

Política de Saúde do Trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas

Maria Angélica Tavares de Medeiros¹

Vera Lúcia Salerno²

Mírian Pedrollo Silvestre²

Lilian Vieira Magalhães³

Occupational Health Policy: revisiting the case of Workers' Reference Centre in Campinas, São Paulo, Brazil

¹ Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo *Campus* Baixada Santista, Santos, SP, Brasil.

² Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ Faculty of Health Sciences, Western University, Ontario, Canadá.

Contato:

Maria Angélica Tavares de Medeiros

E-mail:

angelica.medeiros@unifesp.br

As autoras declaram não haver conflitos de interesses.

Resumo

Introdução: O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) de Campinas nasceu em 1986 como demanda sindical. **Objetivo:** Este artigo analisou a trajetória do Cerest-Campinas, cotejando desafios identificados em estudo de 2001 com a realidade de 2012. **Métodos:** utilizou-se análise secundária, comparando-se os dados de 2001 com o momento atual. Em caderno de campo registraram-se reflexões e depoimentos de profissionais para análise de conteúdo. **Resultados:** Embora a vigilância apresente limitações estruturais relacionadas à marginalização da política de Saúde do Trabalhador, houve avanços na assistência. No entanto, os óbices verificados em 2001 se agravaram atualmente. Dificuldades na gestão e no financiamento, aliadas a problemas e mudanças na administração municipal, geraram uma crise que, em 2011, ensejou o movimento “Em defesa do Cerest”. Chamou a atenção, igualmente ao estudo anterior, o grau de envolvimento da equipe que, não obstante os impasses, segue enfrentando os problemas. **Conclusão:** O Cerest sobrevive no seio de contradições e grandes desafios permanecem. A ameaça de fechamento reacendeu o compromisso dos sujeitos historicamente envolvidos (profissionais e sindicatos), sugerindo possibilidades que, a depender do rearranjo de forças político-institucionais, podem colaborar na consolidação da política de Saúde do Trabalhador nos planos local e nacional.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; serviços de saúde do trabalhador; política de saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: *The Regional Occupational Health Reference Center (Cerest) opened in Campinas, São Paulo State, Brazil, in 1986, as a union demand. Objective: To analyse the trajectory of Cerest-Campinas comparing the challenges identified in a 2001 study with the 2012 reality. Methods: Secondary analysis was carried out comparing the current moment with data from 2001. For content analysis, the authors recorded Cerest workers' reflections and testimonies in a field notebook. Results: Although there are structural limitations concerning Surveillance, especially regarding marginalization of the Occupational Health Policy, there has been progress in Health Care. Nevertheless, the obstacles faced in 2001 are greater nowadays. Difficulties in management and financing coupled with municipal administration problems caused a crisis culminating in a movement “In defence of Cerest” (2011). As in the previous study, a relevant fact was the degree of personal involvement of Cerest workers, as they, in spite of all difficulties, kept resisting. Conclusion: Cerest survives amidst contradictions, and challenges remain. The threat of its closing called back the commitment of historical actors (professionals and unions) involved, suggesting possibilities, which, depending on rearrangement of political institutional powers, can consolidate workers' health policy, in local and nationwide levels.*

Keywords: occupational health; occupational health services; health policy; Brazilian Unified Health System.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 19/04/2013

Aprovado: 23/04/2013

Introdução

No cenário brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS), a agenda da Saúde do Trabalhador compõe um dos desafios a serem enfrentados face ao quadro de morbimortalidade dessa população e à complexa malha causal implicada na relação entre trabalho e saúde.

Historicamente, as políticas públicas em saúde e trabalho operam em conformidade com as determinações do sistema capitalista brasileiro, em cada momento específico de realização da acumulação (FALEIROS, 1992). Por seu turno, a lógica operacional das instituições governamentais atuantes na área de saúde do trabalhador, como o Ministério do Trabalho e Emprego e o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), é marcada pela fragmentação e desarticulação, pouco incidindo sobre as condições insalubres dos processos de trabalho (DIAS, 1994; LACAZ, 1996; GOMEZ; COSTA, 1997; GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012). Este é um dos móveis da construção de programas de Saúde do Trabalhador em finais da década de 1980, em resposta à insuficiência das intervenções estatais.

Tais experiências compõem momento fértil do cenário nacional: somando o ressurgimento do movimento sindical no ABC paulista, em finais da década de 1970, em oposição ao arrocho salarial do período militar (1964-1986), ao debate em torno da Reforma Sanitária, aliado ao agravamento das condições de saúde em geral e dos trabalhadores em particular (CHASIN, 2000; MEDEIROS, 2001; LACAZ, 2007; GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

Este texto se propõe a revisitar a trajetória do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (Cerest-Campinas) à luz de estudo realizado no período de 1986 a 1998 (MEDEIROS, 2001). Partindo da síntese dos principais resultados daquela pesquisa, pretende-se realizar uma primeira reflexão, procurando verificar em que medida o serviço avançou na superação dos impasses ali identificados e na consolidação do modelo de gestão e funcionamento previamente proposto.

Considerações metodológicas

A investigação de Medeiros (2001), de caráter qualitativo, envolveu acervos documentais e entrevistas, tendo sido realizada uma análise imanente das fontes (CHASIN, 2000), que parte do respeito à sua lógica interna, buscando apreender a totalidade na qual se situa essa realidade, que é dinâmica e está inscrita na processualidade histórica nacional.

O presente estudo foi construído a partir de metodologias de análise secundária, frequentemente utilizadas em pesquisas da área de saúde (BISHOP, 2007; FIELDING, 2000). Neste caso, a análise secundária objetivou articular uma perspectiva histórica, por intermédio da revisão de dados primários produzidos uma década atrás (MEDEIROS, 2001). O novo estudo levou em conta condicionantes sociais atuais, notadamente as diretrizes políticas de saúde e trabalho (LACAZ; SANTOS, 2010), bem como a reestruturação da produção (ANTUNES, 2009).

