. informal
39. Violência
40. VST/VISAm

Anexo 3

Quadro 4: Programas de Pós-graduação incluídos no estudo, segundo região, autores, número de artigos e temas

REGIAO	PPG	AUTORES	ARTIGOS	Nº ARTIGOS por TEMAS
NORDESTE (6 PPG)	UFBA_SC	1. Aquino, E.M.L.; 2. Carvalho, F.M.; 3. Chaves, S.C.L.; 4. Costa, E. A.; 5. Iriart, J.A.B.; 6. Lessa, I.; 7. Nunes, M.O.; 8. Paes-Machado, E.; 9. Santana, V.S; 10. Silva, S. A. L. S. 11. Vianna, M. I.P.;	54	1. AT (11) 2. Câncer (4) 3. Saúde bucal e trab. (4) 4. Cond. saúde e trab. (3) 5. Doenças crônicas (3) 6. Mortalidade (3) 7. Políticas ST (3) 8. S.Mental e trab. (3) 9. Toxicologia (3) 10. Capacidade p/ trab. (2) 11. LER/DORT (2) 12. Trab. infantil (2) 13. Trabalho informal (2) 14. Violência (2) 15. Campo ST (1) 16. Direitos Humanos e Saúde (1) 17. Movimentos sociais (1) 18. Não se aplica (1) 19. PAIR (1) 20. Radiação ionizante (1) 21. Trab. e Nutrição (1)
	UFBA_SAT	1. Araújo, T. M. L. R.; 2. Carvalho, F. M; 3. Lima, M.A.G.; 4. Neto, J.T.C.L.R.; 5. Rêgo, M.A.V.F.; 6. Reis, E.J.F.B.	13	1. LER/DORT (4) 2. Capacidade para o trabalho (2) 3. Cond. saúde e trab. (2) 4. S.Mental e trab. (2) 5. Agrotóxicos (1) 6. Hepatites (1) 7. Toxicologia (1)
	UEFS_SC	1. Almeida, M.M.G. 2. Araújo, T. M.; 3. Assis, M. M. A.; 4. Cerqueira, E.M.M.; 5. Gomes Filho, I.S.; 6. Mendes, J. L. B.; 7. Oliveira, N. F.; 8. Sarmiento, V. A.; 9. Servo, M.L.S.; 10. Sobrinho, C.L.N.;	33	1. S.Mental e trab. (10) 2. Cond saúde e trab. (7) 3. Divisão do trabalho (1) 4. Doenças crônicas (3) 5. LER/DORT (3) 6. Capacidade para o trab. (2) 7. Toxicologia (2) 8. Agrotóxicos (1) 9. Câncer (1) 10. PAIR (1) 11. Saúde bucal e trab. (1) 12. Trab. e gênero (1)

	UFC_SP	1. Bosi, M.L.M. 2. Mello, M.G.S.; 3. Rigotto, R.M.;	09	1. VST/VISAm (3) 2. Políticas ST (2) 3. Agrotóxicos (1) 4. Globalização e reestruturação prod.(1) 5. S.Mental e trab. (1) 6. Subjetividade e trab. (1)
	UECE_SP	1. Almeida, P. C.; 2. Jorge, M. S. B.; 3. Lima, J. W. O.; 4. Maciel, R.H.M.O; 5. Nóbrega-Therrien, S. M; 6. Ruiz, E. M.; 7. Sampaio, H.A.C.; 8. Silva, M.G.C.	12	1. S.Mental e trab. (7) 2. Doenças crônicas (2) 3. Cond. saúde e trab. (1) 4. LER/DORT (1) 5. Qualidade de vida no trab. (1)
	FIOCRUZ_SP_CPqAM	1. Augusto, L.G.S; 2. Gurgel, I.G.D.	13	1. VST/VISAm (6) 2. Agrotóxicos (2) 3. PAIR (2) 4. Campo ST (1) 5. Condições de saúde e trabalho (1) 6. LER/DORT (1)
SUDESTE (13 PPG)	FIOCRUZ_SP	1. Anjos, L.A.; 2. Assis, S.; 3. Azevedo, A.C.P.; 4. Barcellos, C. C.; 5. Braga, A.M.C.B.; 6. Brito, J.C.; 7. Castro, H. A.; 8. Chor, D.; 9. Costa, F. P.; 10. Costa, F. P.; 11. Coutinho, E. S. F.; 12. Cruz, M.M.; 13. Freitas, C. M; 14. Griep, R.; 15. Koifman, S.; 16. Machado, J. M. H.; 17. Mattos, I.E.; 18. Minayo, M.C.S.; 19. Minayo-Gomez, C.; 20. Monteiro, T.C.N.; 21. Moreira, J. C; 22. Neto, O.C.; 23. Oliveira, M.H.B.; 24. Paumgarten; 25. Porto, M. F. S.; 26. Rotenberg, R.;	128	1. VST/VISAm (18) 2. Saúde Mental e trab. (17) 3. Agrotóxicos (9) 4. Câncer (8) 5. Políticas ST (8) 6. Pneumopatias ocupacionais (7) 7. Cronobiologia (6) 8. Educação (6) 9. Toxicologia (6) 10. AT (4) 11. Cond. saúde e trab. (4) 12. Doenças crônicas (4) 13. Trab. e gênero (4) 14. Comunicação e saúde(3) 15. LER/DORT (3) 16. Radiação ionizante (3) 17. Direitos Humanos e Saúde (2) 18. Movimentos sociais (2) 19. Precarização (2) 20. Promoção de Saúde (2) 21. Campo ST (1) 22. Capacidade para o trabalho (1) 23. Cronobiologia/S.Mental e trab. (1) 24. Divisão do trabalho (1) 25. Globalização e reestruturação prod. (1) 26. Qualidade de vida no trab. (1)

