

30
anos

de **Saúde do Trabalhador** no

SUS

Avanços e Desafios



Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional

Direitos reservados à Editora Colab. É permitido download do arquivo (PDF) da obra, bem como seu compartilhamento, desde que sejam atribuídos os devidos créditos aos autores.

Não é permitida a edição/alteração de conteúdo, nem sua utilização para fins comerciais.

A responsabilidade pelos direitos autorais do conteúdo (textos, imagens e ilustrações) de cada capítulo é exclusivamente dos autores.

Autores:

Vários autores

Conselho Editorial e Responsabilidade Técnica

A Colab possui Conselho Editorial para orientação e revisão das obras, mas garante, ética e respeitosamente, a identidade e o direito autoral do material submetido à editora.

Conheça nossos Conselheiros Editorias em <https://editoracolab.com/sobre-n%C3%B3s>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Vários autores.

30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS [livro eletrônico]: Avanços e Desafios

Vivianne Peixoto da Silva | Organizadora

Uberlândia, MG: Editora Colab, 2023.

1,3 MB; PDF

Bibliografia

ISBN: 978-65-86920-26-0

doi: <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260>

1. Saúde do Trabalhador. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Vigilância de Saúde 5. Acidente de Trabalho

Índices para catálogo sistemático: Saúde do Trabalhador

610 – Ciências Médicas

APRESENTAÇÃO

O livro *"30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios"* é uma obra coletiva, que reúne artigos de diversos autores e abordagens sobre o processo de construção e a trajetória do campo Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos 30 anos de sua existência.

Em meio às transformações dos modos e processos produtivos, do avanço tecnológico e da conjuntura sócio-político-econômica do Brasil intencionou-se com esta obra, trazer uma visão crítica sobre a temática, pela ótica da ciência e do fazer operatório de trabalhadores envolvidos nas relações entre a saúde e o trabalho. Assim, o livro apresenta um panorama dos avanços conquistados nesse período, das práticas e pesquisas no campo ST, bem como dos desafios que ainda precisam ser superados.

A obra apresenta no capítulo I o marco legal e o percurso para institucionalização da ST no SUS. No capítulo II são apontados os resultados de cinco anos de produção de um programa de mestrado profissional em ST. Já o capítulo III sustenta-se na relevância das ações e no aspecto jurídico-legal da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). No capítulo IV os trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho grave ganham voz ao relatar o que pensam sobre os acidentes de trabalho, o atendimento no SUS e os impactos gerados. A Reabilitação Profissional no Brasil é tratada no capítulo V e, por fim, o capítulo VI aborda o sofrimento psíquico no trabalho de servidores públicos.

Trata-se, portanto, de uma obra fundamental para os que estão em formação, para profissionais de saúde e que atuam nos serviços de saúde, bem como para quem se interessar pelo tema.

Boa leitura e boas reflexões!

Vivianne Peixoto da Silva | **Organizadora**

Como citar este trabalho:

SILVA, V.P.S (Org.). **30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios** 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2023. 159. p. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260>

Sumário

APRESENTAÇÃO	04
CAPÍTULO I doi: http://dx.doi.org/10.51781/978658692026008	
Legislação brasileira em saúde do trabalhador (ST): análise do percurso histórico de sua institucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	
Priscila Monteiro Viana, Maristela de Souza Pereira, Vivianne Peixoto da Silva	08
CAPÍTULO II doi: http://dx.doi.org/10.51781/978658692026038	
Abordagem do campo Saúde do Trabalhador em mestrado profissional da Universidade Federal de Uberlândia: revisão dos cinco anos de produção	
Cristiane Neri Teixeira, Miriam Queiroz Braga Costa e Silva, Ailton de Souza Aragão, Vivianne Peixoto da Silva, Rosimár Alves Querino.....	38
CAPÍTULO III doi: http://dx.doi.org/10.51781/978658692026071	
O papel dos centros de referência em Saúde do Trabalhador na defesa do meio ambiente de trabalho	
Karol Teixeira de Oliveira, Ruy Fernando Gomes Leme Cavalheiro, Zenaide de Moraes Rodrigues, Ileana Neiva Mousinho	71
CAPÍTULO IV doi: http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260104	
O que vítimas de acidentes de trabalho grave pensam sobre os acidentes, o atendimento no Sistema de Saúde e seus impactos?	
Josiana Dias Silva Trajano, Ailton de Souza Aragão, Rosiane de Araújo Ferreira Polido, Rosimár Alves Querino	104
CAPÍTULO V doi: http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260128	
Reabilitação profissional no Brasil: o histórico no contexto do Sistema Único de Saúde	
Keile Aparecida Resende Santos.....	128
CAPÍTULO VI doi: http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260136	
Sofrimento psíquico no trabalho: perspectivas de servidores públicos federais	
Mariana de Oliveira Rebello, Rosimár Alves Querino	136
ÍNDICE	155
SOBRE A ORGANIZADORA E AUTORES	156

Legislação brasileira em Saúde do Trabalhador (ST): análise do percurso histórico de sua institucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Priscila Monteiro Viana

Graduada em Psicologia
Universidade Federal de Uberlândia
priscila.viana@educacao.mg.gov.br

Maristela de Souza Pereira

Doutora em Psicologia Social
Universidade Federal de Uberlândia
maristela.pereira@ufu.br

Vivianne Peixoto da Silva

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
vivianne@ufu.br

Resumo: O artigo analisa a trajetória histórica da legislação brasileira em Saúde do Trabalhador (ST) e seu percurso de institucionalização no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma análise documental que tomou em consideração os principais marcos legais publicados nesse âmbito, desde a Constituição Federal de 1988 até o ano de 2020. Como resultados principais, verificou-se a existência de períodos bem definidos no que tange à orientação predominante da legislação em cada período. Pôde-se também constatar uma variabilidade no teor das publicações, que em alguns momentos significou a modificação, ampliação e avanço dos aspectos focalizados, e em outros, representou sobreposição além de retrocessos nesse sentido.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde Pública, SUS.

Como citar este trabalho:

VIEIRA, M.P.; PEREIRA, M.S.; SILVA, V.P. Legislação brasileira em Saúde do Trabalhador (ST): análise do percurso histórico de sua institucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: SILVA, V.P.S (Org.). 30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2023. 159. p. <http://dx.doi.org/10.51781/978658692026008>

INTRODUÇÃO

O propósito deste manuscrito¹ é apresentar os principais marcos legais que circunscrevem a institucionalização da ST no Brasil, analisar seus aspectos principais e fazer uma apreciação geral do percurso de seu surgimento e implementação no SUS. Para tanto, o recorte escolhido foi a análise dos documentos normativos legais, voltados à ST, publicados de 1988 até o ano de 2020, incluindo leis, decretos e portarias até então promulgadas pelo Ministério da Saúde (MS) e outras instâncias. O escopo final é apontar os principais avanços conseguidos ao longo desse processo, assim como as limitações que ainda permanecem como entraves na efetivação da ST no cotidiano de serviço da saúde pública.

O campo ST é designado como um campo interdisciplinar de práticas e saberes que busca a transformação das condições e da organização do trabalho, com vistas à promoção de trabalho mais digno e ambientes saudáveis. A ST tem por meta promover “o ‘bem-estar’ e a vida com qualidade, considerando o trabalho como fator determinante da saúde, reconhecendo sua importância para a subjetividade dos trabalhadores e para sua inserção social, além de potencialmente ser capaz de provocar mal-estar, adoecimento e morte” (NEHMY, DIAS, 2010, p. 15).

A legislação é o ponto basilar que respalda o desenvolvimento de ações de ST no SUS, e tem por função orientar e atribuir responsabilidades a estados e municípios, que juntos à União atuam na coordenação dessas práticas de acordo com as suas respectivas competências. O arcabouço jurídico se mostra uma referência fundamental na consolidação da área de ST, ao garantir nos textos legais: promoção, proteção e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

Desse modo, abordar a trajetória histórica de institucionalização da legislação em ST, cujo marco inicial se dá com a promulgação da Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988, se mostra tanto necessário quanto emergencial. Necessário, porque as práticas em saúde devem estar

¹Este capítulo amplia a discussão provocada pela monografia intitulada: “A legislação brasileira em Saúde do Trabalhador (ST): análise do percurso histórico de sua institucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, defendida no curso de graduação de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia em 2018, por uma das autoras, sob a orientação de outra, com participação da terceira na banca de avaliação.

amparadas pela legislação, garantindo assim o atendimento qualificado e integral para o trabalhador que procura o SUS. E emergencial, pois a categoria trabalho deve ser levada em conta e inserida no contexto das equipes de saúde.

Outro ponto a se pensar em termos da importância do estudo dos documentos oficiais, é perceber que o aparato legislativo muda constantemente, por isso a necessidade de revisão. As legislações existentes em ST são dinâmicas e passam por um processo de reavaliação, de incorporação de novos objetivos, de reajustes, de redefinição de procedimentos dentre outros. Essas possíveis transformações confirmam que o nosso objeto de estudo está em constante devir e, além disso, muitas das práticas de saúde dependem dessa readequação pela qual esse aparato passa, e o contrário também é verdadeiro, a legislação é reformulada a partir das práticas ensejadas no cotidiano do SUS. Há que se considerar ainda que tais mudanças refletem também interesses políticos colocados em cada momento histórico e são, portanto, a expressão dos conflitos e correlações de poder que se fazem presentes em nossa sociedade.

O presente trabalho busca, assim, dar maior visibilidade para essas questões que envolvem o campo ST e a legislação vigente em nosso país, pois esta última vislumbra a possibilidade de resguardar direitos sociais constitucionais aos sujeitos adoecidos pelo trabalho que procuram a rede pública de saúde.