Após uma atualização da literatura na área, evidências do estudo anterior, relativas aos impasses e desafios do Cerest-Campinas, foram contrastadas com a realidade de 2012 a partir da experiência acumulada por indivíduos que ainda atuam no serviço (agora coautores do presente artigo). Reuniões de planejamento entre as quatro autoras foram realizadas para a revisão dos referidos dados primários. Um caderno de campo foi criado para registrar estes diálogos, além de depoimentos informais de integrantes da equipe do serviço. Em outra frente de trabalho, as autoras compilaram dados recentes da produção do Cerest-Campinas, bem como variado material jornalístico referente às atividades atuais do serviço. Todo o material obtido foi, então, retrabalhado, a partir de análises de conteúdo que produziram os resultados ora apresentados (MINAYO, 2002).

O recorte do estudo atual privilegiou o exame de uma política cujo mote foi a integração das ações de assistência médica individual e vigilância nos locais de trabalho.

Há que ressaltar, entretanto, que análises secundárias de dados qualitativos, ainda que realizadas pelos mesmos pesquisadores responsáveis pela coleta original, como no caso deste artigo, não se destinam a produzir conhecimentos novos sobre o material antigo (PARRY; MAUTHNER, 2005). Análises secundárias se dispõem, de fato, a repensar os questionamentos originais a partir de uma realidade atual, que pode ou não ter sido alterada em suas condições estruturais e contextuais. É exatamente a relação entre estrutura e contexto que interessa revisitar no caso do Cerest-Campinas. Eis, portanto, o que foi possível rever, reproblematicar, recategorizar e até reafirmar, uma década depois.

Resultados e discussão

O Cerest-Campinas: configurações e contradições

O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Campinas nasceu em 1986, tendo como peculiaridade o fato de ter sido gerado por demanda dos próprios trabalhadores (MEDEIROS, 2001). Em 2003, incorporou-se à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), no processo de regu-

lamentação do SUS, desdobrado em novas portarias e decretos, ampliando e descentralizando as ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2005, 2009a, 2009b, 2011). Em 2006, o serviço passou a ser chamado de Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Campinas (Cerest), igualmente aos semelhantes no país (BRASIL, 2005). O Cerest-Campinas possui uma área de abrangência de nove municípios: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Hortolândia, Nova Odessa, Paulínia, Sumaré e Valinhos (BRASIL, 2002), com uma população estimada em 2.067.939 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O marco zero dessa trajetória se estabeleceu pela convergência entre mobilização sindical contra a insalubridade gerada pelos processos de trabalho e a permeabilidade institucional da gestão municipal, que propiciou o acolhimento da demanda. A força desse encontro desvelou a elevada incidência de doenças relacionadas ao trabalho nas décadas de 1980 e 1990. Enfatizavam, os depoimentos, que a participação dos sindicatos na fundação do então PST decorreu da necessidade de superação do assistencialismo vigente, sendo “[...] um projeto nascido fora da instituição” (Profissional entrevistado 5, MEDEIROS, 2001, p. 171). O Programa, por sua vez, subsidiou o movimento sindical em negociações coletivas com o reconhecimento do nexos causal entre trabalho e agravo (MEDEIROS, 2001).

A inovação impressa pelos programas de saúde do trabalhador na década de 1980 é reconhecida por vários autores (OLIVEIRA, 1994; LACAZ, 1996; LACAZ, 2007), sobretudo no que se refere a suplantarem o assistencialismo inaugurado no período Vargas (anos 1940), atrelando os sindicatos ao Estado. “A pujança para tanto é dada pela renovação sindical de finais da década de 1970, reposicionando o movimento dos trabalhadores na cena política nacional” (MEDEIROS, 2001, p. 170).

Sobre os pressupostos da atenção figuram o reconhecimento da relação entre saúde-doença e processo de trabalho e a interlocução com os trabalhadores; o aprimoramento da capacidade de diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho na rede de saúde; e a premência de redução dos riscos nos locais de trabalho pela articulação interinstitucional, integrando órgãos de assistência, sindicatos e instituições com poder de polícia.

A cogestão sindical do Cerest foi mencionada, no estudo de Medeiros (2001), não somente como o impulso originário do Programa, mas como móvel de sustentação política, antecedendo o controle social proposto pelo SUS (1990), quando a antiga Comissão Sindical se tornou Conselho Gestor. “O Conselho, que já existia desde 1987, foi posto como Conselho Local

na Unidade de Saúde do Trabalhador” (Profissional entrevistado 1, MEDEIROS, 2001, p. 177). Premidos pela ausência de apoio do poder local, era patente nas falas a pressão política que o movimento sindical exerceu como suporte ao serviço, conforme os depoentes: “A nossa maneira de atuar é via Comissão Sindical [...] que participa ao vivo das discussões, traz prá gente e leva alguma coisa que foi decidida aqui” (Profissional entrevistado 4, MEDEIROS, 2001, p. 180):

É uma relação de ajuda mútua [...] um respaldo fundamental que a instituição Prefeitura não nos dá. Cada vez que precisamos da Prefeitura para sustentar posições políticas, não tem sido muito tranquilo e o movimento sindical dá e, por outro lado, acho que respondemos para eles fazendo a discussão, ainda que sem o impacto desejado. (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 179)

Eu enxergo essa participação dos sindicatos como fundamental para a existência e manutenção, para fazer com que o serviço seja um serviço de referência dos mais importantes a nível nacional [...] Na minha opinião, independente das administrações municipais [...] mantém-se a importância política do serviço. Não só por causa do trabalho técnico daqui, mas por causa da importância política disto, que peita, muitas vezes, grandes metalúrgicas e várias empresas que têm influência no poder municipal, estadual e até nacional. Isto se mantém, graças a essa articulação política que o movimento sindical garante. (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 180)