		27. Rozemberg, B.; 28. Sarcinelli, P. N.; 29. Souza, E.R.; 30. Stotz, E. 31. Teixeira, L. R.; 32. Teixeira, M.O.; 33. Vaitsman, J.; 34. Vasconcelos, L.C.F. 35. Veiga, M.M.; 36. Velloso, M.P.; 37. Waissmann, W.		27. Trab. e Nutrição (1) 28. Trab. infantil (1)
	FIOCRUZ_SPMA	1. Castro, H. A.; 2. Costa, F. P.; 3. Freitas, C.M; 4. Hacon, S. S.; 5. Koifman, R.J.; 6. Koifman, S.; 7. Latorre, M.R.D.O.; 8. Meyer, A.; 9. Moreira, J. C; 10. Neves, E.B. 11. Porto, M.F.S.; 12. Rozemberg, B.; 13. Sarcinelli, P. N.; 14. Teixeira, L.R.; 15. Veiga, L. H. S.; 16. Waissmann, W.;	31	1. Agrotóxicos (9) 2. Câncer (4) 3. Condições saúde e trabalho (3) 4. Toxicologia (3) 5. Cronobiologia/ trab. Infantil (2) 6. Pneumopatas ocupacionais (2) 7. VST/VISAm (2) 8. AT (1) 9. Comunicação e saúde (1) 10. Disfonia (1) 11. Promoção de Saúde (1) 12. Radiação ionizante (1) 13. Subjetividade e trabalho (1)
	FIOCRUZ_ESP	1. Chor, D.; 2. Coutinho, E.S.F.; 3. Fonseca, M.J.M 4. Werneck, G.L.;	05	1. Saúde mental e trabalho (3) 2. Cronobiologia (2)
	UERJ_SC	1. Campanha, P.M. 2. Castro-Santos, L.A.; 3. Coutinho, E. S. F.; 4. Dal Poz, M.R.; 5. Faerstein, E.; 6. Leon, A. C. M. P.; 7. Lopes, C. S.; 8. Pierantoni, C. R.; 9. Sichieri, R.; 10. Valente, J. G.; 11. Werneck, G. L.;	21	1. SMental e trab (8) 2. Doenças crônicas (3) 3. Toxicologia (3) 4. Cond saúde e trab. (1) 5. Cronobiologia/SMental e trab.(1) 6. Globalização e reestruturação prod.(1) 7. Movimentos sociais (1) 8. PAIR (1) 9. Políticas ST (1) 10. Trab. e Nutrição (1)

