



Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador

Francisco Antonio de Castro Lacaz ^a

Workers keep on becoming ill and dying: relationships, obstacles and challenges for the Worker's Health field

^a Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

Contato:

Francisco Antonio de Castro Lacaz

E-mail:

franlacaz@hotmail.com

Texto elaborado a partir de reflexões sobre temática de aula ministrada em 12/06/2015, no encerramento da disciplina "Políticas Públicas em SST" do mestrado acadêmico "Trabalho, Saúde e Ambiente", coordenado pela Fundacentro.

Este trabalho não foi apresentado em reunião científica.

O trabalho não foi subvencionado.

O autor declara não haver conflitos de interesses.

Resumo

Este ensaio aborda o panorama da ocorrência de acidentes de trabalho no Brasil a partir da análise de notícias recentes veiculadas na imprensa. Os conteúdos mostram a persistência dos problemas ao longo das três últimas décadas de crise do capitalismo global. Discutem-se as relações desse panorama com os entraves e desafios das proposições, ações e políticas do campo da Saúde do Trabalhador. Conclui-se pela ausência interinstitucional e fragilidade do movimento sindical na busca da superação desses impasses.

Palavras-chave: acidentes de trabalho; saúde do trabalhador; política de saúde do trabalhador; crise do capitalismo; sindicatos.

Abstract

This essay discusses the panorama of occupational accidents in Brazil using as basis the analysis of the latest news that came out in the press. The contents show the problems persistence over the last three-decade global capitalism's crisis. The author analyzes the relations of this panorama with the obstacles and challenges for propositions, actions and policies in the field of Worker's Health. He concludes that they occur due to the absence of inter-institutional action and trade unions' frailty in overcoming these impasses.

Keywords: occupational accidents; worker's health; worker's health policy; capitalism's crisis; unions.

Recebido: 16/07/2015

Revisado: 03/02/2016

Aprovado: 05/02/2016

Sobre a pertinência do título

Ao se voltar aos anos 1980 e se considerar o título do livro *De que adoecem e morrem os trabalhadores*¹, lançado em 1985 pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), e também levando em conta os dados divulgados pelo Ministério da Previdência Social (MPS), pode-se dizer que os trabalhadores hoje continuam a morrer e adoecer. Se em 1980, no Brasil, a taxa de letalidade média dos acidentes de trabalho (AT) era de 42 por 10 mil, nos anos 1990 atingiu 85 por 10 mil e 59 por 10 mil nos anos 2000².

Quanto às situações de trabalho em que mais ocorrem AT fatais, em primeiro lugar está o transporte rodoviário de cargas, o qual compete com a indústria da construção civil. Grande parte dos acidentes nos transportes de cargas relaciona-se às extensas jornadas de trabalho dos caminhoneiros e à falta de regulamentação para o limite de tempo ao volante e para o intervalo mínimo de descanso³. Ademais, a ausência do vínculo empregatício legal também contribui para que o motorista trabalhe cada vez mais para garantir seu sustento. Os riscos de morte ampliam-se no país, sendo até doze vezes maiores do que em outros países como a Suécia, por exemplo⁴.

Já a construção civil está no quinto lugar entre as atividades econômicas com maior número de acidentes, sendo a segunda ocupação que mais mata trabalhadores no país. Essa atividade contribui, hoje, com 16% do total de mortes, as quais atingem o número de 450 óbitos todos os anos. Frise-se que tais estatísticas consideram apenas os empregados formais vinculados a atividades constantes na Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE)⁵.

No que se refere às mortes por acidentes de trânsito, notícia publicada no jornal Folha de São Paulo⁶ aponta que dados divulgados sobre o ano de 2013 afastam o Brasil da meta sobre a queda de acidentes de trânsito, objetivo assumido pelo país junto à Organização das Nações Unidas (ONU) que visava chegar em 2020 com cerca de 29.400 mortes no ano, sabendo-se que em 2013 o número de mortes no trânsito atingiu 42.300. Mas, o que mais chama atenção na notícia é que “os primeiros dados coletados pelo SUS [...] indicavam uma redução de 10% nas mortes em um ano, mas a revisão mostrou um recuo menor, de 6%”⁶.

Diz ainda a notícia que, considerando as novas informações publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), ocorreram no Brasil, em 2013, 42.300 mortes por acidentes de trânsito, sendo que 28,5% delas, ou seja, mais de 12.000 atingiram motociclistas⁶. O que não se diz, no entanto, mais uma vez tornando

invisíveis as causas de tais mortes, é que, muito certamente, a maioria delas ocorreu em função de acidentes de trajeto, os quais são enquadrados pela legislação brasileira^{7,8} – Lei nº 9.503 de 23 de setembro de 1997, modificada pela Lei 12.009 de 29 de julho de 2009 – como acidentes de trabalho e que no caso dos motoboys enquadram-se como acidentes típicos.

Mas o problema é ainda mais grave, pois, como mostra recente matéria publicada no jornal O Globo⁹, a qual se baseou na Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2012 e 2013, no Brasil, ocorreram 4.948.000 acidentes de trabalho no Brasil, uma taxa de ocorrência de 340 por 10 mil. Mais ainda, na verdade o número de acidentes de trabalho apontados atinge 3,4% da população brasileira acima de 18 anos. Segundo a matéria:

O número é **seis vezes maior** que a única estatística oficial de que o Brasil dispunha até então: as comunicações ao governo de acidentes do trabalho **restritas** aos assalariados com carteira assinada. Fugem **do controle os funcionários públicos e informais**⁹. (grifos nossos)

A análise e conclusão de Débora Malta, diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde do MS, que organizou e montou a pesquisa com o IBGE, é que os acidentes vitimam os trabalhadores desqualificados, pior remunerados, que não têm vínculo formal de trabalho e são terceirizados, por isso menos protegidos pela ação sindical⁹.