A omissão do poder local parece determinar o caráter marginal da incorporação do Cerest à política municipal de saúde. Indagados a respeito da posição que ocupa a saúde do trabalhador no município, os atores revelaram o distanciamento entre o que é feito no âmbito interno e nos demais níveis da política de saúde:

Quando a gente fala em Política de Saúde do Trabalhador no município é quase uma coisa etérea. O que o CRST faz, faz porque resolveu fazer, não é porque veio uma diretriz política discutida no Conselho Municipal de Saúde. (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 98)

Com alocação de recursos subordinada às orientações políticas de cada gestão, o serviço foi considerado um “apêndice” (Profissional 1, MEDEIROS, 2001, p. 97) do sistema. Sobressai o isolamento quando os profissionais acusam a posição menor que ocupa a política de saúde do trabalhador na rede de saúde (MEDEIROS, 2001).

Essa fragilidade com que se movimenta o serviço obstaculiza a constituição de base mais sólida de sustentação. Da análise das fontes depreendeu-se que, desde o primeiro ano de funcionamento do Programa (1987) até 1998, o Cerest-Campinas sofreu periódicas descontinuidades de suas ações face às distintas orientações das gestões municipais (MEDEIROS, 2001). Nos anos 2000, segundo observações empíricas dos atores remanescentes, esse impasse não foi resolvido.

Os limites do processo de institucionalização da atenção à saúde do trabalhador pelas redes de saúde foram notificados por análises realizadas na década de 1990 (DIAS, 1994; CAVALCANTI, 1996; GOMEZ; COSTA, 1997). Para Lacaz (1996), a ausência de respaldo às ações dos centros de referência é um elemento estrutural que acompanhará sua constituição.

No caso de Campinas (MEDEIROS, 2001), contudo, ao mesmo tempo em que os atores envolvidos denunciavam os impasses, em sentido aparentemente oposto reafirmavam o papel do Cerest, salientando o mérito de ter sobrevivido à vaga que desarticulou as propostas da década de 1980:

O Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas é fundamental nisso, porque outras iniciativas da época tiveram importância e depois retrocederam. Não tem basicamente nada hoje [...] não tem esse viés do Programa de Campinas, [...] que é a questão sindical. (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 101)

Nessa direção, os entrevistados argumentavam “[...] em favor de avanços significativos, ainda que permeados por contradições”, envolvendo não somente poder local, mas o fato de o serviço assumir a perspectiva do trabalho, suscitando o confronto com os interesses do capital. Para sustentar um serviço entremeadado de conflitos, a aposta foi na reafirmação do apoio sindical e na construção de parcerias inter-setoriais (MEDEIROS, 2001, p. 102).

Na seara das relações intersetoriais, contribuiu para a qualificação do Cerest-Campinas, o termo de cooperação Brasil-Itália, firmado em 1994, entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e as secretarias de saúde dos municípios, fomentando a capacitação dos profissionais para a vigilância e a assistência e o investimento em equipamentos para maior resolutividade diagnóstica. Parceria produtiva foi igualmente verificada na relação de troca com as universidades (Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas e Universidade Estadual de Campinas – Unicamp), dando suporte às formulações da política, enquanto o Cerest contribuiu para a formação, oferecendo estágios interdisciplinares. Constatou-se deslocamento favorável, notadamente no que se refere ao convênio entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o Ministério Público do Trabalho (MPT), assinado em 1995, visando à cooperação mútua para melhorar as condições dos ambientes de trabalho e prevenir doenças e acidentes de trabalho (MEDEIROS, 2001).

Assistência e vigilância: como operar as duas ações?

Apesar de ter sua origem anterior à Constituição e de ser anterior ao SUS em quatro anos, o Cerest-Campinas foi concebido tendo em vista a integralidade, a contemplar ações de assistência, vigilância e educação em saúde do trabalhador, contando com

equipe interdisciplinar. Em fórum interinstitucional de 1993, promovido em parceria com a PUC-Campinas, avaliou-se o serviço e foram delineadas diretrizes para essas três frentes (MEDEIROS, 2001).

Até meados dos anos 1990, a demanda era composta, majoritariamente, por encaminhamento sindical. Em 1990, o serviço assumiu a Coordenação de Acidentes de Trabalho, antes a cargo do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), organizando a demanda e qualificando a atenção, com o estabelecimento donexo causal entre doença/acidente e trabalho. Pretendia-se, assim, chegar aos ambientes de trabalho, acesso cujas bases legais só foram instituídas no município em 1992. Os atores ressaltaram o protagonismo do Cerest-Campinas no incremento dos registros de doenças relacionadas ao trabalho, o que, nos anos 1990, foi decisivo para os diagnósticos de Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT (MEDEIROS, 2001).

Se até 1990 o Programa carecia de clientela mais constante, a outra face desse problema foi o esgotamento da capacidade de assistência, envolvida progressivamente no atendimento aos acidentados no trabalho (AT). Sanados os entraves burocráticos vigentes e estabelecida a legislação municipal sobre Vigilância Sanitária, deu-se o passo seguinte para atender às diretrizes do SUS de descentralização e hierarquização. Desse modo, em 1994 iniciou-se a descentralização do atendimento aos AT para a Rede Básica de Saúde. O intuito naquele momento era criar as condições de realização da tarefa própria do Cerest – a atenção integral à saúde do trabalhador – promovendo o rearranjo da assistência individual, organizando a demanda por critérios de vigilância nos locais de trabalho e ordenando ações em tais ambientes, segundo a legislação (BRASIL, 1990), atendendo eventos mais complexos e organizando o sistema de informação via Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Contudo, os entrevistados por Medeiros (2001) apontaram que a descentralização prejudicou a qualidade do registro, exacerbando o crônico problema das falhas do sistema de informações em saúde.