	UFES_SC	1. Borges, L.H.; 2. Cade, N.V.; 3. Iglesias, A. 4. Lima, R.C.D.; 5. Maciel, E. L. N.; 6. Oliveira, E.R.A.; 7. Zandonade, E.;	11	1. SMental e trab. (3) 2. Pneumopatias Ocupacionais (2) 3. AT (1) 4. Cond. saúde e trab. (1) 5. Divisão do trabalho (1) 6. LER/DORT (1) 7. Não se aplica (1) 8. Subjetividade e trabalho (1)
	UFMG_SP	1. Assunção, A.A.; 2. Barreto S.M.; 3. Dias, E.C.; 4. Pinheiro, T.M.M.	46	1. SMental e trab (11) 2. AT (5) 3. Cond saúde e trab (5) 4. LER/DORT (5) 5. Pneumopatias ocup. (5) 6. Disfonia (4) 7. Ergonomia (2) 8. Agrotóxicos (1) 9. Câncer (1) 10. Hepatites (1) 11. Não se aplica (1) 12. Precarização (1) 13. Subjetividade e trab. (1) 14. Trab. infantil (1) 15. Trab. informal (1) 16. VST (1)
	UFRJ_SC	1. Asmus, C. I. R. F.; 2. Câmara, V.M.; 3. Coeli, C. M.; 4. Martins, A; 5. Cardoso, L.S. 6. Meyer, A.; 7. Pacheco-Ferreira,H. 8. Rego, M.P.C.M.A.; 9. Santos, M. L.; 10. Tambellini, A.T.	27	1. Toxicologia (8) 2. SMental e trab. (6) 3. Agrotóxicos (3) 4. Trab. infantil (3) 5. PAIR (2) 6. AT (1) 7. Câncer (1) 8. Hepatites (1) 9. Movimentos sociais (1) 10. Violência (1)
	UNESP/BOT_SC	1. Almeida, I.M.; 2. Binder, M.C.P.; 3. Cordeiro, R.C.; 4. Cordeiro, M.R.D.; 5. Corrente, J.E.; 6. Pereira Junior, A.; 7. Tomita, N. E.	31	1. AT (19) 2. Doenças crônicas (3) 3. Mortalidade (2) 4. VST (2) 5. LER/DORT (1) 6. PAIR (1) 7. Políticas ST (1) 8. Saúde bucal e trab. (1) 9. Toxicologia (1)

	UNICAMP_SC	1. Bagatin, E.; 2. Campos, R. T. O.; 3. Campos, R. T. O.; 4. Capitani, E.M.D.; 5. Cordeiro, R. C.; 6. Correa Filho, H. R. 7. Costa, E. A.; 8. Costa, F.P.; 9. Donalísio, M.R.C.; 10. Iguti, A.M.; 11. Kitamura, S.; 12. Lucca, S.R.; 13. Merhy, E.E.; 14. Moreira-Filho, D.C. 15. Oliveira, H.B.; 16. Lourenço, R. W. 17. Oliveira, J.I.; 18. Trape, A. Z.;	57	1. Pneumopatias ocupacionais (15) 2. AT (13) 3. PAIR (4) 4. LER/DORT (4) 5. Subjetividade e trabalho (4) 6. Toxicologia (3) 7. Agrotóxicos (2) 8. Capacidade para o trabalho (2) 9. VST (2) 10. Câncer (1) 11. Dermatoses (1) 12. Disfonia (1) 13. Doenças crônicas (1) 14. Políticas ST (1) 15. Precarização (1) 16. S.Mental e trab. (1) 17. Trab. e Nutrição (1)
	UNIFESP_SC	1. Brêtas, A. C. P.; 2. Flório, S. M. R.; 3. Lacaz, F. A. C.; 4. Oliveira, E. M.	7	1. Campo ST (2) 2. Envelhecimento e trab. (1) 3. Políticas ST (1) 4. Qualidade de vida no trab. (1) 5. S.Mental e trab. (1) 6. Trab. e gênero (1)
	USP_Nutri_SP	1. Jaime, P. C.	3	1. Trab. e Nutrição (1)
	USP_Med_Prev	1. D'Oliveira, A.F.P.L. 2. Eluf-Neto, J.; 3. Gianini, R. J.; 4. Gouveia, N.C.; 5. Menezes, P. R.;	8	1. S.Mental e trab (3) 2. Câncer (2) 3. Doenças crônicas (1) 4. LER/DORT (1) 5. Violência (1)
	USP_SP	1. Scazufca, M.; 2. Almeida, M.F.; 3. Cardoso, M. R. A.; 4. Colacioppo, S.; 5. Costa, E.A.; 6. Dertl, A. M.; 7. Fischer, F. M.; 8. Fortes, P.A.C.; 9. Frazão, P.; 10. Gomes, J.R.; 11. Jaime, P.C.; 12. Latorre, M.R.D.O.; 13. Laurenti, R. 14. Lefevre, F.; 15. Martins, I. S.; 16. Mello-Jorge, M.H.P.;	93	1. Cronobiologia (24) 2. Capacidade para o trab. (10) 3. Trab. infantil (8) 4. Câncer (5) 5. Disfonia (5) 6. AT (4) 7. Doenças crônicas (4) 8. LER/DORT (4) 9. PAIR (4) 10. Pneumopatias ocupacionais (3) 11. Cond. saúde e trab. (3) 12. Trab. e Nutrição (3) 13. Qualidade de vida no trab. (2) 14. Síndrome do edifício doente (2) 15. Agrotóxicos (2) 16. Toxicologia (2)