Percurso Metodológico

Para compreender o percurso histórico da legislação brasileira em ST, na tentativa de traçar seus principais avanços e os desafios enfrentados na implementação de ações de ST no SUS, optamos por fazer a análise documental dos principais marcos legais efetivados de 1988 até os dias atuais. A escolha pela análise documental se justifica uma vez que, por meio dela, é possível promover um trabalho de "garimpagem", que consiste em acompanhar um processo que transcende ou deve transcender aquilo que se encontra escrito em determinado documento (PIMENTEL, 2001).

A análise documental foi realizada com o levantamento das principais legislações vigentes em ST, publicadas pelas diversas instâncias governamentais. A identificação dos documentos deu-

se através de uma consulta à Plataforma Renast online², que serviu de inspiração para a organização cronológica do material, sendo acrescentados outros documentos a partir de pesquisa das autoras. Há que se pontuar que não foram analisados todos os documentos publicados no período, sendo feito um recorte para contemplar aqueles que estavam mais intimamente relacionados com o objetivo desse estudo, o que resultou em 35 documentos analisados.

A partir das leituras dos documentos legislativos, foram estabelecidas categorias temáticas, de acordo com os tópicos principais abordados em cada normativa, sendo essas: o surgimento e institucionalização inicial do campo ST no SUS, a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a orientação para ações preventivas através da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e os retrocessos recentes no campo dos direitos trabalhistas. Por fim, o processo de análise culminou em uma periodização temporal, aliada às temáticas encontradas, a qual constitui o principal achado desse estudo. A seguir, apresentamos o recorte composto por todo o material apreciado e, na sequência, as categorias encontradas, com as considerações analíticas relacionadas.

Escopo da Análise

O corpus analisado está disponível na Tabela 1, elaborada pelas autoras, a qual apresenta as leis, portarias e decretos em ordem de publicação, constando o ano de referência da lei e o resumo de sua proposta. Na organização da tabela, buscou-se ainda agrupar os documentos que substituíram ou revogaram outros anteriores, de forma a tornar mais didática a exposição. Também foi incluído um link para acesso na íntegra a cada documento legal analisado. Nos casos em que esse não estava disponível no formato eletrônico, o link leva até publicações que apresentam ou referenciam essa legislação específica.

² Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/legislacao-saude-trabalhador>

Tabela 1: Listagem de leis, portarias e decretos relacionados à Saúde do Trabalhador no SUS, levantados por meio da análise documental

Tipo de Documento (leis, portarias, decretos), número de publicação, ano e link para acesso	Nome e sigla do documento	Resumo/Objetivo da proposta
<p>1 - Constituição da República Federativa do Brasil, de 1998 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm</p>	<p>Constituição Federativa da República do Brasil (CF)</p>	<p>Define a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos à saúde, estabelecendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Institui o Sistema Único de Saúde (SUS), a ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e define entre suas responsabilidades a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como de saúde do trabalhador, além de ações de proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.</p>
<p>2 - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm</p>	<p>Lei Orgânica da Saúde (LOS)</p>	<p>Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Inclui a categoria trabalho como um dos condicionantes do conceito de saúde. Regulamenta as diretrizes de funcionamento do SUS e inclui em seu campo de atuação a execução de ações em saúde do trabalhador, enquanto “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.</p>
<p>3 - Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D99244.htm</p>	<p>Reorganização dos Ministérios e nova configuração do Ministério da Saúde</p>	<p>Dispõe sobre a reorganização e o funcionamento dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Revogado pelo Decreto nº 9.917, de 18 de julho de 2019, que extinguiu diversos decretos normativos.</p>
<p>4 - Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990. https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99438-7-agosto-1990-342656-publicacaooriginal-1-pe.html</p>	<p>Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde (CNS)</p>	<p>Dispõe sobre a organização e atribuições do CNS, como integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, a quem compete atuar na formulação de estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal. Foi revogado pelo Decreto nº 4.878, de 18 de novembro de 2003, o qual definia a composição do CNS, a ser presidido pelo Ministro da Saúde. Esse novo documento também foi revogado, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, que passou a definir o CNS como órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura do MS.</p>



<p>5 - Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm</p>	<p>Extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)</p>	<p>Extingue o INAMPS, autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde, que foi responsável, antes da criação do SUS, pela assistência médica dos trabalhadores vinculados à Previdência Social. Determina que as funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde.</p>
<p>6 - Portaria MS/SAS nº 119, de 09 de setembro de 1993. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0223.pdf</p>	<p>Código específico para AT.</p>	<p>Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA/SUS, o código 044-2, destinado para o atendimento específico para Acidente de Trabalho (AT).</p>
<p>7 - Portaria MS/GM nº 1.722, de 04 de outubro de 1994. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/portarias.php</p>	<p>Dispõe sobre as ações de ST no MS</p>	<p>Dispõe que as ações de ST desenvolvidas pelo MS devem ser responsabilidade de uma equipe integrada composta por técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador (DAPS), da secretaria de assistência à saúde, da Divisão da Saúde do Trabalhador (DETEN) e da secretaria de vigilância sanitária, sob coordenação da primeira.</p>
<p>8 - Resolução CNS nº 220, de 6 de março de 1997 https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso220.doc</p>	<p>Difusão de informações de ST no SUS</p>	<p>Recomenda ao MS que faça publicar simultaneamente portarias que tratem dos conteúdos relacionados, com a finalidade de instrumentalizar o SUS para ações na área de ST.</p>
<p>9 - Portaria nº 142 de 13 de novembro de 1997 https://documentos.mpssc.mp.br/portal/Conteudo/cao/ccf/quadrinho%20sinotico%20sus/Portaria%20SAS%20n%C2%BA%20142-97%20-%20AIH.pdf</p>	<p>Classificação do caráter da internação em casos compatíveis com causas externas</p>	<p>Estabelece o registro no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) da correlação entre o agravo e a causa externa que motivou sua etiologia, de forma a viabilizar a identificação e notificação de acidentes e lesões ocorridos no local de trabalho, no trajeto entre residência e trabalho, dentre outros.</p>
<p>10 - Portaria nº 3.120, de 1º de Julho de 1998 https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998</p>	<p>Portaria da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)</p>	<p>Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Seu principal objetivo é integrar a vigilância em saúde do trabalhador com a vigilância em saúde. Define a VISAT como um processo de “atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou</p>



		controlá-los.” Esse documento passou a ser referenciado pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.
11 - Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST)-SUS	Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, tendo por objetivo orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano e rural, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, tomando em consideração também as diferenças de gênero.
12 - Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html	Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho	Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), a ser adotada pelas equipes de saúde para uso clínico e epidemiológico, como referência para identificação dos agravos originados dos processos produtivos.
13 - Portaria nº 1.969, de 25 de outubro de 2001 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1969_25_10_2001.html	Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em casos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho	Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Intervenção Hospitalar (AIH), em casos de quadros compatíveis com causas externas, doenças e acidentes relacionados ao trabalho, e torna obrigatório para todas as instituições no SUS o preenchimento dos campos CID principal e secundário. Também estabelece o preenchimento no sistema de informação da categoria “ocupação” na identificação do paciente internado, e a constatação do vínculo com a Previdência (se é ou não um segurado, trabalhador formal ou informal, desempregado ou se dedica a alguma atividade autônoma).
14 - Portaria GM 1.679, de 19 de setembro de 2002 https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_1209_2014.pdf	Cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)	Institui, no âmbito do SUS, a RENASt, cujo desenvolvimento e funcionamento deve articular o Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Preconiza que devem ser organizadas e implantadas ações na rede de Atenção Básica (APS), no Programa de Saúde da Família (PSF) e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS, e que as equipes desses serviços devem ser capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador. Define ainda que para a estruturação da RENASt deve ser organizada e implantada uma rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).



<p>15 - Portaria SAS/MS nº 656, de 20 de setembro de 2002. https://www.saude.mg.gov.br/im/ages/documentos/Portaria_656.pdf</p>	<p>Define as Normas para o Cadastramento e Habilitação CRST.</p>	<p>Aprova as Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), seja para a regulamentação daqueles órgãos já existentes, seja para a criação de novos. A condição indispensável para regulamentação em ambos casos é a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador.</p>
<p>16 - Portaria nº 666, de 26 de setembro de 2002 https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3370</p>	<p>Tabela de Classificação de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS</p>	<p>Inclui na Tabela de Serviço/Classificação de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único (SIA/SUS) as atividades específicas voltadas para a Atenção em Saúde do Trabalhador. Dispõe sobre como a equipe multiprofissional deve proceder no estabelecimento donexo causal e, desse modo, promover a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador.</p>
<p>17 - Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004 https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html</p>	<p>Notificação Compulsória de agravos à ST em rede sentinela</p>	<p>Define os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no SUS. Revogada pela Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, a qual define as terminologias adotadas na legislação nacional. Esse documento, por sua vez, foi revogado pela Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que redefine as terminologias adotadas na legislação nacional. Por fim, essa normativa também foi revogada pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional, atualmente em vigor.</p>
<p>18 - Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004 https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html</p>	<p>Regulamenta a Norma Operacional Básica (NOB)</p>	<p>Visa regulamentar e dar cumprimento ao disposto na NOB do SUS de 1996, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.</p>
<p>19 - Portaria Interministerial MPS/MS/TEM nº 800, de 3 de maio de 2005. https://ftp.medicina.ufmg.br/osa/legislacao/Portaria_800_22092014.pdf</p>	<p>Minuta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST)</p>	<p>Apresenta o texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, e preconiza que essa deverá ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir a formulação e implementação de políticas e ações governo de forma transversal, interdisciplinar e intersetorial e multiprofissional.</p>