Somado a isso, surgiu um complicador no cenário: a partir de 1993, o perfil dos diagnósticos realizados no serviço sofreu alteração: “[...] nos reorganizamos e nesse meio tempo já veio o advento da LER e não carecemos mais da falta de demanda, pelo contrário [...]” (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 130). Atualmente, 85% dos diagnósticos do Cerest-Campinas são de LER/DORT acompanhados de quadros de ansiedade/depressão, retroalimentando a dor (SALERNO; SILVESTRE; SABINO, 2011).

A explosão dos casos de LER resultou em uma crise do Cerest, o qual, à época, premido pela assistência, pareceu adiar o projeto de atuação mais efetiva em vigilância. As características dessa síndrome agravam a crise, pois se trata de problema de difícil resolução imediata: “[...] A assistência de uma perda auditiva é fazer o diagnóstico e uma audiometria, uma vez por ano e orientar. LER não, LER vem e fica” (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 131).

[...] Quando a gente está bem consegue atuar em vigilância, ter uma atuação legal em assistência, quando a gente fica mal em recursos humanos e materiais a gente só faz assistência basicamente. (Profissional entrevistado 4, MEDEIROS, 2001, p. 133)

Frente ao cenário de recrudescimento da LER e considerando diretriz do SUS, iniciou-se, em 1998, o debate acerca da descentralização da assistência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campinas, representando, segundo depoimentos, medida essencial para desafogar a demanda, realizar ações preventivas e retomar o projeto original (MEDEIROS, 2001).

A descentralização deve fazer com que o nosso serviço venha a ter mais ações de vigilância em ambiente de trabalho e aí conseguiremos ter um pouco mais de resultados porque, com demanda de 80% de LER, a gente acaba ficando dentro do consultório na maior parte do tempo. (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 136)

Naquele momento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estava implantada na maior parte da Atenção Básica do município. A partir da capacitação daqueles profissionais e da organização da retaguarda de exames subsidiários, a equipe julgava ser possível operacionalizar essa medida, cabendo ao Cerest o papel de operar, realmente, como referência de maior complexidade para os casos que, no nível primário, não fossem passíveis de solução. A descentralização da vigilância foi impulsionada com a migração de trabalhadores do Cerest-Campinas para os níveis distritais a partir de 2001. Esse processo foi avaliado por Balista, Santiago e Correa-Filho (2011a, 2011b), que concluíram que a implantação das ações de vigilância em saúde do trabalhador nas UBS de Campinas, em 2006, foi parcial, comprometendo a qualidade dos registros de interesse epidemiológico e o reconhecimento denexo causal com o trabalho.

Com a incorporação das atribuições em saúde do trabalhador pelo SUS (BRASIL, 1990) a vigilância em saúde do trabalhador ganhou estatuto legal, o que, contudo, somente se efetivou após o convênio com o MPT, mencionado anteriormente. Foi por ausência de respaldo da Prefeitura que se recorreu a essa aliança: “Se nós vamos lá, vamos com poder de polícia inquestionável, vamos como assistentes técnicos do Promotor, não há o que falar. Muda o poder de força” (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 104).

O sentido primordial desse convênio foi emprestar poder ao Cerest, permitindo o exercício da autoridade outorgada pelo SUS, contudo não realizada. Segundo Medeiros (2001), as argumentações convergiram para o reconhecimento de que a parceria representou passo importante na história do Cerest, facilitando a vigilância dos locais de trabalho. Mesmo assim, os limites internos do serviço não foram suplantados, sobretudo quanto à falta de estrutura condizente com as necessidades: “[...] só gostaria de poder trabalhar mais isso, tendo mais técnicos aqui que pudessem trabalhar essa questão de Assistência e da Vigilância também” (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 107).

A concepção da vigilância do Cerest-Campinas baseou-se no Modelo Operário Italiano (ODDONE et al., 1986), partindo do desvendamento da insalubridade no chão da produção e da demanda por nexo causal para propor intervenções conjuntas com a organização dos trabalhadores. As intervenções de vigilância seguiam a lógica da atuação por projetos, conforme experiência italiana, podendo ser desencadeadas por denúncia sindical ou como derivação dos convênios Brasil/Itália com o Ministério Público ou ainda a partir de dados resultantes do atendimento ambulatorial, tratados como informação de saúde. Pela priorização de um ramo de atividades, a equipe buscava cobrir a totalidade daquele setor.

À revelia das limitações internas, como a ausência de recursos e o pequeno número de profissionais capacitados para atuar na vigilância, foram identificados resultados positivos na redução da mortalidade na construção civil, bem como em intervenções relacionadas à intoxicação por chumbo, solventes, ruídos e cerâmicas (MEDEIROS, 2001). A partir da compilação de documentos internos, feita em 2012 pelos autores deste artigo, verificou-se que, desde o início do serviço, registraram-se 556 prontuários de vistorias em locais de trabalho, nos quais constam informações sobre processos de fiscalização (Cerest-Campinas, 2012).

Quanto ao tratamento analítico da informação, há que referir a incipiente sistematização do quadro de morbimortalidade dos trabalhadores em Campinas. Não se consegue medir o impacto dessas ações, conforme depoimentos da pesquisa de Medeiros (2001):

A gente conseguiu dar esse salto de qualidade na vigilância, mas não tem padrão de mensuração. [...] A gente está achando que o que chega aqui não é problema tão grave, [...] já é um caso um pouco menos horrível do que o que chegava antes. (Profissional entrevistado 4, p. 151)

Outro entrevistado atribuiu esse problema à inexistência de denominador confiável (MEDEIROS, 2001).