		17. Moreno, C. R. C.; 18. Paraguay, A.I.B.B.; 19. Pelicioni, M.C.F.; 20. Pereira, I.M.T.B.; 21. Rocha, L.E.; 22. Saldiva, P.H.N.; 23. Vasconcellos, M.P.C.;		17. Globalização e reestrut. prod. (1) 18. Políticas ST (1) 19. Promoção de Saúde (1) 20. S.Mental e trab. (1) 21. Subjetividade e trabalho (1) 22. Trab. e gênero (1) 23. Violência (1) 24. VST (1)
SUL (4 PPG)	UFSC_SC	1. Blank, V.L.G.; 2. Calvo, M.C.M.; 3. Caponi, S.N.C.; 4. Kupek, E.; 5. Lacerda, J.T.; 6. Oliveira, F.W.	18	1. AT (5) 2. Capacidade para o trabalho (2) 3. Saúde bucal e trabalho (2) 4. Cronobiologia/nutrição (2) 5. LER/DORT (2) 6. Campo ST (1) 7. Câncer (1) 8. Divisão do trabalho (1) 9. Qualidade de vida no trab. (1) 10. VST (1)
	UFRGS_Epi	1. Azambuja, M.I.R.; 2. Bassanesi, S.L.; 3. Merlo, A. R. C. 4. Oliveira, P.A.B.	11	1. LER/DORT (7) 2. Cond. saúde e trab. (2) 3. Campo ST (1) 4. Disfonia (1)
	UFPEL_Epi	1. Assunção, M.C.F.; 2. Curi Hallal, P.R.; 3. Facchini, L.A.; 4. Fassa, A.G.; 5. Gigante, D.P.; 6. Horta, B.L. 7. Menezes, A. M. B.; 8. Santos, I.S.; 9. Victora, C.G.;	28	1. AT (4) 2. Agrotóxicos (3) 3. Câncer (3) 4. S.Mental e trab. (3) 5. Trab. infantil (3) 6. LER/DORT (3) 7. Pneumopatias ocupacionais (2) 8. VST (2) 9. Agrotóxicos (1) 10. Comunicação e saúde (1) 11. Trabalho informal (1) 12. Cond. saúde e trab. (1) 13. Hepatites (1)
	UNISINOS_SC	1. Hennington, É.A.; 2. Pattussi, M.P.; 3. Sarriera, J.C. 4. Selli, L.	8	1. Capacidade para o trab. (3) 2. Condições de trab. (2) 3. Nutrição e trab. (1) 4. S.Mental e trab. (1) 5. VST (1)

Anexo 4

Quadro 5: Principais Autores		Artigos
1.	Fischer, F. M.	42
2.	Santana, V. S.	37
3.	Assunção, A. A.	27
4.	Araújo, T. M.	19
5.	Facchini, L.A.	19
6.	Cordeiro, R. C.	19
7.	Câmara, V.M.	15
8.	Minayo-Gomez, C.	14
9.	Latorre, M. R. D. O.	14
10.	Bagatin, E.	13
11.	Augusto, L.G.S.	12
12.	Machado, J.M.H.	12
13.	Fassa, A. G.	12
14.	Castro, H. A.	11
15.	Moreno, C. R. C.	11
16.	Barreto S.M.	11
17.	Rotenberg, L.	10