<p>20 - Portaria nº 1.125, de 06 de julho de 2005 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1125_06_07_2005.html</p>	<p>Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.</p>	<p>Estabelece como objetivos da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersectorialmente, organizadas em todos os seus níveis de atenção, de forma contínua, e que essas devem incidir sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos. Revogada pela Portaria nº 2.442, de 09 de dezembro de 2005, a qual tornou insubsistente diversas normatizações legais, abrangendo diferentes matérias.</p>
<p>21 - Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html</p>	<p>Ampliação e fortalecimento da RENAST</p>	<p>Preconiza a ampliação e o fortalecimento da RENAST e estabelece como seu principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, ofertando ações de saúde do trabalhador voltadas à assistência e à vigilância. Revogada pela Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, a qual passa a dispor sobre a RENAST, cuja implementação deverá ser articulada entre o Ministério da Saúde, os Estados e Municípios, sendo as ações em ST desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS.</p>
<p>22 - Portaria MS nº 2.458, de 12 de dezembro de 2005 https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-2458-2005_193527.html</p>	<p>Custeio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)</p>	<p>Redefine os valores do incentivo para custeio e manutenção dos serviços habilitados como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), cujos recursos financeiros devem ser oriundos exclusivamente do Ministério da Saúde.</p>
<p>23 - Portaria nº 1.956, de 14 de agosto de 2007 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1956_14_08_2007.html</p>	<p>Coordenação das ações em ST no âmbito do MS.</p>	<p>Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde e determina que a gestão e coordenação de ações de ST devem ficar a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).</p>
<p>24 - Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html</p>	<p>Define o financiamento da VISAT</p>	<p>Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Revogada pela Portaria nº 1.378/GM/MS de 09 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.</p>



<p>25 - Portaria nº 201, de 3 de novembro de 2010 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/prt0201_03_11_2010.html</p>	<p>SINAN e SIM</p>	<p>Regulamenta os parâmetros para monitoramento e alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</p>
<p>26 - Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm</p>	<p>Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST)</p>	<p>Institui a PNSST, que tem por objetivos a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde de algum modo relacionados ao trabalho, buscando a eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. Uma das principais diretrizes é a estruturação de uma rede de informações em saúde do trabalhador. Tem por princípios: a universalidade; a prevenção; a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; o diálogo social e a integralidade.</p>
<p>27 - Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html</p>	<p>Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)</p>	<p>Institui a PNSTT, com a finalidade de definir os princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância e visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores. Abrange na categoria trabalhadores todos os homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.</p>
<p>28 - Portaria nº 1.984, de 12 de setembro de 2014 http://saude.am.gov.br/cerest/docs/Port_gm_ms_2014_1984.pdf</p>	<p>Unidades sentinelas</p>	<p>Define nova lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. Delimita como vigilância sentinela o modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública. Revogada pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, a qual inclui também a Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática como um dos agravos para notificação das equipes sentinelas. Na sequência foi publicada também a Portaria nº 205/2016 que define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.</p>



<p>29 - Lei nº 13.467, de 13 julho de 2017 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm</p>	<p>Reforma Trabalhista</p>	<p>Altera os direitos estabelecidos pela CLT e flexibiliza as relações de trabalho entre empregadores e trabalhadores, institui o teletrabalho e dá outras diretrizes.</p>
<p>30 - Resolução nº 555, de 15 de setembro de 2017 http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso555.pdf</p>	<p>Criar a Câmara Técnica (CT) da CISTT</p>	<p>Cria a Câmara Técnica (CT) da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), objetivando reconfigurar o modelo de funcionamento dos CEREST para diminuir as assimetrias regionais e locais existentes. Ampliada pela Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018, que aprova o rearranjo da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde e que inclui a reformulação do modelo dos CEREST, visando atingir ampla cobertura de sua atuação no território nacional.</p>
<p>31 – Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm</p>	<p>Reforma Previdenciária</p>	<p>Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitória.</p>
<p>32 - MP nº 927, de 22 de março de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm</p>	<p>Medida Provisória de Proteção Trabalhista</p>	<p>Promove alterações na CLT, estabelecendo medidas de enfrentamento ao estado pandêmico decorrente da covid-19 a serem adotadas pelos empregadores, visando a manutenção de postos de trabalho e garantia da renda dos trabalhadores. Permite a flexibilização da jornada de trabalho, a migração de atividades laborais para o formato de teletrabalho, a antecipação de férias, a concessão de férias coletivas, dentre outros. A vigência da MP 927 encerrou no dia 30 de julho de 2020, por meio do Ato Declaratório do Presidente da Mesa do Congresso Nacional nº 92.</p>
<p>33 - Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm</p>	<p>Medida Provisória do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda</p>	<p>Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, visando diminuir os impactos sociais e/ou econômicos causados pela restrição da mobilidade e paralisação das atividades produtivas. Permite a redução temporária e proporcional da jornada de trabalho com a diminuição de salários, e interrupção de contratos por até 60 dias. Estabelece o Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda, custeado com recursos da União, e dá outras providências. A MP 936 perdeu seu caráter provisório ao se converter na lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020.</p>



<p>34 - Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020 https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958</p>	<p>Modifica a legislação de Assistência Social</p>	<p>Revisa e modifica a Lei nº 8.742 de Assistência Social, trazendo novas medidas de proteção adotadas para conter os efeitos deletérios provocados pela crise de covid-19. Aprova e institui o benefício de Auxílio Emergencial a trabalhadores informais, por um período de 3 meses após a publicação deste documento, reduzindo o impacto socioeconômico e dá outras providências.</p>
<p>35 - Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020 https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601</p>	<p>Atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT)</p>	<p>Altera e apresenta a nova listagem oficial de doenças relacionadas aos processos de trabalho, a ser adotada para uso clínico-epidemiológico, como referência para estudos e elaboração de diagnósticos e planos terapêuticos. Em consonância com as transformações do mundo do trabalho, traz como um dos fatores de risco biológico relacionado ao trabalho a SARS-Cov-2, reconhecendo essa como uma doença laboral, desde que comprovada o nexo causal. Também reconhece como agentes desencadeantes do adoecimento no processo produtivo: o assédio moral, a discriminação no trabalho e o trabalho noturno. No entanto, foi revogada cinco dias depois da publicação pela portaria nº 2.345, de 2 de setembro de 2020, que tornou sem efeito as modificações da LDRT.</p>

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos documentos obtidos no Portal de Legislação do Planalto e outras fontes documentais.



Conforme evidenciado na tabela, é vasta a legislação no campo ST ao longo dos seus trinta anos de existência no SUS. Importa saber que os avanços e retrocessos de cunho legislativo seguem ancorados às mudanças político-econômicas e sociais pelas quais o Brasil passou, sendo que estas, representam um pano de fundo para a compreensão das transformações ocorridas ao longo desses 30 anos. A análise detalhada dessa trajetória será apresentada a seguir.

De 1988 a 1999 – Institucionalização do campo ST no SUS

O processo que inclui a ST no modelo de atenção da saúde pública no Brasil, teve seu início com a promulgação da Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988. A Carta Magna é um documento prescritivo e norteador dos direitos pela cidadania e está no topo da hierarquia jurídica no país em termos de legislação, responsável por instaurar uma série de conceitos e propostas inovadoras, se comparado às constituições anteriores, dentre as quais a inclusão da saúde como um direito universal e inalienável, algo inédito até então, assim como institui a construção formal do SUS. Outro avanço trazido em seu texto é o fato de atribuir ao Estado a garantia, por meio de políticas sociais, do direito à saúde, preconizando ações para sua promoção, proteção e recuperação, que visem à diminuição dos riscos de doenças e outros agravos, inclusive aqueles que estão relacionados ao trabalho. Portanto, é com a CF que “a questão da Saúde do Trabalhador ganhou sua expressão máxima enquanto efetivo problema de saúde e do sistema organizativo que o rege” (VASCONCELLOS, SILVA, 2004, p. 192).

A universalização da saúde como direito, constitui um passo fundamental para a ampliação da proteção aos trabalhadores, pois até então, quem estava habilitado a receber cuidados de saúde eram apenas aqueles que possuíam vínculo empregatício formalizado e, através desse obtinham assistência ofertada pelos planos das empresas ou pela própria Previdência Social (SATO, LACAZ, BERNARDO, 2006). Outro ponto a ser destacado é que a CF também estendeu a garantia da saúde aos trabalhadores rurais, chamando a atenção para a necessidade de proposição de ações que reduzam riscos vinculados ao trabalho rural e ensejem a proteção de acidentes e de condições insalubres nesse âmbito.

A CF traz então, de forma genérica, as garantias básicas em favor da saúde dos trabalhadores. Porém, foi com a Lei nº 8.080/1990 (LOS), que se definiu a perspectiva da ST de modo mais

abrangente, sendo propostas estratégias para sua operacionalização, através da criação do SUS e da assunção expressa da categoria trabalho entre os determinantes do processo de saúde. Em suas disposições gerais, a saúde é conceituada de forma ampliada, não apenas como a mera ausência de doenças, ao contrário, esboça os contornos de uma compreensão social desse processo, que seria também definido pelas condições de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais pelos cidadãos.

A LOS também refere especificamente as ações voltadas à ST, amparadas por processos de vigilância epidemiológica e sanitária, além de preconizar a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, para além da recuperação e reabilitação daqueles que tiveram sua saúde comprometida.

Também no ano de 1990 foram publicados o Decreto nº 99.244/1990, que, enunciava a reorganização dos Ministérios, incluindo a nova disposição do Ministério da Saúde (MS), que passaria a ser composto pelos seguintes órgãos: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SAS); e o Decreto nº 99.438/1990, que abordava sobre a organização da CNS. Esse último documento também previa a construção de uma Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), que seria responsável por promover estudos na área, sendo que as informações resultantes dessas pesquisas respaldariam o desenvolvimento de políticas e programas voltados para os trabalhadores. Tem-se assim a efetivação de uma política que assegurava a participação popular, representando um passo importante para a democratização das decisões que afetariam os processos e a prestação de serviços de saúde aos trabalhadores. Todavia, conforme pode ser verificado na Tabela 1, em momentos mais recentes essa postura mais democrática tem perdido espaço, resultando na revogação dessa proposta e na exclusão da sociedade civil das decisões tomadas em nível governamental.