Assim, naquele estudo (MEDEIROS, 2001), sinalizaram-se falhas no sistema de informações transcendentais ao serviço, obstaculizando a ação da vigilância. O instrumento oficial de registros de morbimortalidade no trabalho (CAT) restringia-se ao setor formal da economia, em franco encolhimento. Na literatura científica, a subnotificação de agravos tem sido reiterada (SANTANA; NOBRE; WALDVOGEL, 2005; CORDEIRO et al, 2005; DIAS et al., 2011), em que pese a contribuição dos Cerests no aprimoramento de notificações no Brasil (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012). A esse respeito, em revisão sobre iniquidades em saúde entre trabalhadores brasileiros, Dias et al. (2011) verificaram a fragmentação e a pouca eficácia das políticas públicas de saúde e proteção para responder às demandas decorrentes da informalização do trabalho.

A partir do estudo sobre o Cerest-Campinas, identificou-se um conjunto de óbices à realização de intervenção adequada nos locais de trabalho. Paralelamente à precariedade estrutural e às dificuldades da assistência, caminharam os efeitos nocivos da reordenação do capital nos anos 1990, como o deslocamento da capacidade de absorção de mão de obra do setor secundário da economia para o terciário e a expansão do mercado informal (POCHMANN, 1999).

A terceirização não somente dificultou o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, como interferiu na vigilância em função da mobilidade da força de trabalho. O capital também terceirizou os riscos, deslocando, dos países centrais para a periferia, as plantas das empresas e os processos de trabalho mais danosos (MELO; ALMEIDA; MATTOS, 1998). O refluxo da participação sindical em programas de saúde do trabalhador decorrente desse processo foi constatado por outras investigações (LACAZ, 1996; LAURELL; NORIEGA, 1989). O desemprego estrutural mudou o foco de atenção, de modo que, segundo líder sindical entrevistado em 2001:

[...] os trabalhadores nunca estiveram tanto na defensiva como estão agora [...] estão sendo eliminados postos de trabalho, são pessoas que saem do mercado de trabalho e vão ficar na marginalidade. (Líder sindical entrevistado, MEDEIROS, 2001, p. 184)

As mudanças no mundo da produção entre as décadas de 1980 e 1990 acarretaram perda de poder de fogo dos representantes do trabalho, enfraquecendo os sindicatos e criando um lapso entre o reconhecimento de avanços na cogestão sindical do serviço e os interesses mais urgentes de manutenção do emprego, que afastavam o movimento sindical de atuação mais efetiva na temática saúde/trabalho. De acordo com a pesquisa anterior (MEDEIROS, 2001), com o refluxo do movimento sindical, o Cerest perdeu sua potência, empobrecendo como espaço de articulação política para modificar os ambientes

de trabalho. Também se localizou um embate entre a demanda que os sindicatos traziam em períodos de crise, de assistência individual, e aquilo que se considerava primordial: a integralidade da atenção compreendendo assistência e ação conjunta de vigilância no local de trabalho. De acordo com o entrevistado, “[...] Estamos tendo problemas sérios, temos uma demanda extremamente crescente, que é o desemprego. Então, a área ambulatorial está encontrando dificuldades [...]” (Líder sindical entrevistado, MEDEIROS, 2001, p. 134).

Velhos problemas, novas ideias? Velhas ideias, novos problemas? O que há de novo no mundo do trabalho no contexto brasileiro?

Os desafios brasileiros contemporâneos do mundo do trabalho são inúmeros e alarmantes. Mudanças demográficas que acarretam enormes dificuldades nos sistemas de previdência, pensões e seguros em geral; novas configurações demográficas da força de trabalho; o crescente envelhecimento das qualificações; a redistribuição geográfica, tanto interna, quanto globalmente, dos processos produtivos, para citar apenas alguns. Na raiz deste contexto, a volatilidade e a velocidade extrema dos processos.

O *cyberproletariado*, caracterizado por Antunes (2009) como um contingente de trabalho cada vez mais virtual e rarefeito, sumariza o novo modelo de precarização. Neste novo modo de trabalhar, o controle dos processos de trabalho se dá pela própria tecnologia, pela fiscalização eletrônica da produção e dos tempos mortos. Consolidada-se, assim, a instabilidade dos contratos, travestida em “liberdade” do trabalhador, que já não recebe qualquer benefício dos empregadores, mas que está “livre” para ir e vir. A chamada flexibilização do trabalho (ANTUNES, 2009; LACAZ; SANTOS, 2010), com a progressiva desregulamentação dos contratos e benefícios, engendra um cenário fortemente competitivo e individualizado, no qual as representações sindicais perdem espaço e poder, e que encontra paralelos diretos em um novo modo de conviver em sociedade. Permanentemente conectados, mas desenraizados, o que os trabalhadores contemporâneos e seus desafios reiteram é a necessidade de reconhecer a complexidade das interações que tornam real o quase virtual trabalho.

Sem entrar na discussão das eventuais causas e efeitos, parece clara a relação entre esses modos desenraizados de viver e a crescente temporariedade do trabalho. Como Zygmunt Bauman (2003) vem mostrando, em escala global, a fragilidade dos laços sociais e afetivos determina a impossibilidade de projetos de longo prazo. Relações familiares e profissionais, bem como projetos políticos, são estabeleci-

das de maneira frouxa e movediça, modificando-se em velocidade exponencial, o que impede a reflexão e frustra tentativas de resistência.

No caso do mundo do trabalho, são processos de produção que se reterritorializam a cada momento, contratos precários que se renovam e se refazem em bases sempre mais desasseguradas, indivíduos soltos que se lançam ao trabalho sem qualquer garantia de permanência, visto que o tempo parcial ou o teletrabalho, hiperexplorado, darão conta das tarefas em prazo cada vez menor, envolvendo cada vez menos trabalhadores.