Os reflexos dessa verdadeira tragédia social é que somente no ano de 2013, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), vinculado ao MPS, pagou R\$367 milhões em benefícios por AT⁵. Parte disso foi para cobrir afastamentos temporários do emprego, conta essa que vem crescendo cotidianamente, pois uma parcela de tais benefícios vai destinar-se, posteriormente, ao pagamento de pensões por morte ou invalidez permanente. Conforme conta atualizada para o ano de 2015, somente o custo gerado pelos AT ocorridos entre trabalhadores com carteira assinada, que são aqueles notificados e registrados pelo MPS nas estatísticas oficiais, é estimado em R\$ 70 bilhões⁵.

Desdobrando e analisando melhor tais dados, conclui-se que, pelas estatísticas oficiais do MPS, em 2013 teriam ocorrido apenas 718.000 acidentes do trabalho no Brasil².

Pelos dados do estudo do IBGE, patrocinado pelo MS, 613.000 trabalhadores não tiveram sequelas após os acidentes; em torno de 1.627.000 tiveram que deixar a rotina de trabalho em função das lesões,

sendo que 284.000 foram internados devido às lesões provocadas⁹. Segundo os dados do MPS, sempre sub-registrados, o número dos acidentes de trajeto foi de 111.600 em 2013, representando 15,5% do total. Ocorre que, pelas cifras da pesquisa do IBGE os acidentes de trajeto atingiram 1.441.000 de trabalhadores, ou seja, dez vezes mais do que sugerem as estatísticas do MPS, sendo apenas 29% do total de acidentes apontados pela pesquisa do IBGE⁹.

Como se pode observar pelos dados apontados, não existe integração entre o MPS e o MS no seu manejo, mesmo sabendo-se que existe em vigor uma Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST)¹⁰ que propõe como principal diretriz uma atuação conjunta, integrada, e deve envolver MPS, MS e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), aspecto esse que será retomado mais adiante.

Na verdade, a explicação para essa continuidade de mortes e sequelas provocadas pelo trabalho deve-se ao fato de que sob o capitalismo, “a barbárie não é mais um prognóstico [...] é um diagnóstico: a barbárie está instalada”¹¹.

Cabe esclarecer que o autor refere-se ao dístico “socialismo ou barbárie” prognosticado por Marx, que vislumbrava que, como alternativa à barbárie do capitalismo, era imperativo lutar pelo socialismo. Ainda constata que, “[...] ao longo do século XX [...] o movimento mundial dos trabalhadores [seria] confrontado ao terrível dilema...”¹¹.

Tendo em mente o otimismo científico trazido pelas constatações epidemiológicas de que, graças ao grande avanço do conhecimento científico e tecnológico, o homem hoje vive mais, sua expectativa de vida é cada vez mais avançada. Mas a troca de que?

Hoje, conforme Arbex¹¹, “metade da humanidade está faminta ou subnutrida, [...] [e] **85 famílias das mais ricas do planeta acumulam uma fortuna equivalente às posses somadas da metade mais pobre da humanidade**” (grifos nossos). Assim, 85 famílias concentram a renda de 3,5 bilhões de pessoas: esta é a equação da barbárie hodierna ou da bomba relógio a explodir.

Quanto ao Brasil, segundo afirma Rossi¹², “[...] é o décimo país [...] em número de milionários, por mais que se reconheça seu nível de pobreza. Supera (em número de ricos) países como a Espanha e a Suíça”.

Ainda conforme Rossi¹², mais obscuro é o crescimento dos milionários brasileiros entre 2013 e 2014, algo em torno de 350%, o que comparado aos Estados Unidos é uma extraordinária cifra, já que lá o aumento foi de 20%.

Segundo o autor¹²:

O que é inacreditável é que ainda há gente que acredita que a desigualdade diminuiu no Brasil, nos anos do governo do PT. Falso. Diminuiu, se é que diminuiu mesmo, a diferença entre assalariados, mas não entre a renda do capital e do trabalho. (p. A12)

Neste sentido, o clube dos países ricos, ou seja, a Organização de Comércio e Desenvolvimento Econômico (OCDE) divulgou um relatório. Segundo o sindicalista John Evans, secretário-geral do comitê sindical que assessora a OCDE, a cada vez maior desigualdade de renda “[...] não é mais apenas uma questão ética: tem custos econômicos e restringe uma recuperação [econômica] de base ampla e sustentada. Elevada desigualdade leva a uma **reduzida mobilidade entre gerações**”¹² (grifos nossos).

Por outro lado, vê-se que da parte dos países ricos há um clamor pela “guerra ao terror”, que foi iniciada no governo Bush após os atentados de 11 de setembro de 2001 numa escalada sem fim, difusa, ubíqua contra inimigos muitas vezes forjados. Isso vai levando a uma situação em que a “ordem mundial”, ou o que sobrou dela, desintegra-se¹¹. Em consequência de tal delírio militarista, Israel, apoiado pela Casa Branca e pela indústria de guerra, ensaia e fomenta conflito com o Irã, que pode envolver o Oriente Médio como um todo, a Ásia Central e o norte da África, colocando numa agitação cada vez maior a comunidade islâmica de 1,5 bilhão de muçulmanos. Ao mesmo tempo, a Europa beira um choque das grandes nações devido à ação da Organização do Tratado do Atlântico Norte tentando:

[...] apertar o cerco à Rússia mediante a eventual incorporação da Ucrânia. Na Ásia do Pacífico, China e Japão reavivam sentimentos de hostilidade e projetos de expansão acalentados durante os conflitos mundiais do século passado. As guerras, [...] e as tensões regionais jogaram aos campos de refugiados cerca de 50 milhões de seres humanos, em 2014, ou o equivalente ao número total de vítimas da II Guerra... [que] vivem em condições [...] inaceitáveis, sem comida, [...], infraestrutura sanitária.¹¹

Do ponto de vista das relações entre produção, saúde e ambiente, é evidente o colapso de grandes áreas geográficas pelo mundo afora, inclusive nos Estados Unidos, em regiões como Virgínia e Texas, onde processos tecnológicos de exploração da natureza, considerados inovadores e modelares por outros países, inclusive pelo Brasil:

[...] liberam gás e petróleo do xisto que [...] envenenam os lençóis freáticos, expulsam famílias [de trabalhadores] de suas terras, contaminam os pastos e os produtos da agricultura, elevam a níveis epidêmicos as taxas de câncer¹¹.

Ademais, a produção de alimentos transgênicos, uma mística saída para a fome mundial, vai criando

uma barbárie anunciada de imensas proporções porque modifica de forma radical a maneira de exploração da natureza mediante o modelo de produção predador da agroindústria, e não se sabe de forma clara suas malélicas repercussões para o ambiente e para a saúde das populações¹¹.

Essa mesma realidade foi motivo de preocupação do maior mandatário da Igreja Católica, o Papa Francisco, que assim se pronunciou em sua recente viagem a países da América Latina, ocasião em que identificou o capitalismo como uma “ditadura sutil” e, quando de sua passagem pela Bolívia indagou, ao dirigir-se a centenas de ativistas, sem-teto, índios e quilombolas, muitos deles vindos do Brasil: “Reconhecemos que este sistema impôs a lógica de lucros a qualquer custo, sem pensar na exclusão social ou na destruição da natureza?”¹³. E completou com uma frase que poderia se confundir com a de revolucionários:

Digamos sem medo: queremos uma mudança real, mudança de estruturas. Este sistema já não se aguenta, os **camponeses**, os **trabalhadores**, as **comunidades** e os **povos** tampouco aguentam. Tampouco o aguenta a **Terra**...¹³ (grifos nossos)

Quanto às relações sociais de etnia, nos grandes centros urbanos o racismo recrudescer contra imigrantes e refugiados na Europa, a ponto de hoje, na França, haver a preocupação com o crescimento e a possibilidade, ainda que agora amenizada, de o partido nazifascista ter chance de eleger um presidente, enquanto que nos Estados Unidos a intolerância é dirigida a negros e hispânicos. No Brasil e outros países da América Latina, como México e Colômbia, instala-se uma raia contra moradores das periferias sob o argumento de guerra ao tráfico¹¹. E, no caso brasileiro, a escalada conservadora que ecoa no Congresso Nacional aponta como saída salvadora a diminuição da maioria penal, o que vai atingir particularmente o direito à infância de filhos de negros e despossuídos das classes populares.

Ainda no Brasil, no que se refere às alternativas de trabalho que o capitalismo improdutivo (rentista) aponta, aparece a atividade dos motofretistas, a qual tem provocado cerca de 20 mil mortes por ano na verdadeira guerra que se instalou no trânsito de cidades como São Paulo, Rio de Janeiro⁶ e nas regiões Norte e Nordeste, ao que se soma o grande exército de trabalhadores nas atividades de telemarketing, responsável pela ocorrência de lesões osteomusculares e distúrbios mentais¹⁴.

Ocorre que, como apontavam Marx e Engels, nada do que foi até aqui dito decorre de uma lei natural e é inevitável. Conforme afirmam¹⁵, as forças produtivas representadas pela ciência e tecnologia,

sob o capitalismo, tenderão a se transformar em “forças destrutivas”.

Frise-se que o avanço da ciência e da tecnologia, na perspectiva da produção de valores de uso, poderia eliminar a fome nos dias de hoje a medida que, na média:

... a agricultura mundial produz quase 3 mil calorias por dia por habitante, mais do que o suficiente para manter todo o mundo bem alimentado. As técnicas de construção e manejo da natureza permitiriam abrigar os 7 bilhões de seres humanos em habitações cômodas, decentes, ecologicamente sustentáveis¹¹. (p. 10)

A busca por uma acumulação e de um lucro cada vez maior concentra a renda – não nos esqueçamos da equação da barbárie: 85 famílias = 3,5 bilhões de pessoas – além de impor uma exclusão social sempre crescente¹¹.

Diante da barbárie diagnosticada, na relação entre capital e trabalho, engendrada pelo modo de produção capitalista, caberia voltar ao título do ensaio para pensar sobre os desafios a superar, considerando as formulações do campo ST. Antes de aprofundar tal abordagem, cabe uma digressão esclarecedora à luz do campo, ou seja, uma revisita aos seus pilares, considerando o papel do Estado, da Academia, dos Serviços de Saúde e do Movimento Sindical¹⁶.