Um fato importante a ser considerado é que somente três anos após a publicação da LOS, foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através da Lei nº 8.689/1993, o que, em termos práticos, colocava o SUS como centro das ações de saúde e promovia realmente a universalidade de acesso aos serviços de saúde, independentemente da natureza e da existência do vínculo empregatício.

Em 1993, os acidentes de trabalho ganham um novo tipo de registro no Sistema de

Informações Ambulatoriais, o SIA/SUS, por meio da portaria nº 119/1993, que estabeleceu que os acidentes relacionados ao trabalho devem compor os dados do sistema, visando que essas informações ajudem na construção e desenvolvimento de novas ações no âmbito da saúde.

No ano seguinte, em 1994, o MS promulga a portaria 1.722/1994, que trouxe como definição que ações de ST no SUS deveriam ser de responsabilidade de uma equipe integrada por membros da COSAT, da SAS, da Divisão de Saúde do Trabalhador e da Secretaria de Vigilância Sanitária, ficando a cargo da primeira, a coordenação de todo o processo de execução das ações de ST.

Já a Portaria nº 142/1997, instaura um novo modelo de notificação de acidentes no âmbito hospitalar, uma vez que os dados decorrentes de acidentes pelo trabalho deveriam compor o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), sendo necessário informar o CID e especificar a forma como o trabalhador se acidentou, se durante o exercício de sua atividade laboral ou no trajeto para o trabalho.

No ano seguinte, a publicação de duas portarias se destaca: a de nº 3.120/1998 que dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, um importante passo para garantir que sejam consolidadas ações de prevenção e promoção de saúde nos contextos de trabalho; e a Portaria nº 3.908/1998, que estabelece a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS), alinhada com os princípios do SUS e responsável por orientar e instrumentalizar as ações e serviços de ST no SUS, delegando responsabilidades às Secretarias de Saúde de estado e municípios. Seu texto determina que compete aos municípios: garantir o atendimento ao acidentado pelo trabalho ou portador de alguma doença decorrente da atividade laboral, realizar ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, notificar os agravos e riscos relacionados, além de comunicar e alimentar o sistema de informações. Já o estado deve promover o controle de qualidade das ações em ST desenvolvidas pelos municípios e cooperação técnica junto a esses, a capacitação de recursos humanos para a realização de ações de ST, a sistematização, processamento e análise de dados sobre a ST e elaboração de perfil epidemiológico. Por fim, a última legislação da década de 1990 analisada aqui é a Portaria 1.339/1999, que se constituiu como uma referência na consulta dos agravos oriundos dos processos laborais.

Fazendo uma análise geral do período, compreende-se que os documentos legais publicados sobretudo nos cinco primeiros anos desde a CF, pautavam-se na institucionalização da ST e na busca

de criar uma cultura de ações de saúde destinadas aos trabalhadores na alçada do SUS e assim promover o seu reconhecimento necessário enquanto área da saúde pública, conforme apontam Vasconcellos et al. (2013). Já no final da década de 90, após o estabelecimento da rotina operacional que deveria ser adotada por estados e municípios, muitos avanços foram sendo conquistados, respaldados pelos textos normativos.

Portanto, a primeira década de regulamentação da ST no âmbito do SUS foi marcada pela publicação de leis, decretos e várias portarias, buscando garantir a aplicabilidade e execução de ações de ST nos diversos níveis de atuação do sistema de saúde. Representou também a procura por dar mais visibilidade ao campo ST, e incorporá-lo aos princípios básicos que regem o SUS, com destaque para a universalidade e para a integralidade. O cuidado integral à saúde dos trabalhadores passou a ser o objetivo a ser alcançado no cotidiano da rede de saúde. Para tanto, pensou-se na criação de uma rede que permitisse uma oferta de serviços de saúde mais qualificada para os trabalhadores e trabalhadoras brasileiras, aspecto que se colocará como norte no período seguinte.

Os anos 2000: a estruturação da RENAST

Uma das estratégias mais importantes adotada pelo Ministério da Saúde após a virada do milênio, que emerge com o intuito de incorporar efetivamente a ST no SUS, é a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), cuja gestão deve contar com articulação das Secretarias de Saúde dos estados brasileiros, municípios e do Distrito Federal, o que demonstra os esforços governamentais no sentido de aliar os entes federados em prol do campo ST.

Até o momento, foram promulgados três textos normativos específicos sobre a RENAST: a portaria 1.679/2002 que institui a rede, a portaria 2.437/2005 que a amplia e busca fortalecê-la e, por último, a portaria 2.728/2009, que substitui a anterior e redefine a organização e atuação da RENAST. De acordo com Dias e Hoefel (2005), “conceitualmente a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 822).

Deve-se destacar ainda que o primeiro documento que trata dessa rede, acompanha, dentre outras normativas, a NOST-SUS, e amplia o reconhecimento da participação social do trabalhador

sobre a própria saúde, o envolvimento de suas entidades representativas como um dos pilares para a estruturação da rede e para o estabelecimento de suas ações. O controle social é uma premissa do SUS, o qual, por sua vez, representa uma conquista a partir da organização e mobilização coletiva. Do mesmo modo, o campo ST se constituiu a partir das lutas e mobilizações dos trabalhadores e dos profissionais do serviço e da academia e sua incorporação ao SUS revela sua potencialidade de mudar todo um aparato legislativo a partir de reivindicações que se estendem para além de um grupo em específico. Portanto:

o controle social compreende uma forma de ação reguladora, resultante da participação popular nas instâncias estatais e/ou ações governamentais. Visa assegurar que as políticas públicas sejam planejadas de modo que responda às necessidades sociais e seus programas sejam cumpridos conforme o que foi pactuado (OTTOBELLI, CARGNIN, CAEZAR-VAZ, 2016, p. 888).

Já a portaria 2.437/2005 possui como principal objetivo o fortalecimento da RENAST por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), nomenclatura utilizada a partir desta portaria, em alteração à anterior denominação CRST.

O CEREST é definido como polo irradiador da cultura especializada sobre questões de trabalho/processo, saúde/doença e deve fornecer suporte técnico e científico para as equipes do SUS, ou seja, trata-se de um centro orientador de ações preventivas, de promoção, recuperação e vigilância de ambientes e processos de trabalho prioritariamente, em relação às ações assistenciais. Embora não se configure como porta de entrada do sistema e, as portarias de 2002 e 2005 evidenciem em seu texto a preferência das ações de prevenção e promoção sobre as de assistência, Lacaz, Machado e Porto, (2002); Dias e Hoefel, (2005); Dias (2008); Santos e Lacaz (2011); Silva (2012) apontam para a persistência do modelo assistencial médico – individual praticado por alguns CEREST, na contramão do modelo de atenção da RENAST, o que os descaracteriza como unidade especializada e de referência em ST.

Quanto ao tipo, o CEREST pode ter abrangência Estadual ou Regional, assim como também define a Portaria de 2002. Cabe ao CEREST Estadual dar suporte técnico para as equipes do SUS no que tange a educação permanente, registro e divulgação de informações em ST para proposição de políticas e ações, desenvolvimento de protocolos clínicos e manuais de apoio, dentre outras, de modo a acompanhar e avaliar a implementação da RENAST. Por sua vez, aos CEREST regionais, cabe dar o suporte técnico para a rede SUS em casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho

com registro, notificação e relatórios dos casos atendidos e dos encaminhamentos realizados, para fins de promover ações de vigilância e proteção à saúde; bem como desenvolver capacitação e ações de ST em todos os níveis de atenção do SUS, dentre outras.

Deve-se destacar ainda, o enfoque dado às ações da Atenção Básica³, como porta de entrada da rede de saúde pública para o trabalhador e, a necessidade de que esta reconheça como seu objeto de ação, aquelas ocorridas em seu território que façam interface com o trabalho.

Segundo Dias e Hoefel (2005) a atuação e as intervenções acontecem no território próximo de onde as pessoas residem e trabalham, incorporando e, ao mesmo tempo, legitimando modos de viver muitas vezes singulares. Uma vez que a APS dispõe de tecnologias e práticas em saúde que atendem não só o indivíduo doente, mas atua no âmbito coletivo, dispondo de ações e práticas de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, (LACAZ et al., 2013) afirmam ser de suma importância incorporar as ações de ST à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Portaria 2.728/2009 estabelece a criação do CEREST municipal para aqueles municípios com população superior a quinhentos mil habitantes, cria os chamados municípios sentinela que além de diagnosticarem e notificarem os agravos à saúde, ficam também responsáveis por desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a ampliar o acesso do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS.

Por fim, merece destaque a composição da equipe de profissionais que compõe os CEREST, uma vez que não houve mudanças significativas entre as três portarias, a não ser, pelo número de profissionais definidos por tipo (estadual, regional e municipal). Em todas as portarias, a RENAST estipula uma equipe mínima composta por médicos e enfermeiros e, apresenta uma listagem de outros profissionais que podem compor a equipe até o número máximo de profissionais, sendo que a escolha fica a cargo do próprio CEREST, a depender das necessidades da área de abrangência.

Para Dias (2008), existe uma grande dificuldade de incorporação de médicos e profissionais da saúde com formação em Saúde do Trabalhador e que a equipe profissional mínima prescrita parece mais orientada para as ações de assistência do que para as ações de vigilância.

Importa saber que, não existe concurso público para compor a equipe de profissionais do

³ Posteriormente renomeada para Atenção Primária em Saúde (APS).

CEREST, ficando a cargo do município o direcionamento de profissionais da própria rede SUS, que em sua maioria, exercem função de assistência nos três níveis de atenção.

Para além das questões apontadas, Silva (2012) assinala que uma das explicações, está na carência ou ausência de proximidade com o campo ST desde a graduação dos cursos da saúde, que em sua maioria, possuem um enfoque mais tecnicista e voltado ao modelo biomédico, o que também se reproduz na prática profissional.