De acordo com Chasin (2000, p. 304):

Sem dúvida, a nova (des) ordem internacional do capital, produzido e reproduzido com alta tecnologia no mercado globalizado, não é a materialização de um sopro divino de bonança, plasmada em opulência e justiça. É, porém, e será cada vez mais, até onde possam os horizontes ser hoje vislumbrados, o mundo real a ser vivido por todos, embora sob a diversidade com que os países estejam habilitados a participar dele por efeito do desenvolvimento desigual que os enferma.

Os trabalhadores brasileiros, principalmente os jovens, respondem a este contexto ora pela aceitação tácita, ora buscando revertê-lo com estratégias individuais às vezes desesperadas e infrutíferas, como mostram os enormes contingentes de candidatos a concursos públicos que, supostamente, garantiram empregos permanentes em um tempo de absoluta volatibilidade profissional. Tecnologias, estratégias comerciais e modelos gerenciais envelhecem em velocidade muito superior às frágeis e inúteis tentativas de prevê-las e controlá-las. Conceitos de durabilidade perdem sentido tanto para relações afetivas, quanto para produtos e projetos.

Já reconhecida, a incapacidade acadêmica de dar conta dos problemas da sociedade torna-se agora justificável pela imprevisibilidade do mundo contemporâneo (LACAZ; SANTOS, 2010). Como mostraram Lacaz e Santos (2010), a academia, o movimento sindical e os serviços públicos tiveram um papel fundamental na construção de um campo de saberes e práticas relacionados à saúde dos trabalhadores brasileiros desde os anos 1970. Entretanto, ainda segundo os mesmos autores, a partir dos anos 1990 certo “produtivismo acadêmico” e a fragilização do movimento sindical agravaram o distanciamento entre estes atores, resultando em uma formulação de políticas e práticas públicas quase à revelia dos trabalhadores, o que, conforme se tem visto, tem graves consequências.

Isso porque, como lembra Bambra (2011), o trabalho continua tendo um papel fundamental na distribuição da morbimortalidade. A distribuição desigual dos agravos físicos e psicológicos, seja pelo

tipo de vínculo de trabalho, seja pela ausência dele, como no desemprego, tem relação direta com a economia política de cada nação, assinala a mesma autora, o que reitera a sua importância na “etiologia da inequidade na saúde” (BAMBRA, 2011, p. 746).

O mundo do trabalho, ainda que nas últimas décadas tenha sido palco de extremas alterações tecnológicas e gerenciais nos processos e na sua organização, mantém a conhecida distribuição verticalizada dos riscos. Relatório publicado em 2005 mostrou que, nos países da zona do euro, profissionais de serviços e escritórios têm exposição 50% menor a significativos agravos físicos (exposição química, ruído, trabalho em turno, trabalho repetitivo, entre outros) do que aqueles que realizam o chamado trabalho braçal (EUROPEAN WORKING CONDITIONS OBSERVATORY, 2005 apud BAMBRA, 2011).

No Brasil, ao mesmo tempo em que permanece um elevado número de mortes relacionadas ao trabalho, cujo exemplo recente são as ocorrências com *motoboys* (KIELING et al., 2011), a morbimortalidade dos trabalhadores obedece às características do perfil da população brasileira como um todo, que padece, simultaneamente, de doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis (SCHMIDT et al., 2011). Dessa maneira, a morbidade relacionada ao trabalho atual se caracteriza pela persistência de velhos males (como asbestose, pneumoconiose, silicose, dermatites ocupacionais e perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), doenças cujas formas de prevenção são sobejamente conhecidas), aos quais se somam LER/DORT, envenenamentos por agrotóxicos, cânceres relacionados ao trabalho, distúrbios psicossociais e doenças relacionadas ao estresse no trabalho, como o *burnout* (DIAS et al., 2011).

Exemplo vivo desse quadro é ilustrado pelo próprio Cerest-Campinas, que, até fins do primeiro semestre de 2012, registrou 843 casos de LER/DORT, 72 de distúrbios mentais relacionados ao trabalho e 48 de câncer (com 12 óbitos), além de 1.101 casos de pneumoconiose (com 18 óbitos) e 126 de PAIR (BRASIL, 2007).

De forma paralela e coerente com tal realidade, a Previdência Social modificou gradativamente a forma de considerar incapacidade para o trabalho e determinar tempo de concessão de benefício, além de ter eliminado, na prática, a possibilidade de reabilitação profissional (TAKAHASHI; IGUTI, 2008). Isso resultou na maior dificuldade de tratamento e reinserção no mercado formal dos trabalhadores vitimados por agravos relacionadas ao trabalho.

O Cerest-Campinas procura fazer frente a esse quadro, intervindo sobre os locais de trabalho, autuando e instaurando processos administrativos, sempre com a participação ativa dos trabalhadores e de

seus representantes. No esgotamento das vias administrativas municipais, apela-se ao MPT. Apesar das repercussões da reestruturação produtiva sobre a mobilização sindical, o serviço registra processos bem-sucedidos, como o recente acordo obtido pelo MPT e o Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas contra uma grande empresa multinacional (Processo nº 0153600-70.2008.5.15.0014 ACP 9ª VT), condenada em R\$ 1 milhão pela exposição de trabalhadores a riscos ergonômicos (BRASIL, 2013).

Considerações finais: desafios da agenda atual

Do período que compreendeu a pesquisa sobre a trajetória do Cerest-Campinas (1987 a 1998) até 2012, a partir da análise secundária realizada, foi constatado que se seguiu buscando a construção das condições para a realização daquilo que foi configurado como a razão da existência do Cerest: a ação em ambientes de trabalho conjugada à assistência e à educação em saúde do trabalhador.