Nesse sentido, assume-se aqui a afirmação de que as instituições de representação política tradicionais, como os partidos políticos, os sindicatos, os parlamentos, isto é, as formas de representação construídas no modelo do estado-nação da era fordista, estão falidas¹⁷. Tal realidade insere-se numa disjuntiva em que

O capital destrói e devora todas as estruturas políticas, sociais, culturais e estéticas e as metaboliza, de modo a reconfigurá-las à imagem e semelhança de seus interesses. O capital financeiro transformou o estado em mera caricatura, incapaz de sustentar até mesmo a miragem de sua suposta função de portavoz garantidor dos interesses universais de determinada sociedade¹¹. (p. 10)

Diante disso, traz perplexidade àqueles que indagam, nos dias de hoje, sobre o futuro da política e das formas de representação existentes, pois estão raciocinando conforme categorias de representação que não mais se aplicam para enfrentar o embate político num capitalismo monopolizado, sob o neoliberalismo globalizado, financeirizado, poupador de trabalho vivo e que se reestruturou produtivamente¹⁷.

Mesmo que se admita que a história acabou, isso não ocorrerá “[...] pela suposta vitória do capitalismo sobre outros modos de organização econômica, mas pela implosão bárbara do próprio capital.”¹¹. (p. 10)

O campo de práticas e saberes Saúde do Trabalhador: velhas novas questões

Sabe-se que o campo da ST é constituído de conhecimentos, saberes e práticas interdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e inter-setoriais, com trajetória comum ao Movimento da Reforma Sanitária e à redemocratização do país ocorrida nos anos de 1970-1980^{16,18}.

A formulação proposta pelo campo ST inseriu-se na saúde coletiva, a partir da abordagem da determinação social da saúde e da doença, a propósito do papel do trabalho nesta determinação, constituindo-se num novo olhar para a apreensão das relações Trabalho e Saúde, adotando novos métodos e conceitos que o distinguiram da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional¹⁶, tendo como protagonista o “[...] trabalhador como sujeito coletivo ativo nos processos.”¹⁹ (p. 40)

No sentido de avaliar a institucionalização do campo, uma análise histórica de suas políticas e diretrizes mostra problemas crônicos e conquistas importantes¹⁹. Um dos problemas de maior relevância é que o SUS, conforme aponta Vasconcelos²⁰, em sua missão enquanto sistema de saúde, até hoje não incorporou a centralidade do trabalho como categoria nodal na determinação social do processo saúde-doença das populações, mesmo considerando que, em sua origem, figuraram as formulações da saúde coletiva¹⁶.

Assim, percebe-se que a implantação e implementação de ações em ST no SUS apresentaram diversos entraves, como:

[...] falta de condições de trabalho para as equipes, ausência de pessoal qualificado com vínculos estáveis para o exercício das funções[...] Muitas iniciativas em Saúde do Trabalhador se viam sufocadas por impedimentos políticos para a efetivação de suas ações, devido à não priorização na agenda da gestão e o ‘uso’ do campo da saúde em função de interesses particulares¹⁹. (p. 44)

Quanto à possível institucionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, uma marca de sua identidade até agora não superada é a fragmentação das responsabilidades institucionais entre os ministérios da saúde, do trabalho e da previdência social, que atuam mediante ações supostamente complementares e muitas vezes concorrentes, mas sob os paradigmas mais diversos^{16,19,21}. Frise-se que o primeiro documento oficial que trata da matéria data do ano de 2000, partindo de iniciativa do MS, que formou grupo de trabalho interinstitucional para elaborá-lo. Em 2002, tal documento foi discutido em

audiência pública na Câmara dos Deputados, mas não chegou a ser publicado oficialmente²².

O campo ST como espaço também da saúde pública deveria garantir a saúde por meio de políticas econômicas e sociais que reduzem o risco de doenças, como prescreve a Constituição Federal de 1988. Ocorre, porém, que “[...] a dimensão macro-econômica e as políticas de incentivo à produção e desenvolvimento econômico no Brasil **nunca** foram nesta direção [...]”¹⁹ (grifo nosso)

Mesmo com a publicação do Decreto da Presidência da República nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador que envolve diretamente o MS, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o MPS¹⁰ e da Portaria do MS nº 1823, de 1 de julho de 2012²³, que trata da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, há o claro risco, como aponta Vasconcelos²⁴ “[...] de que ao erigir duas políticas de Saúde do Trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter **nenhuma** política de Estado para a área” (grifo nosso).

Exemplo dessa total desarticulação está explícito no início do presente texto, quando se discutiu a situação das estatísticas de AT e sua disparidade, dependendo do ministério pelo qual é registrado. O que se procurou destacar e apontar naquele trecho do texto é que os dados do MPS são cronicamente sub-registrados porque abrangem apenas os trabalhadores do mercado formal de trabalho, sendo que o diretor do Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional do MPS, Marco Antônio Perez assim se pronunciou:

É importantíssimo termos um trabalho **aprofundado** nesses acidentes (de trajeto) que têm aumentado muito. Foi um passo importante dado pelo IBGE [...] já que a Previdência **só capta** trabalhadores formais [...] empregadas domésticas, por exemplo, só agora entrarão nas estatísticas oficiais da Previdência, mesmo assim as que conseguiram ter a carteira assinada.⁹ (grifos nossos).

A afirmação, além de demonstrar o vazio do que representam as informações providas do MPS, continuam a demonstrar a grande falta de integração entre os três ministérios referidos, mesmo sabendo que são eles que aparecem no Decreto 7.602/2011 que “dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST)” como responsáveis pela implantação e implementação de tal política¹⁰.

A respeito da pesquisa do IBGE o MTE, que é considerado o maior responsável pelos planos de segurança e pela fiscalização das condições e ambiente de trabalho no país, “[...] afirmou que **não** iria comentar a pesquisa.”⁹ (grifo nosso). Tal descaso

seria emblemático da falta de interesse em discutir as falhas na ação do próprio MTE?