O início dos anos 2010 e o processo de consolidação da legislação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

Por muitas décadas, no Brasil, a Vigilância em Saúde esteve pareada somente ao controle de doenças transmissíveis, o que acabou culminando num ideário de centralidade da vigilância epidemiológica e sanitária sobre as demais modalidades existentes. Esse conceito restrito precisou ser revisto uma vez que a CF coloca como competência do SUS executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de ST. No texto constituinte, essas ações não são descritas especificamente, mas são apontadas e firmadas como um compromisso a ser cumprido. A instituição das diretrizes norteadoras do SUS pela LOS trouxe outra dimensão para a vigilância em saúde, no sentido de assumir um caráter estratégico com vistas a suplantando o modelo assistencial até então vigente, focado exclusivamente na cura de doenças.

Os primeiros anos da publicação da LOS foram marcados por ações fragmentadas e espaçadas no campo da VISAT, não havendo sincronidade dessas práticas nos três níveis de atenção do SUS. Com a intenção de modificar essa lógica e dirimir o isolamento da ST no próprio sistema de saúde, o CNS solicitou ao MS, por meio da Resolução 220/1997, a difusão de conteúdos relacionados a ST para conhecimento das equipes de saúde, com a recomendação de divulgação de regulamentações e publicações que contemplassem a NOST/ SUS, o Manual da VISAT e da Lista de Doenças Ocupacionais, dentre outras medidas. Um dos efeitos que pode ser apontado foi a publicação da Portaria nº 3.120/1998, denominada Instrução Normativa da VISAT, tendo por escopo responsabilizar e, ao mesmo tempo, instrumentalizar as Secretarias de Estados e Municípios sobre a vigilância em saúde nos ambientes de trabalho, e alertar sobre a diferença da vigilância tradicional. Outro importante marco inicial sobre a VISAT foi a publicação da Portaria 1.339/1999, que apresenta

pela primeira vez a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e passa a ser uma referência básica na e para a fiscalização, já que serve de referência no exame do adoecimento pelo trabalho.

No entanto, é com a Portaria 3.252/2009 que a VISAT ganha novos contornos e maior difusão, ao fornecer orientações sobre a Vigilância em Saúde, o financiamento na execução de ações que deveriam ser realizadas pela União, Estados e Municípios e, estabelecer formalmente a VISAT como um braço da Vigilância em Saúde, assim como são a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental e a vigilância sanitária. Considera-se que todos esses saberes devem ser planejados e executados de forma intrasetorial, tendo em vista a melhoria das condições de vida dos trabalhadores. Assim como destaca a portaria, no inciso V de seu artigo 2º, a VISAT “visa a promoção da saúde e à redução da mortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos”.

Três anos depois, a Portaria 3.252/2009 foi revogada pela Portaria 1.378/2013, que especifica e reforça que as ações de vigilância no SUS devem ser desenvolvidas para garantir a integralidade e serem articuladas em rede, além de colocar a vigilância sanitária sob jurisdição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA.

Adentrando mais especificamente no período de que trata essa seção, o ano de 2010 foi marcado pela promulgação da Portaria 201/2010, que trata do monitoramento e alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Na sequência, foi publicado o Decreto 7.602/2011, referente à Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) que, mesmo com críticas, representa um avanço por ser a primeira e única política pública interministerial cujo binômio saúde-trabalho se tornou foco comum entre os ministérios da saúde, previdência e trabalho. As críticas se voltam para o desenho do texto, que repercute a prática dissociada de cada ministério, na qual as definições, objetivos e ações se colocam em linhas paralelas sem interseção. Ou seja, na prática, cada ministério continua a executar ações em separado, de acordo com o seu objeto de ação.

A título de exemplo, Lacaz (2016) aponta para a dificuldade de alguns profissionais em lidar com as novas formas de adoecimento dos trabalhadores, principalmente voltadas para fatores psicossociais. Vasconcellos (2013) salienta a disputa intersetorial entre os ministérios e as

dificuldades em promover ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho. Já Todeschini e Lino (2010) argumentam que a diversidade de órgãos e objetivos constitui, além de fragmentação de ações, um desafio constitucional de integração das áreas de saúde e trabalho. Porém, vislumbram como positiva a tentativa de construção de uma política comum, o que segundo os autores estava em planejamento desde 1997 pelo GEISAT, e só se concretizou em 2011.

No que diz respeito as contribuições da PNSST, destaca-se a preocupação com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. Salienta-se também a utilização de princípios do SUS em especial a universalidade, participação social e integralidade, embora não fique claro no texto como seria a adoção de tais princípios uma vez que para os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho, a definição de trabalhador abrange aqueles que possuem vínculo empregatício via mercado de trabalho formal.

No ano seguinte, foi publicada pelo MS a Portaria 1.823/2012, que se assemelha muito a normativas anteriores, em especial aquelas que tratam da RENAST. Uma particularidade desse documento é que as ações que devem ser fomentadas no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) estão condensadas de forma mais clara. No entanto, ele acaba repetindo e legislando sobre aspectos já regulamentados. Como aspectos inovadores dessa portaria, podem ser destacados as ações do levantamento do perfil sócio ocupacional no território e o apoio técnico matricial a toda a rede SUS.

A inserção do apoio técnico matricial trouxe para os CEREST um diferencial importante ao possibilitar uma atuação conjunta com a rede SUS no matriciamento de ações, trazendo a ambos a responsabilização pelas ações da política de ST. Por outro lado, também favorece o modelo de atuação já definido pela RENAST, no qual o CEREST atua como centro especializado e de referência para rede, e não como porta de entrada do serviço. Para tal, o CEREST deve ter papel primordial como articulador das ações de ST intra e intersetoriais, assumindo, segundo o art. 14º, inciso III, a “retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica”.

No ano de 2014 é publicada a Portaria 1.271/2014, que se constitui como um dos documentos sucessivos que alterou a Portaria nº 777/2004 ao definir a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados. Nesse mesmo ano foi publicada também a Portaria 1.984/2014 que estabelece a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória a serem monitorados por meio de vigilância em unidades sentinelas. A vigilância sentinela é o modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública.

Da reforma trabalhista de 2017 à legislação da ST em tempos de Covid-19

Nos últimos anos, o Brasil vem passando por profundas transformações em relação ao aparato legislativo que rege as questões trabalhistas. Sob a alegação da necessidade de flexibilidade das relações laborais, diversas medidas foram implementadas com destaque para a Lei 13.429/2017, conhecida como Lei da Terceirização, e a Lei nº 13.467/2017, que promoveu a chamada “Reforma Trabalhista”. Apesar de ambas não serem legislações específicas do campo ST, geraram impactos significativos para os trabalhadores, uma vez que alteram diversos pontos inerentes às condições, relações e organização do trabalho e contribuem diretamente para a precarização dessas, conforme discutido por Pereira (2018), e abrem precedentes para práticas que ao invés de proteger, desprotegem o trabalhador, como no caso da terceirização, que pode acentuar os níveis de desigualdades, e piorar a saúde de modo global das pessoas em idade produtiva, além de enfraquecer o SUS.

Essas ditas “reformas”, ao contrário de contribuírem para o apregoado aumento de postos de trabalho, têm ocasionado a elevação das jornadas de trabalho, a instabilidade nos contratos empregatícios, somadas à perda de direitos então consolidados, o que tem gerado consequências à saúde dos trabalhadores como “aumento do desemprego e do trabalho precário; aumento dos acidentes do trabalho e das incapacidades provocadas; maior desgaste da saúde com aumento das doenças mentais do trabalho; maior demanda para o SUS pela precariedade das condições e ambientes de trabalho” (LACAZ, 2019, p. 680).

Impossível não mencionar também a promulgação da Emenda Constitucional 103/2019, que

alterou o sistema da Previdência Social. A chamada “Reforma da Previdência” basicamente estabeleceu maiores tempos de contribuição e aumento da idade para aposentadoria de quase todas as categorias, contribuindo para dificultar o acesso à aposentadoria das cidadãs e cidadãos que dedicam uma vida inteira ao trabalho. Desnecessário detalhar como o fato de terem que trabalhar por mais tempo pode trazer maiores desgastes e impactos para a saúde.

Nesse cenário sombrio de retirada de direitos, o Brasil foi surpreendido por mais uma ameaça, em nível mundial: em março de 2020, a OMS decretou estado pandêmico em razão do novo coronavírus, causado pela Sars-Cov-2. Por essa razão, o Congresso Nacional Brasileiro sancionou a Lei 13.982/2020, que alterou aspectos da concessão do benefício assistencial previsto na Lei nº 8.742/93 - Lei de Organização da Assistência Social (LOAS), em função de mudanças nos critérios usados para estimar a miserabilidade dos cidadãos, e criou um auxílio emergencial para trabalhadores autônomos. O objetivo principal dessa nova lei foi dispor sobre medidas de proteção social a pessoas em situação de vulnerabilidade. Com o intuito de evitar uma demissão em massa e também reduzir os impactos da pandemia sobre as empresas, foram editadas ainda duas Medidas Provisórias (MP): a MP 927/2020, que autorizava durante um período de quatro meses a vigência do teletrabalho, concessão de férias coletivas e a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, dentre outras medidas; e a MP 936/2020, depois convertida na Lei 14.020/2020, que teve como medidas mais significativas a autorização da redução proporcional de jornada de trabalho/salário e a suspensão temporária do contrato de trabalho. Um aspecto importante desse documento foi ter definido que o disposto anteriormente pela MP 927/2020 não autorizava o descumprimento geral das normas regulamentadoras de saúde e segurança no trabalho.

Ainda em função da pandemia da Covid-19, foi publicada em 28 de agosto de 2020, a Portaria 2.309 com o intuito de atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), cuja última versão havia sido publicada pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. A Portaria 2.309/2020 incluía a COVID-19 como uma doença relacionada ao trabalho, demonstrando que o MS se mostrava atento e sensível às demandas atuais de saúde. No entanto, um dia após sua publicação, essa portaria foi revogada pelo Ministro da Saúde em exercício, através da Portaria 2.345/2020, tornando sem efeito versão de 2020 da LDRT. Tal revogação gerou grande repercussão nacional, despertou manifestos e declarações de diversas associações e entidades de classe em

defesa da saúde dos trabalhadores, tais como a Associação de Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o DIESAT.