Um balanço do estudo de Medeiros (2001) mostra que, das três áreas que compõem o Cerest (assistência, vigilância e educação), a assistência assumiu peso maior, seja pela demanda, seja pela ausência de respaldo político-institucional para a realização plena da política de saúde do trabalhador no município. Diante do complexo cenário de morbimortalidade relacionada ao trabalho, decorrente da reordenação do capital, a assistência gerou maiores investimentos em relação às demais frentes do serviço. Esse processo foi denominado por Medeiros (2001), naquele momento, “ditadura da assistência”. Do percurso daquela investigação sobressaíram as sucessivas tentativas de organização para consolidar a vigilância, a ação preventiva no local de trabalho, assumida como componente essencial para a afirmação da atenção integral.

Onze anos depois, olhando para aquele cenário ante os desdobramentos históricos da política de saúde do trabalhador no SUS, uma releitura sugeriria que outras questões entravam a integralidade. Segundo as análises dos registros do caderno de campo produzido para este artigo, conclui-se que, em 2012, ao refletir sobre a dificuldade crônica da vigilância em saúde, a equipe do Cerest-Campinas reconhece limites da própria formação para atuar na fiscalização de ambientes de trabalho, diante da complexidade que isso encerra. Disso se conclui, ainda, que o processo de amalgamar conhecimentos da relação saúde/trabalho/doença – a interlocução com os trabalhadores e o poder de polícia dado pela legislação sanitária – é árduo e penoso. Acrescem-se as restrições na mensuração do alcance da atividade de

vigilância na melhoria do processo saúde/trabalho/doença. Em um serviço que nasce e se desenvolve com limitações estruturais, a equipe do serviço sugere que as barreiras à consolidação da vigilância se relacionam à marginalização da política de saúde do trabalhador no SUS.

Das parcerias intersetoriais, o MPT segue como aliado de peso, emprestando poder ao Cerest para exercer vigilância de forma mais contundente. O respaldo facultado por essa associação, no entanto, denuncia a insuficiência da premissa legal que atribui, a partir do SUS, a condição de autoridade sanitária aos técnicos da saúde do trabalhador, conforme já apontado no estudo anterior (MEDEIROS, 2001).

Dos avanços na contradição destacam-se a consolidação da assistência pela qualificação dos sistemas de diagnóstico e informação. O compromisso da equipe do Cerest com a saúde do trabalhador de Campinas é outro indicativo de conquista na contradição, configurando um movimento de resistência pelo projeto coletivo outrora elaborado à luz de experiências nacionais e internacionais. Da análise de conteúdo, confrontando dados primários produzidos anteriormente (MEDEIROS, 2001) com a realidade atual, chama a atenção o empenho incansável dos envolvidos, que seguem resistindo por entenderem a premência em dar respostas, procurando manter a rede de apoio, não obstante a marginalização do Cerest no plano da política municipal.

É no interior desse embate que se estabelece a trajetória da política. Relação que se constrói na contradição entre a necessidade do tratamento imediato da doença, posta pelos trabalhadores ativos e desempregados, de um lado, e o esforço cotidiano de ir além disto, de intervir nas causas a partir da ação no coletivo, de outro.

Os impasses apontados por Medeiros (2001) parecem ter se agravado no momento atual (2012), de acordo com os resultados deste artigo. Passada mais de década daquele estudo, o serviço sofreu significativa redução do número de profissionais, sem reposição das vagas perdidas (CAMPINAS, 2011a), mergulhando em uma crise, em 2011, que ameaçou sua sobrevivência. Segundo análise dos registros de campo, tal crise eclodiu pelo acúmulo de velhos problemas, já verificados na pesquisa anterior, incluindo as dificuldades na gestão e no financiamento do serviço, que provocou seu refluxo. Agravaram esse quadro questões de corrupção na administração do município de Campinas que culminaram em mudanças traumáticas da Prefeitura (CAMPINAS, 2011c).

As consequências da debacle atingiram o SUS no conjunto, ocasionando redução de profissionais e de material, inclusive medicamentos e insumos,

não manutenção predial e, o mais grave, o progressivo esvaziamento nas decisões do Conselho Municipal de Saúde, recentemente corrigido por força dos novos conselheiros eleitos (CAMPINAS, 2011b). A utilização do orçamento da saúde do trabalhador, lotado no Fundo Municipal de Saúde, inviabilizou-se pelos impedimentos da gestão de compras de materiais em razão das denúncias por corrupção (CAMPINAS, 2011c).

O imbróglio da política municipal repercutiu igualmente sobre a descentralização da vigilância em saúde. Segundo registros de campo, os atores remanescentes no serviço apontam limites na coordenação desse processo, como a não capacitação das equipes do SUS que já atuavam em outras frentes, como a vigilância sanitária de medicamentos e de alimentos. Acrescentam que a migração dos profissionais de vigilância do Cerest-Campinas para as regiões de saúde acentuou o distanciamento dos poucos sindicatos ainda parceiros, comprometendo as vitórias, tanto na verificação de riscos pelos trabalhadores, quanto nos procedimentos próprios da vigilância, como as atuações.

Em contrapartida a esta crise, volta ao cenário a resistência, provocando importante mobilização dos técnicos do serviço em associação com diretores sindicais e movimentos populares. Assim foi criado, em 2011, o movimento *Em defesa do Cerest-Campinas*, que força a gestão municipal a cumprir deliberações do Conselho Municipal de Saúde de recompor a equipe técnica multidisciplinar, realizar reforma do Cerest e de utilizar os recursos financeiros acumulados provenientes da Renast (EM DEFESA DO CEREST, 2011). Esse recente processo sugere possibilidades de

rearranjo do serviço, o que somente novas investigações poderão analisar.

A crise de 2011 parece confirmar as tendências identificadas no estudo anterior (MEDEIROS, 2001) e reafirmadas pela análise resultante do presente estudo. O Cerest sobrevive no seio de contradições e a ameaça de seu fechamento reacendeu o compromisso orgânico da equipe e o protagonismo dos sindicatos e das associações.