A propósito, a atuação do MTE nas ações de “fiscalização” dos ambientes e processos de trabalho tem tido um esvaziamento deliberado desde os governos de Fernando Henrique Cardoso, o que se manteve nos governos do PT. Esse espaço vem sendo ocupado pelo MPT, sendo dignas de nota as iniciativas que patrocina, como a campanha de denúncia sobre a “humilhação no ambiente de trabalho” que configura o chamado assédio moral. Ao lado disso, sua atuação busca articular atividades com o próprio MTE, agindo no ramo da indústria frigorífica; na agroindústria; no setor de serviços, como hiper e supermercados; dentre outros. Sua atuação se dá a partir de denúncias da sociedade e, ao aceitá-las, adota, mediante inquérito civil, medidas tanto administrativas – como os Termos de Ajuste de Conduta (TAC) – quanto judiciais, quando não há acordo entre os demandantes, cujo resultado é o ajuizamento do Processo de Ação Judicial, predominantemente as Ações Cíveis Públicas²⁵, como foi o caso da empresa Samarco, na recente maior tragédia brasileira ocorrida em Mariana, Minas Gerais. Sobre a atuação mais recente do MPT nas questões relacionadas à saúde do trabalho é interessante a contribuição de Carelli²⁶.

Essa realidade apenas corrobora a constatação secular de que mesmo após a aprovação de decretos, portarias e resoluções a respeito da PNSST, continua existindo um completo divórcio dos três ministérios no que concerne a uma atuação integrada, o que é ainda mais gritante no interior do MS. Nele existe uma Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério (SVS/MS) e, se reparar de forma mais arguta sobre que instituição do MS patrocinou a pesquisa com o IBGE, constata-se que foi o Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde daquele órgão, o que sugere, de fato, também um divórcio intrainstitucional das instâncias do MS que deveriam atuar de forma plenamente articulada. Fato mais intrigante ainda é que a referida pesquisa foi coordenada, na parceria com o IBGE, por uma pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, órgão de ensino e pesquisa subordinado ao MS. Ela comentou que o número de AT é elevado, mas já havia a percepção de que a insegurança no trabalho é latente no Brasil: “[...] o número é muito alto, mas não surpreendeu tanto assim”⁹. Ou seja, para ela é natural que se espere essa verdadeira catástrofe social que vem vitimando milhões de trabalhadores brasileiros ao longo dos anos.

O envolvimento de dois órgãos do mesmo ministério, Fundação Oswaldo Cruz e Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

e Promoção da Saúde, de forma apartada da instância que tem a prerrogativa de coordenar a atuação do MS em Saúde do Trabalhador apenas desnuda uma situação que escancara a crônica e contumaz desintegração de ações dentro do MS. Chama-se ainda atenção para o fato de a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e de a Trabalhadora do MS já ter sido definida há três anos²³.

No que diz respeito ao controle social, talvez essa tenha sido a marca principal das propostas para a organização de serviços de atenção à saúde no campo ST, algo que aconteceu mesmo anteriormente à implantação do SUS²⁷. Ocorre que, se este foi um marco das lutas sociais nos anos 1980, posteriormente as instâncias de controle social em ST definiram num verdadeiro mercado corporativo de reivindicações e de fragmentação de interesses²⁸, e os movimentos sociais reivindicativos daquela época foram transformando-se em instâncias burocráticas e consultivas vinculadas aos “[...] Conselhos de Saúde e às Conferências com reflexos importantes para o desenvolvimento de ações contundentes em todos os níveis de ação”¹⁹.

A propósito dessa temática, na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em março de 1994, discutia-se que o SUS atendia aos trabalhadores vítimas de AT, os quais tinham que ficar afastados; mas o MPS não reconhecia os exames já realizados, havendo demora para conceder o benefício. O trabalhador era obrigado a refazer exames por exigências do INSS²⁹. Quando foi realizada a IV CNST, em dezembro de 2014, a discussão girou em torno da constatação de que o MS e o MPS são ministérios que dialogam muito pouco, demorando e criando gastos desnecessários na atenção ao acidentado pelo trabalho ou vítima de doença relacionada ao trabalho³⁰.

Observa-se que vinte anos separam os comentários ocorridos nos dois eventos e que eles pouco diferem entre si, prova clara do divórcio que ainda existe entre a atuação do MS e a do MPS na assistência e no manejo pericial consequente do atendimento assistencial aos trabalhadores acidentados pelo trabalho, apesar da existência da PNSST¹⁰.

Essa situação de não avanço e mesmo de verdadeiro atraso, agora de caráter conceitual (e operacional), foi também explicitada quando realizada, em novembro de 2005, a III CNST. Apesar de terem sido mobilizadas 100 mil pessoas em todo o processo de seu desenvolvimento, a análise de seus resultados foi considerada um retrocesso na medida em que muitas de suas resoluções retomaram os paradigmas da saúde ocupacional, afastando-se dos pilares do campo ST^{27,31}.

Sobre a IV CNST realizada em novembro de 2014, durante um período da pesada disputa eleitoral presidencial, o máximo que se pode dizer é que ocorreu

num momento político inadequado³² e continuou mantendo lógica hoje questionável de apartar-se da realização da Conferência Nacional de Saúde, cuja décima quinta edição ocorreu em novembro de 2015. Frise-se que as repercussões de sua realização foram praticamente nulas, pois até agora não se deu publicidade a seu relatório final, ainda mais sabendo-se que a IV CNST reivindicou a prática da intersectorialidade entre instâncias do governo e maior atenção para agravos decorrentes das atividades humanas³⁰.