O que se nota, diante do exposto, é que nos últimos anos, o desmonte dos direitos básicos dos trabalhadores, incluindo o seu direito à saúde e à vida, tem sido articulado por interesses políticos e econômicos, frente aos quais têm sido empreendidas medidas de denúncia e resistência, ainda que com poucos efeitos práticos.

Breves considerações sobre o percurso legal da ST no Brasil

A consideração e estudo da legislação em ST, indubitavelmente, representa um esforço no entendimento sobre os reflexos que as normas prescritas podem causar na garantia de direitos. Por isso serão apresentados os principais avanços e algumas limitações encontradas na análise dos documentos oficiais que se relacionam à temática da ST.

No âmbito dos avanços destacam-se dois aspectos principais diretamente relacionados à constituição de 1988: o reconhecimento da saúde como um direito universal e a formalização do SUS. A instituição, ampliação e reformulação da RENAST representou um grande avanço em termos de políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores brasileiros, ofertando-lhes atenção integral e estruturada com o apoio dos CEREST. Nesse contexto, outro ganho trazido pela RENAST foi a inclusão das ações em ST na APS por meio do desenvolvimento de linhas de cuidado voltadas para as questões do trabalho. Essa é uma tentativa de fomentar a atenção diferenciada para os trabalhadores no âmbito do SUS. Ainda de acordo com Dias e Hoefel (2005), “a RENAST também é uma política transformadora e de inclusão, pois tem possibilitado dar visibilidade às questões de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde; facilitando o diálogo com gestores e o planejamento de ações, financiadas por recursos extra-teto” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 827).

Outro ponto de grande relevância que ganhou corpo ao longo das sucessivas normativas foi a incorporação da noção ampliada de saúde da CF e da LOS e a proposição concreta de ações para sua instrumentalização através do estabelecimento de que as ações voltadas à saúde não deviam se restringir apenas às práticas curativas e remediativas, ou seja, às ações de assistência, devendo também se fazer presentes no cotidiano da rede aquelas voltadas para prevenção de agravos, promoção e educação em saúde.

Essa questão caracteriza o foco na atenção integral à saúde e também cria condições para a intervenção nas origens e causas do processo de adoecimento, com vistas a evitar novos casos, aspecto com o qual a VISAT se mostra comprometida. O delineamento da VISAT e sua incorporação à noção mais ampliada de Vigilância em Saúde, juntamente com as demais modalidades de vigilância, foi um grande salto qualitativo preconizado nos textos institucionais. Trata-se de valorizar uma outra lógica de cuidado, assim como os documentos fazem questão de legitimá-la, para que a diretriz da integralidade se efetive na rede de saúde pública. A VISAT é colocada como um campo estratégico, do ponto de vista da legislação vigente, para promover ações de promoção da saúde dos trabalhadores, prevenção das doenças e agravos oriundos dos processos de produção e oferta de práticas curativas. Esta proposta implica o estabelecimento da vigilância em três frentes, quais sejam, a intervenção nas causas ou determinantes; atuação sobre os riscos ou exposição e sobre os danos ou consequências do adoecimento pelo trabalho (COSTA et al., 2013).

Contudo, como analisa Machado (2005), dois desafios enfrentados para a efetivação das ações da VISAT são a fugacidade das atividades, por não conseguirem perdurar no tempo, e a regionalização dos serviços, dado que apenas grandes centros do país, como o sudeste e o sul, se beneficiam mais profundamente de seus resultados devido à estruturação dos serviços nessas localidades.

Outro grande desafio destacado pela literatura (DIAS, 2008; SANTOS, LACAZ, 2011; SILVA, 2012) sobre a VISAT diz respeito à prevalência de práticas assistenciais na rede de atenção, em detrimento das próprias práticas de vigilância. Pode-se mencionar ainda a dificuldade de alguns CEREST conseguirem realizar toda a gama de atividades que a legislação atribui a essas instâncias, uma vez que, além de realizar ações de vigilância, também oferecem programas de assistência, devem prestar apoio matricial e organizar ações de formação em ST para profissionais dos diversos níveis de atuação do SUS, formalizar o mapeamento do perfil produtivo a partir dos dados colhidos pela APS, realizar notificações, confeccionar relatórios à pedido do Ministério Público do Trabalho (MPT), dentre outras. Acrescenta-se ainda o fato de que os CEREST estaduais e regionais acabam por executar ações que são muito semelhantes e, em alguns casos, essas atribuições até se sobrepõem no **corpus** dos textos ministeriais. Deve-se ressaltar ainda a grande área de cobertura que deve ser alvo do trabalho de algumas unidades, além do número por vezes reduzido de

servidores nessas instâncias e, as lacunas existentes na graduação e qualificação profissional para atuar em ST (SILVA, 2012).

Ainda que as estratégias definidas na legislação para a estruturação e implementação da RENAST no SUS tenham ganhando maturidade e mais corpo ao longo dos anos, e que na última portaria da RENAST o propósito não é mais instituir e nem incorporar a rede ao SUS, pois já se admite, em seu texto, que ela já integra os serviços da rede pública de saúde, esse é um ponto nevrálgico e contraditório, porque essa rede não foi implementada efetivamente como parte do SUS (DIAS, HOEFEL, 2005; LACAZ, 2007; 2016). Esse é um fator limitante da própria lei, já que ela não consegue ser transposta do papel para a prática das equipes de saúde, demonstrando ainda a presença de alguns entraves. Dias e Hoefel (2005) e Lacaz (2016) indicam ainda a dificuldade do SUS em incorporar o trabalho como um paradigma norteador do funcionamento do SUS.

Outro ponto frágil da legislação em ST é a sobreposição de documentos, que ocorre na medida em que a aplicabilidade da lei se mostra problemática e outras normativas são lançadas com o intuito de diminuir a distância do escrito na lei máxima do país com a prática, e também por divergências políticas entre diferentes governos, que vão assim produzindo novas legislações, com o intuito de conformar o SUS e os investimentos públicos requeridos por esse a diferentes óticas, sendo a ótica neoliberal a que tem prevalecido.

Um exemplo de sobreposição refere-se à da PNSST e da PNSTT. Ambas abordam a ST pela via da vigilância dos processos produtivos e da redução da morbimortalidade por acidentes e doenças ocasionadas em função do trabalho, porém, a primeira foi construída numa tentativa intersetorial dos ministérios da saúde, previdência e trabalho e, a segunda parte do MS. Na prática, a publicação de duas políticas em anos subsequentes deixa claro que a existência de uma legislação não basta por si e se faz necessária a operacionalização na íntegra do que já existe.

A esse propósito, Vasconcellos (2013, p. 180), chama a atenção para a seguinte reflexão: “ao erigir duas políticas de Saúde do Trabalhador [PNSST e PNSTT], o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter nenhuma política de Estado para a área”.

Um ponto que também não foi desenvolvido a contento refere-se ao controle social. Como lembram Souza, Rodrigues, Fernandes e Bonfatti (2017), a participação dos trabalhadores no controle da própria saúde é o primeiro passo para a melhoria das condições de trabalho e para a

efetiva diminuição dos agravos decorrentes dos processos produtivos. Esse processo implica “o empoderamento dos trabalhadores para tomada de decisão e gerenciamento de suas condições de saúde. Isso pressupõe garantia de informação e meios efetivos para esse gerenciamento, que coincide com a ‘participação e não delegação’ uma das ‘ideias força’ da Saúde do Trabalhador” (Dias; Hoefel, 2005, p. 825). No entanto, o que se observa é o baixo envolvimento das instâncias representativas dos trabalhadores na formulação de propostas práticas de ação e intervenção, não sendo criadas condições efetivas para que essa participação possa acontecer através das estruturas previstas em lei, tal qual o CNS e as CIST. Ao contrário, como apresentado anteriormente, no momento atual o que tem sido observado é um esforço do governo federal para alijar os trabalhadores e cidadãos desse processo, com o esvaziamento ou extinção dos órgãos colegiados. Outro grande desafio refere-se à capacidade de organização dos trabalhadores e entidades representativas para fazer frente a todos os retrocessos presenciados.

Fica claro então que a publicação e vigência de leis relacionadas à ST, não são por si só, garantia de operacionalização de ações e práticas do cuidado aos trabalhadores e que avaliar as limitações pode trazer a possibilidade de se repensar as práticas que vêm tomando lugar no cotidiano do SUS.

CONCLUSÃO

Conforme pôde-se notar, a ST é um campo de muitas potencialidades, tanto para garantir condições de saúde em ambientes saudáveis para os trabalhadores brasileiros, quanto para levar a cabo no SUS uma discussão crítica sobre o lugar que o trabalho ocupa na vida dos cidadãos que fazem uso do serviço de saúde pública.

O presente estudo apresenta limitações, dado que não foi possível, no espaço de sua realização e também naquele viabilizado para a escrita do presente trabalho, analisar todos os documentos publicados nas diversas instâncias no período analisado. Todavia, pode-se argumentar que trazer à tona alguns aspectos da legislação vigente em ST foi, de todo modo, esclarecedor.

Vimos que a legislação em ST surge para garantir que o cidadão seja atendido pela rede SUS também como trabalhador e comprovamos os diversos avanços propiciados pelo aparato legal, em

especial no que diz respeito à busca de maior capilaridade dentro do sistema, incorporação de ações de prevenção, promoção e educação em saúde e papel de destaque dado à vigilância, enquanto ponto nevrálgico para uma intervenção nas modalidades de trabalho que são promotoras de adoecimento.