Ao final das comemorações de 25 anos de experiência do Cerest-Campinas, este artigo permitiu concluir que longo caminho ainda está por percorrer no propósito de interferir na redução da morbimortalidade dos trabalhadores da região. Os avanços obtidos na atenção e na demonstração de que cabe ao SUS fiscalizar ambientes de trabalho, assim como o faz para qualquer outra atividade que ponha em risco a saúde humana, parecem insuficientes para aproximar a equipe dos seus objetivos originários. Aquilo que poderá vir a ser, portanto, depende não apenas da ação persistente dos envolvidos, mas do rearranjo de forças sociais e político-institucionais na consolidação da política de saúde do trabalhador no plano local e nacional.

Convém registrar os limites desta análise, que se valeu de outras formas de evidência no intuito de provocar novas investigações. Neste sentido, a revisita a este lugar, em 2012, procurou tão somente apontar o que chamou atenção na pesquisa anterior e o que está por ser analisado atualmente, tarefa à qual reflexões propositivas podem contribuir para vislumbrar a superação das contradições identificadas.

Agradecimentos

À equipe do Cerest-Campinas.

Contribuição dos autores

Medeiros, M. A. T. de; Magalhães, L. V.: conceberam o artigo e coordenaram a redação da versão final. Silvestre, M. P.; Salerno, V. L.: participaram da discussão e da redação final.

Referências

ANTUNES, R. As formas diferenciadas da reestruturação produtiva e o mundo do trabalho no Brasil. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 1, p. 35-49, 2009. Disponível em: <http://relet.iesp.uerj.br/Relet_21/21-2.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORREA FILHO, H. R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 216-226, 2011a.

_____. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 759-768, abril 2011b.

BAMBRA, C. Work, worklessness, and the political economy of health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 65, p. 746-750, 2011.

BAUMAN, Z. *Liquid love: on the frailty of human bonds*. Cambridge: Polity, 2003.

BISHOP, L. A reflexive account of reusing qualitative data: beyond primary/secondary dualism. *Sociological Research Online* [Online], v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.socresonline.org.uk/12/3/2.html>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Portaria nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em: 25 fev. 2012.

_____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009a. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009b. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). *RENAST online*. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/cerests/cerest-regional-campinas>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

_____. Ministério Público do Trabalho. *Empresa é condenada por adoecimento de trabalhador*, 20 de março de 2013. Disponível em: <http://portal.mpt.gov.br/wps/portal/portal_do_mpt/

comunicacao/noticias/conteudo_noticia!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hH92BPJydDRwN_E3cjA88QU1N3L7OgMC93I_2CbEdFAAovLRY!/?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/mpt/portal+do+mpt/comunicacao/noticias/empresa+e+condenada+por+adoecimento+de+trabalhador>. Acesso em: 30 abr. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 8 jul. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Conselho Municipal de Saúde. *Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde*. Fevereiro, março, abril, maio de 2011. 2011a. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 8 jul. 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 9., Relatório Final - versão preliminar. Campinas, 2011b. 84 p. Mimeografado.

_____. Decreto Legislativo nº 3.326, de 20 de agosto de 2011. Dispõe sobre a cassação do mandato do Prefeito de Campinas Dr. Hélio de Oliveira Santos. *Diário Oficial do Município de Campinas*, 23 de agosto de 2011, p. 17. 2011c. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/bibjuri/decleg3326.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

CAVALCANTI, V. L. *Construindo a atenção à saúde do trabalhador no SUS: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro*. 1996. 274 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE CAMPINAS. *Arquivos de documentos: prontuários de vistorias em locais de trabalho, organizados por número e nome e local vistoriado*. Mimeografado, 2012.

CHASIN, J. *A miséria brasileira: 1964-1994 – do golpe militar à crise social*. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem, 2000.

CORDEIRO, R. et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil.

- Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1574-1583, 2005.
- DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- DIAS, E. C. et al. Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2452-2460, 2011.
- EM DEFESA do Cerest Campinas SUS. Blog, 2011. Disponível em: <<http://emdefesadocerest.wordpress.com/>>. Acesso em: 23 fev. 2012.
- FALEIROS, V. P. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992.
- FIELDING, N. The shared fate of two innovations in qualitative methodology: the relationship of qualitative software and secondary analysis of archived qualitative data. *Forum: Qualitative Social Research*, v. 1, n. 3, art. 22, Dec. 2000. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1039/2248>>. Acesso em: 18 jul. 2012.
- GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, 2012.
- GOMEZ, C. M.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE, Cidades, São Paulo*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 13 abr. 2013.
- KIELING, R. R. et al. Mental disorders and delivery motorcycle drivers (motoboy): a dangerous association. *European Psychiatry*, v. 26, n. 1, p. 23-27, jan. 2011.
- LACAZ, F. A. C. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 432 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)–Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- _____. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.
- LACAZ, F. A. C.; SANTOS, A. Saúde do trabalhador hoje: re-visitando atores sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, Supl. 2, p. 5-11, abr./jun. 2010.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MEDEIROS, M. A. T. *O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência*. 2001. 220 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- MELO, A. I. S. C.; ALMEIDA, G. E. S.; MATTOS, U. A. O. Na corda bamba do trabalho precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: MOTA, A. E. (Org.). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 1998. p. 195-215.
- MINAYO, M. C. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: M. C. MINAYO; S. DESLANDES (Ed.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, L. S. B. de. *A intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 80*. 1994. 238 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.
- PARRY, O.; MAUTHNER, N. Back to basics: who re-uses qualitative data and why? *Sociology*, v. 39, p. 337-342, 2005.
- POCHMANN, M. *O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século*. São Paulo: Contexto, 1999.
- SALERNO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; SABINO, M. O. Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 128-138, 2011.
- SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, jun. 2011.
- TAKAHASHI, M. A.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.