Ainda no que diz respeito à Política Nacional de Saúde do Trabalhador, da parte do MS foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast)³³⁻³⁵ que representou uma estratégia para viabilizar a alocação de verba orçamentária federal dirigida para o financiamento das ações em ST nos estados e municípios, buscando priorizar as ações de vigilância, de apoio técnico e de capacitação pela ação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Porém, também houve críticas ao processo de implantação quando “[...] ficou patente a **desarticulação** das áreas de política e assistência do Ministério da Saúde e as divergências entre elas sobre o modelo da rede”¹⁹ (grifo nosso). Os Cerest pouco se integraram à rede de serviços básicos de saúde e sequer se tornaram referência a tais serviços, o que levou a um importante alheamento por parte do SUS das relações trabalho-saúde, na medida em que nos Cerest privilegiou-se a assistência, fato este que subverteu o escopo de prioridades de ação, levando a uma situação de pequeno impacto do seu papel nas ações de vigilância e de intervenção no que refere a mudanças nos processos de trabalho³⁶.

Ademais, nas equipes constituídas para os Cerest, privilegiou-se a contratação de médicos e enfermeiros do trabalho, bem como engenheiros de segurança do trabalho, não sendo prevista sequer a possibilidade de conflito de interesses quando tais profissionais trabalhassem para empresas, como foi apontado ao representante da área de ST do MS à época quando se discutiu contribuições para a revisão da portaria que criou a Renast, em 2009³⁵. Tal questionamento ocorreu por ocasião do I Simpósio Nacional de Saúde do Trabalhador (Simbrast), promovido em 2007 pelo Grupo de Trabalho de ST da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)³⁷.

Ademais, mesmo com a ampliação da rede de Cerest dentro da Renast, que em 2013 atingiu 210 centros³⁸, houve paradoxalmente uma fragilização “[...] da missão sanitária no campo da Saúde do Trabalhador”¹⁹.

Observa-se que, como aponta o dossiê “Atenção Integral em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública”, publicado em 2013 no volume 38, números 127 e 128 da Revista

Brasileira de Saúde Ocupacional, algumas experiências exitosas de atuação dos Cerest situam-se justamente naqueles casos em que houve uma aproximação com a rede básica de serviços de saúde a partir da implantação da estratégia do Apoio Matricial, na perspectiva de capacitar as equipes da Atenção Básica em Saúde em ações de Saúde do Trabalhador^{39,40}.

Do ponto de vista organizacional, há alguns anos são realizados encontros regulares da Renast, em nível nacional promovidos pelo MS, sendo que em 2013 houve o sétimo deles. O mesmo tem ocorrido em relação às Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist). Tais eventos não apresentam objetivos claros e não têm provocado qualquer impacto na Política Nacional de Saúde do Trabalhador ou nas ações dos serviços de saúde e nem no controle social¹⁹.

Todavia, deve ser salientado o esforço encetado pelo MS para a produção de protocolos e listas de notificação de doenças como instrumentos de ações de saúde pública. Assim, em 1999 foi publicada a listagem oficial de doenças de notificação compulsória e originadas nos processos de trabalho, que contém em torno de 200 doenças organizadas por um sistema de dupla entrada: doença e agente causador ou risco ocupacional. Sua importância e orientação de aplicação estão apontadas no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, publicado pelo MS⁴¹. Ademais, nos anos posteriores, vários serviços voltados para a saúde dos trabalhadores desenvolveram protocolos e, a partir de 2007, o MS patrocinou a elaboração de onze protocolos para orientar a atuação da Renast, os quais abordam as Lesões por Esforços Repetitivos (LER); o trabalho infantil; o benzenismo; a perda auditiva; a doença mental relacionada ao trabalho; dentre outros.

No âmbito do SUS, a Portaria nº 777/2004 do Gabinete do Ministro da Saúde, posteriormente atualizada pela Portaria do Gabinete do Ministro nº 104/2011⁴² regulamentou procedimentos para notificação compulsória de onze agravos em ST pela rede SUS. Os resultados de tal iniciativa levaram “... à significativa elevação das notificações, [...] entre 2007 e 2012, o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan) registrou aumento de 41 mil notificações em 2007 para 109 mil em 2012”¹⁹.

Além disso, há um investimento na capacitação de pessoal com o financiamento de cursos de especialização e mestrado profissional em ST para os profissionais do SUS na perspectiva de potencializar as ações dos Cerest¹⁹. É digno de nota que esforços também foram dirigidos para o acesso à informação e comunicação em ST.

No âmbito do MPS foi adotada uma inovadora abordagem dos efeitos dos acidentes de trabalho quando, em 2007, pelo Decreto nº 6.042/2007 foram instituídos o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) e o Fator Previdenciário (FAP)¹⁹. Tal proposta inova na medida em que considera

[...] o risco a partir do nexo presumido da ocupação, o que representa, por parte do Estado, o reconhecimento de que a atividade é danosa à saúde e caberá à empresa o ônus de provar que o agravo não foi decorrente da atividade ocupacional¹⁹.

Para alguns autores⁴³, tal mudança de enfoque levou a uma elevação no registro de acidentes do trabalho entre 2006 e 2008, da ordem de 46%, com aumento de 152% na concessão, pela Previdência Social, dos “[...] benefícios auxílio-doença-previdenciários. Mas, [...] recomenda a avaliação contínua da repercussão e do impacto do FAP”¹⁹. Quanto ao protagonismo dos trabalhadores, observa-se nos últimos anos um refluxo da ação do movimento sindical como ator protagonista nas ações em ST¹⁴.