Pudemos também notar algumas fragilidades que ainda persistem, sendo a principal, a nosso ver, a existência de um hiato entre teoria e prática. Nesse sentido, é importante dar visibilidade a essa questão, com intuito de se avançar no sentido de fazer com que o que é preconizado na lei possa efetivamente fazer parte do cotidiano das ações e serviços do SUS.

REFERÊNCIAS

COSTA, Danilo, et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev Bras Saúde Ocup.** 2013;38(127):11-21.

DIAS, Elizabeth Costa, HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva.** 10(4): 817-828, 2005.

DIAS, Elizabeth Costa. **Implementação das Ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007:** diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo – (Relatório Técnico]. SES/MG; UFMG; CERES, Belo Horizonte, julho de 2008.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro, MACHADO, Jorge Mesquita Huet. PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil.** Relatório de Pesquisa, 2002.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.4, pp.757-766. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro, TRAPE, Andrea, SOARES, Cássia Baldini, SANTOS, Ana Paula Lopes dos. Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? **Interface (Botucatu)**, 2013, v.17, n.44, 75-87. ISSN 1414-3283. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador **Rev. bras. saúde ocup.** [online]. 2016, vol.41, e13. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100301&script=sci_abstract&tlng=pt

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 24, nº 3, 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.01452019>

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (4): 987-992, 2005.

NEHMY, Rosa Maria Quadro, DIAS, Elizabeth Costa. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais. **Revista Med Minas Gerais**, 20 (Supl 2): 13-23, 2010.

OTTOBELLI, Caroline, CARGNIN, Marcia Casaril dos Santos, CAEZAR-VAZ, Marta Regina. Controle Social na Saúde do Trabalhador: Uma abordagem Socioambiental. **Revista de Enfermagem**, Recife, 10 (Supl.2): 2016, 887-893.

PEREIRA, Maristela de Souza. Os Processos de Precarização do Trabalho e seus Reflexos no Adoecimento de Trabalhadores Brasileiros: Um Estudo de Caso. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 11(2), 208-220, 2018.

PIMENTEL, Alessandra. O Método da Análise Documental: Seu uso numa Pesquisa Historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, nº 114, 179-195, 2001.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos. LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios, In: MINAYO-GOMEZ, Carlos. MACHADO, Jorge Mesquita Huet. PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 87-106, 2011.

SATO, Leny, LACAZ, Francisco Antônio de Castro, BERNARDO, Marcia Hespagnol. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas investigativas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, 11 (3): 281-288, 2006.

SILVA, Vivianne Peixoto. **Formação e Capacitação da equipe do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e sua relação com o modelo de atenção adotado**: estudo de caso no estado de Minas Gerais. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.

SOUZA, Kátia Reis, RODRIGUES, Andréa Maria dos Santos, FERNANDEZ, Verônica Silva, BONFATTI, Renato José. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. **Saúde debate**. 2017, vol.41, n. spe2, pp.254-263, 2017.

TODESCHINI, Remígio, LINO Domingos. A importância social do NTEP e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In: Machado J, Soratto L, Codo W, editores. **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. O NTEP e a Previdência Social. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 23-35.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel, SILVA, Jacinta de Fátima Senna. Uma Década de Saúde do Trabalhador no Setor Saúde: tempo de construção, avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, 191-205, 2004.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel, GUTIERREZ, Paulo Roberto, NUNES, Elizabete de Fátima A., IENO, Gláucia Maria de Luna, SENNA, Jacinta de Fátima, KULESZA, Tereza Mitsunaga. O Processo de Construção das Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica (1990-2002). In: DIAS, Elizabeth Costa, SILVA, Thais Lacerda (Organizadoras). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 73-91, 2013.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Dadel. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (128): 179-198, 2013.

Abordagem do campo Saúde do Trabalhador em mestrado profissional da Universidade Federal de Uberlândia: revisão dos cinco anos de produção

Cristiane Neri Teixeira

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
crisneri77@gmail.com

Miriam Queiroz Braga Costa e Silva

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
miriam.silva@uftm.edu.br

Ailton de Souza Aragão

Doutor em Ciências
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
ailton.aragao@uftm.edu.br

Vivianne Peixoto da Silva

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
vivianne@ufu.br

Rosimár Alves Querino

Doutora em Sociologia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
rosimar.querino@uftm.edu.br

RESUMO: Objetivou-se caracterizar o perfil de egressas/os e a produção científica na linha de pesquisa Saúde do Trabalhador (ST) do Programa de Mestrado Profissional (MP) em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), no período de 2016 a 2020. A revisão de literatura envolveu os trabalhos equivalentes e dissertações disponíveis no Repositório Institucional do Sistema de Bibliotecas da UFU. O corpus foi constituído por 64 trabalhos equivalentes/dissertações. Analisou-se as dimensões: ano de defesa; metodologia, cenários e participantes da pesquisa. Consulta à Plataforma Lattes permitiu a caracterização de egressos em relação ao sexo, profissão e instituição de atuação. Dentre os mestres, predominaram mulheres (78,1%), graduados na área da Saúde (54,29%) e trabalhadores de instituições federais (56,2%). Os estudos têm sido majoritariamente de campo (68,75%); com predominância da metodologia quantitativa (43,75%). Nos cenários de estudo destacaram-se instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) (56%). Observou-se a ênfase da produção acadêmica em trabalhadores formais, especialmente profissionais de saúde, o que pode estar relacionado à área de graduação dos mestres e sua inserção profissional. A pluralidade de temas, de cenários e de delineamentos metodológicos encontrada no PPGAT traz a amplitude do campo ST no contexto da Saúde Coletiva. Almeja-se que a pesquisa no MP seja valorizada na medida em que dê visibilidade aos diferentes trabalhadores, evidencie os desafios do mundo do trabalho e contribua para valorizar as políticas públicas no campo ST.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Mestrado Profissional; Revisão de literatura.

Como citar este trabalho:

TEIXEIRA, C.N.; SILVA, M.Q.B.C.; ARAGÃO, A.S.; SILVA, V.P.; QUERINO, R.A. Abordagem do campo Saúde do Trabalhador em mestrado profissional da Universidade Federal de Uberlândia: revisão dos cinco anos de produção. In: SILVA, V.P.S (Org.). 30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2023. 159. p. <http://dx.doi.org/10.51781/978658692026038>

INTRODUÇÃO

“30 anos não é pouca coisa, mas também não é muita, quando se pretende investir na dignidade no trabalho, pela via da Saúde do Trabalhador. É só o começo” (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018, p. 1969).

No Brasil, o campo Saúde do Trabalhador (ST) é resultante da confluência de perspectivas teórico-metodológicas, da implantação do SUS e, também, dos movimentos de trabalhadores (LACAZ et al., 2020; GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). Sua constituição ocorre, segundo Lacaz (2007), sob influência dos aportes teóricos e metodológicos da Saúde Coletiva, que transcende as anteriores abordagens da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. A ST engendra uma nova perspectiva sobre as relações entre trabalho e o processo saúde-doença e coloca em enlevo o protagonismo dos trabalhadores (LACAZ, 2007; LACAZ et al., 2020).

No contexto do SUS, a estruturação do campo ST tem como marcos: a) a criação, em 2002, da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) pela Portaria no 1.679/GM; b) o fortalecimento da RENAST por meio do Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dado pela Portaria GM/MS no 2.437, de 2005; b) a publicação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), via Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011 ; c) e, em 2012, a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) pela Portaria nº 1.823 (LACAZ et al., 2020). No que tange ao servidor público federal, a partir de 2003 foram iniciadas ações que resultaram na elaboração da Política de Seguridade Social e Benefícios no âmbito do Serviço Público Federal, posteriormente substituídas e estruturadas, em 2009, no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) (CONSTANTIN, QUERINO, 2020).

Destarte, embora haja amadurecimento no referencial teórico-metodológico sobre as relações entre o trabalho e a saúde e avanços na estruturação da atenção integral e vigilância em saúde, há que se reconhecer os desafios postos ao campo ST em decorrência dos inúmeros ataques ao mundo do trabalho e dos direitos em nosso país (LOURENCO; LACAZ, 2017; GUIMARÃES JUNIOR; EBERHARDT, 2020; LACAZ et al., 2020). Trata-se, assim, de reconhecer as políticas públicas e a produção no campo ST como estratégias de resistência e luta.

Tais ponderações são fundamentais para que se compreenda a profícua relação entre a

estruturação da Saúde do Trabalhador como campo de práticas e de pesquisas. Estudo de Santana (2006) indicou a importância da ampliação dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e Saúde Coletiva para que, no período de 1970 a 2004, se expandisse a produção sobre ST. A autora também assinala um dos desafios centrais a serem enfrentados:

No Brasil, em que pese o grande número de estudos acadêmicos na área da Saúde do Trabalhador, percebe-se que apenas mais recentemente a pesquisa começou a ser valorizada e empregada como evidência para as decisões nas instituições formuladoras de políticas e encarregadas da gestão dos programas dessa área (SANTANA, 2006, p. 107-8).

Nesta esteira, considera-se que a emergência de programas de mestrado profissional (MP) com foco na ST representa a consolidação do campo e, também, possibilidades de fortalecimento de políticas, programas e ações voltadas à atenção integral à ST. Neste intento, foi delineado o presente estudo. Nele é abordada a produção acadêmica do PPGAT, implantado pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) em 2015.

Objetivou-se caracterizar o perfil de egressas/os e a produção científica na linha de pesquisa Saúde do Trabalhador no período de 2016 a 2020. Estima-se, assim, que esta revisão de literatura contribua para ampliar o conhecimento sobre os mestrados profissionais e o campo ST, ensejar o delineamento de novos estudos, divulgar a produção do PPGAT e influenciar a tomada de decisão no âmbito das políticas públicas em ST.