Hoje, o chamado controle social relacionado às ações dos Cerest é algo inexistente, o que tem reduzido sua ação a aspectos meramente assistenciais. Mesmo a capacitação maciça de seus técnicos “... [o que] não se expressa na qualidade dos encontros nacionais ou nas propostas de atuação[...] pode estar relacionado à rotatividade dos técnicos [...] ou à inadecuada programação da formação para o serviço”¹⁹.

Observa-se que os Cerest, em geral, não assumiram o papel de se apropriar do mapa produtivo das regiões em que atuam, bem como de compreender os perigos à saúde daí decorrentes e as ameaças futuras advindas do atual modelo econômico brasileiro, que volta a ser um país produtor de *commodities*¹⁹.

Assim, aos desafios colocados ao SUS somam-se aqueles que deveriam ser compartilhados com as áreas do trabalho, previdência social e ambiente, “[...] o que talvez **nunca** se consolide [...] posto que a saúde integral **não** é uma política de Estado, mas é objeto apenas da legislação em Saúde”¹⁹ (grifos nossos).

Desafios a enfrentar: o campo ST na encruzilhada

Considerando o tripé de sustentação do campo ST, importa hoje, na crítica realidade social brasileira pensar, sob novos parâmetros, no que representaria o papel do Estado ampliado⁴⁴ aí incluídos o SUS, a Universidade; bem como o papel dos órgãos de representação sindical.

É cada vez mais claro que o SUS encontra-se numa encruzilhada sofrendo ataques da iniciativa privada nacional à qual se associou, nos últimos anos, o capital internacional, ao que alia o fato de que continua padecendo da falta de legitimidade junto às classes trabalhadoras^{39,45}.

No que se refere à universidade (pública), os critérios produtivistas que a solapam contribuem também para que se aparte das questões que interessam à saúde da população geral e das classes trabalhadoras, sendo cada vez mais evidente que as pesquisas retornam – quando investigam sobre tal realidade –, às abordagens caudatárias do arsenal conservador baseado na Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional⁴⁶.

Quanto à representação sindical, sabendo-se que suas formas tradicionais de atuação como sindicatos e centrais sindicais estejam enfraquecidas e colocadas em xeque, não causa espanto que algumas das chamadas “centrais” sindicais defendam posições favoráveis a iniciativas francamente contrárias aos interesses dos trabalhadores como é o caso do projeto de lei (PL) aprovado na Câmara Federal em 8 de abril de 2015 sob nº 4.330, mas que era datado de 2004 – o qual “regulamenta” as terceirizações e está agora tramitando no Senado Federal sob o número 30/2015 –, com a alegação de que tal projeto vai “colocar ordem” na balbúrdia em que se transformou o mercado de trabalho no regime terceirizado⁴⁶.

Vê-se a postura recente de algumas entidades nas manifestações sobre o PL observadas durante os atos políticos realizados no dia 1º de maio de 2015: foram ambíguas como aquelas do Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), que fez alianças com o prefeito de São Paulo e teve dificuldade de escolher um lado sem prejudicar alianças momentâneas e futuras, mesmo sendo um possível fiel da balança quando da discussão do projeto de lei no Senado⁴⁶. Quanto à Central Única dos Trabalhadores (CUT), não se coloca claramente contra o PL. A União Geral dos Trabalhadores (UGT), que se não é totalmente contrária ao PL, não aprova sua extensão a todas as atividades, inclusive àquelas consideradas atividades fim. No espectro da direita, a força sindical não se encorajou a defender totalmente o projeto de lei diante de seus trabalhadores representados na festa de 1º de maio de 2015⁴⁶.

De certa forma, a situação observada durante as manifestações do Dia do Trabalho expressa a cooptação pelo aparato do Estado de setores sindicais outrora mais combativos, uma realidade que contribui para enfraquecer as lutas por direitos sociais inclusive no que se refere à saúde dos trabalhadores¹⁴.

O mesmo Estado que coopta, demonstra uma atuação paradoxal, como é observado no Brasil, considerando sua posição no concerto internacional como a sétima/oitava economia do mundo, conforme apontam alguns indicadores que expressam sua subalteridade a interesses internacionais, como a não proibição do uso, comercialização e exploração do asbesto, algo que já ocorreu em sessenta países. A isso se soma a posição, desde 2008, de maior consumidor mundial de agrotóxicos, outro indicador de que “[...] processos produtivos danosos encontram, no Brasil, espaço para promover o incremento de danos ambientais e humanos **sem** resistência social política e institucional relevante”¹⁹ (grifo nosso).

Se durante a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, já se prenunciava uma “colonização” conservadora das conclusões e recomendações dela advindas, pelos pressupostos da Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho²⁷, hoje é evidente a despolitização do campo e a falta de iniciativa quanto ao desafio de tornar a temática “[...] uma questão de Estado e indicador para o modelo de desenvolvimento econômico [o que] pode levar a Saúde do Trabalhador [a adaptar-se] ao modelo da Medicina do Trabalho, em retrocesso sem precedentes”¹⁹.

Um modo de reagir a esta previsão é retomar a discussão da tríade trabalho, saúde e ambiente numa

perspectiva e articulação que superem os espaços carcomidos dos partidos políticos existentes e das entidades sindicais que os representam. Assim, deve caber também à sociedade civil organizada apontar os novos caminhos e, neste sentido, deve-se estar atento às inovadoras instâncias de organização política que hoje prosperam pelo mundo, como é o exemplo da Espanha, com o Movimento dos Indignados que, particularmente em Madri e Barcelona, demonstrou forte protagonismo, pois nessas cidades suas candidatas, as duas participantes desse movimento, concorreram com chance de eleição ao cargo de prefeitas e, no Brasil, do Movimento dos Trabalhadores Urbanos Sem Teto.

Finalmente, cabe alertar que se as formas conhecidas de representação demonstram sinais evidentes de enfraquecimento, desgaste e perda de representatividade, outras virão, e poderão assumir a bandeira cunhada no século XIX rumo à utopia do socialismo contra a barbárie. Mesmo que tal realidade seja algo ainda não visto de forma clara no horizonte político, historicamente constitui-se como uma realidade não longínqua, cuja construção permitirá uma participação solidária de construção de direitos e avanços sociais que, quem viver e for atento, certamente verá!

Referências

1. Ribeiro HP, Lacaz FAC, organizadores. De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat)/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo (Imesp); 1985.
2. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Suplemento histórico (1980-2014). Brasília: MPS/DATAPREV; 2012 [citado em 2016 nov 16]. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/aeps2014_suplemento.pdf
3. Souza JC, Paiva T, Reimão R. Sono, qualidade de vida e acidentes em caminhoneiros brasileiros e portugueses. *Psicol Estud.* 2008;13(3):429-36.
4. Waltrick R. No Brasil, chance de morrer no trânsito é até 12 vezes maior. *Gazeta do Povo* [Internet]. 2011 jun 5 [citado 2016 nov 4]. Disponível em: <http://bit.ly/2fphiCD>
5. Konig M. Acidentes custaram R\$ 70 bilhões em 7 anos. *Gazeta do Povo* [Internet]. 2015 jul 6 [citado em 2016 nov 4]. Disponível em: <http://bit.ly/1NM9CG4>
6. Monteiro A. Revisão de dados afasta país de meta de morte no trânsito. *Folha de São Paulo.* 2015 jul 14:Cotidiano:B1.
7. Brasil. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: Diário Oficial da União; 1997.
8. Brasil. Lei nº 12.009, de 29 de julho de 2009. Regulamenta o exercício das atividades dos profissionais em transporte de passageiros, “mototaxista”... Brasília: Diário Oficial da União; 2009.
9. Almeida C. Atividade de risco: 5 milhões de trabalhadores se acidentaram em um ano, diz IBGE. *O Globo* [Internet]. 2015 jun 21 [citado em 2015 jun 23]. Disponível em: <http://glo.bo/2fLJZhD>
10. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.602/2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília: Diário Oficial da União [Internet], 2011. Disponível em: <http://bit.ly/29bB2tt>
11. Arbex Jr J. Nova Roma. A barbárie não é mais um prognóstico. *Caros Amigos.* 2015;(218):10.
12. Rossi C. Rico ri, mas não é à toa. *Folha de São Paulo.* 2015 jun 4: Seção Mundo: Caderno 1:A12.

13. Maisonnave F. Papa pede mudança na estrutura mundial. Folha de São Paulo. 2015 jul 10: Seção Mundo; Caderno 1:A7.
14. Lacaz FAC. Diferentes formas de apreensão das relações trabalho e saúde/doença. O campo Saúde do Trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 505-610.
15. Engels F, Marx K. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo; 2007.
16. Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
17. Antunes RC. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? Serv Soc Soc. 2011;(107):405-19.
18. Lacaz FAC. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. Saúde Soc. 1994;3(1):41-59.
19. Ribeiro FSN, Leão LHC, Coutinho SRA. Saúde do trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. Em Pauta. 2013;11(32):39-63.
20. Vasconcelos LCF. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
21. Costa DF, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas. Rev Bras Saúde Ocup. 2013;38(127):11-20.
22. Nobre LCC. A política de saúde do trabalhador no Brasil e na Bahia. In: Nobre LCC, Pena PGL, Batista R, organizadores. A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios. Salvador: Edufba, Sesab, Cesat; 2011. p. 23-92.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823 de 23/08/2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
24. Vasconcelos LCF. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. Rev Bras Saúde Ocup. 2013;38(128):179-82.
25. König M. O Brasil nas mãos de terceiros. Gazeta do Povo [Internet]. 2015 jul 7 [citado em 2016 nov 4]. Disponível em: <http://bit.ly/1MchU9m>
26. Carelli RL. O Ministério Público do Trabalho na proteção do Direito do Trabalho. Cadernos CRH. 2011;24 (supl 1):59-69.
27. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(4):757-66.
28. Lacaz FAC, Florio SMR. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(6):2123-34.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. Anais da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; 1994. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
30. Morosini L. Visibilidade contra doença. Conferência cobra intersectorialidade entre instâncias do governo e maior atenção para agravos decorrentes das atividades laborais. RADIS. 2015;(151):30-2.
31. Freire LMB. Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social. Serv Soc Soc. 2010;(102):289-313.
32. Jackson Filho JM, Lacaz FAC, Costa D, Vilela RAG. Resposta dos autores. Rev Bras Saúde Ocup. 2013;38(128):197-8.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Brasília: Diário Oficial da União; 2005.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2009.
36. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):707-807.
37. Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
38. Brasil. Ministério da Saúde. 2º Inventário de Saúde do Trabalhador: acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://bit.ly/2emfTfb>
39. Santos APL. Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) do estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
40. Santos APL, Lacaz FAC. A saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 87-105.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil;

2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2025.pdf>
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25/01/2011. Define terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
43. Machado JHM, Sorratto L, Codo W. Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
44. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. São Paulo: Civilização Brasileira; 1978.
45. Costa NR. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FBC e Lula. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):693-706.
46. Primi L. O ataque do Capital. Terceirização avança nos setores conservadores do Congresso e ameaça trabalhadores. Caros Amigos. 2015;(218):29-32.