METODOLOGIA

O estudo consistiu em revisão de literatura. Revisões de literatura possuem contribuição fundamental, posto que permitem o mapeamento e a análise da produção científica com vistas à sistematização do conhecimento e à produção de evidências. A construção desta revisão constituiu-se como momento de formação e de apropriação crítica da produção desenvolvida no mestrado profissional no qual mestrandas e docentes atuam. Pretende-se contribuir para a sedimentação dos estudos no campo ST e ensejar ampliação do escopo das pesquisas no PPGAT e em outras esferas.

Primou-se pelo rigor na realização da revisão. Para tanto, adotou-se as seis etapas da revisão integrativa, conforme descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 761-3): 1) "identificação do tema

e seleção da hipótese ou questão de pesquisa”; 2) “estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura”; 3) “definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos”; 4) “avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa”; 5) “interpretação dos resultados”; 6) “apresentação da revisão/síntese do conhecimento”.

Tratou-se aqui de investigar a abordagem do campo ST nas dissertações e trabalhos equivalentes construídos no PPGAT com ênfase nas metodologias e técnicas empregadas, nos cenários e participantes dos estudos. O levantamento foi realizado no Repositório Institucional do Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), de modo online, selecionando os anos de 2016 a 2020. Neste período, a produção dos/as mestres totalizou 79 trabalhos equivalentes/dissertações. Após leitura dos títulos e resumos, foram excluídas onze produções da linha de pesquisa da Saúde Ambiental. Das 68 produções da linha Saúde do Trabalhador, quatro não estavam disponíveis para consulta em decorrência do bloqueio dos autores. A revisão envolveu, portanto, 64 produções.

A caracterização destas produções ocorreu a partir das seguintes variáveis: ano de defesa; descritores; tipo de pesquisa (pesquisa de campo; pesquisa documental; revisão de literatura; pesquisa de campo/pesquisa documental); metodologia empregada (qualitativa; quantitativa; métodos mistos); cidade e estado no qual foi desenvolvida a pesquisa; cenário da pesquisa (instituição/serviço); participantes; técnicas/instrumentos para coleta de dados e forma de apresentação dos resultados (dissertação ou trabalho equivalente).

Os dados elencados para análise foram compilados e organizados em planilhas eletrônicas do Excel® por, no mínimo, três dos autores. Nesta segunda leitura foram priorizados os seguintes itens das produções: títulos, resumos, apresentação/introdução e material/métodos. O Quadro 1 sintetiza as características dos estudos inseridos nesta revisão.

Realizou-se, também, consulta à Plataforma Lattes para identificação da área de graduação do/a mestre e instituição na qual atua, elementos considerados importantes para a compreensão do perfil de alunos do MP.

Quadro 1 – Distribuição da produção acadêmica da linha Saúde do Trabalhador segundo autoria, ano de defesa, tipo de pesquisa, metodologia, cenário de pesquisa, participantes, técnicas e instrumentos.

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
1	AQUINO, Rafael Lemes de. Impacto do trabalho noturno na qualidade de vida do profissional de enfermagem do gênero masculino. 2016. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2016.495	Pesquisa de Campo	Quantitativa	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Profissionais de equipes de enfermagem do gênero masculino de hospital federal de ensino de Uberlândia-MG.	Questionário Word Health Quality of Life (WHOQOL-Bref).
2	CUNHA, Nathália Amaral. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico: análise epidemiológica e percepção das vítimas, em Uberlândia - MG. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.301	Pesquisa de Campo/ Documental	Métodos mistos	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST Regional) - Uberlândia-MG	Trabalhadores vítimas de acidentes biológicos no município de Uberlândia-MG.	Fontes documentais (notificações de acidentes com material biológico) e questionário semiestruturado.
3	RODRIGUES, Vitor Silva. Acidentes de trabalho da enfermagem com perfurocortantes em um hospital universitário: estratégias para prevenção. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.336	Pesquisa de Campo	Quantitativa	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Equipes de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de hospital federal de ensino de Uberlândia-MG.	Questionário semiestruturado.
4	MAGALHÃES, Sílvia Fonseca. Acidentes graves em trabalhadores que atuam na construção civil, no município de Uberlândia-MG (2013 a 2015). 2017. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.960	Pesquisa Documental	Quantitativa	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST Regional) - Uberlândia-MG	Trabalhadores da construção civil vítimas de acidentes de trabalho grave em Uberlândia-MG.	Fontes documentais (SINANNet e do CEREST).
5	CHAGAS, Sueli Matos Souza. Os agentes de risco ocupacional: suas influências na precarização do trabalho de motorista e cobrador, do gênero feminino, no transporte coletivo urbano de Uberlândia-MG. 2016. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.567	Pesquisa Documental	Quantitativa	Empresas de Transporte Coletivo - Uberlândia-MG	Motoristas e cobradoras de ônibus coletivos do gênero feminino de Uberlândia - MG.	Fontes documentais (afastamentos de trabalhadores de empresas de transporte coletivo).

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
6	OLIVEIRA, Marilda Arantes. O ambiente de trabalho e as doenças ocupacionais na perspectiva dos profissionais de enfermagem que atuam em hemodiálise do HC/UFU. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.299	Campo/ Documental	Métodos mistos	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Setor de Nefrologia e Transplante Renal	Equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) do Setor de Nefrologia e Transplante Renal do hospital federal de ensino de Uberlândia-MG.	Fontes documentais (prontuários) e entrevistas semiestruturadas.
7	FAGUNDES, Ana Cláudia. Análise de sofrimento mental de trabalhadores que atuam no setor de segurança privada: saúde do trabalhador. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.570	Documental	Quantitativa	Empresa de segurança privada em Uberlândia - MG	Trabalhadores de empresa de segurança privada em Uberlândia-MG.	Fontes documentais (relatórios com atestados de saúde ocupacional e CID do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho da empresa de segurança privada).
8	SILVA, Durval Veloso da. Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.365	Campo	Quantitativa	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de hospital federal de ensino de Uberlândia-MG.	Questionário ASSIST (Triagem de uso de álcool, tabaco e outras SPA) e DASS (níveis de depressão, ansiedade e stress)
9	RODRIGUES, Mayrines Aparecida da Silva. As doenças crônicas não transmissíveis: uma análise entre técnicos administrativos da odontologia em Uberlândia/MG. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.360	Campo	Quantitativa	Faculdade de Odontologia e Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia	Trabalhadores da Faculdade de Odontologia e Hospital Odontológico de instituição federal de ensino de Uberlândia-MG.	Questionário semiestruturado.
10	NEME, Gláucia Guimarães de Souza. Estudo epidemiológico dos agravos à saúde prevalentes em docentes do ensino superior no Brasil. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.499	Revisão/ Campo	Quantitativa	Universidade Federal Brasileira	Docentes de universidade federal brasileira.	Questionário elaborado pelos autores e Questionário Geral de Saúde desenvolvido por Goldberg.

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
11	SANTOS, Raquel Alves dos. Exames médicos periódicos: a assistência e promoção da saúde sob a ótica dos servidores de uma instituição federal de ensino. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.298	Campo	Qualitativa	Universidade Federal de Uberlândia	Servidores docentes e técnico administrativos ativos.	Entrevista semiestruturada
12	NUNES, Wilma S. Fatores psicossociais no trabalho da enfermagem em pronto-socorro de um hospital de clínicas de grande porte. 2017. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2017.90	Campo	Quantitativa	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de hospital federal de ensino de Uberlândia-MG.	Questionário para caracterização sócio demográfica ocupacional dos participantes e o JCQ (Job Content Questionnaire)
13	CROVATO, Cristina Aparecida dos Santos. A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.276	Revisão/ Campo	Métodos mistos	Equipes Saúde da Família de Uberlândia-MG	Profissionais de enfermagem das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Uberlândia-MG.	Questionário semiestruturado com questão aberta.
14	MACEDO, Mirna de Melo. Perfil de saúde dos trabalhadores nos territórios da atenção básica do distrito sanitário sul, em Uberlândia/MG. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.300	Documental	Quantitativa	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST Regional) - Uberlândia-MG	Unidades de Atenção Primária do Distrito Sanitário Sul de Uberlândia-MG	Fontes Documentais (consolidados do Perfil Ocupacional da ESF/PACS).
15	MACEDO, Abadia de Fátima Rosa. Processo saúde-doença do docente de universidade pública: inquietações sobre o sofrimento psíquico na UFU. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.335	Documental	Qualitativa	Universidade Federal de Uberlândia - Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS)	Docentes de universidade federal.	Fontes Documentais (DIRQS-UFU - licenças médicas no SIAPENet/UFU).
16	OLIVEIRA, Karol Teixeira de. O Procurador do Trabalho e o SUS – Ministério Público do Trabalho e Política Nacional de Saúde do Trabalhador. 2017. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.84	Revisão/ Documental	Qualitativa	Ministério Público do Trabalho	-	Fontes Documentais (Publicações oficiais do Ministério Público do Trabalho, sete estudos e 10 peças processuais).

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
17	NOGUEIRA, Roberta Peixoto. Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de grande porte. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.264	Campo	Métodos mistos	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Equipe de enfermagem (auxiliar, técnicos e enfermeiros) de hospital federal de ensino.	Questionário WHOQOL-abreviado e grupo focal
18	MACHADO, Luciana Cristina. Rastreamento de transtornos mentais comuns entre os professores da rede municipal de ensino, Uberlândia, Minas Gerais. 2017. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.u.di.2018.97	Campo	Quantitativa	Escolas da rede municipal de ensino fundamental	Professores da rede municipal de ensino.	Instrumento General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) e um questionário estruturado com questões relativas a possíveis fatores de risco e proteção no desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC).
19	SOARES, Patrícia de Cássia Araújo. Riscos ergonômicos e adoecimento no trabalho de enfermagem em foco: Hospital de Clínicas/UFU-MG. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.292	Campo	Métodos mistos	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Setor de Clínica Médica	Trabalhadores do Setor de Clínica Médica de hospital federal de ensino.	Análise ergonômica; entrevista e fontes documentais (dados secundários da Divisão de Saúde Ocupacional e prontuários dos CID10 de afastamento dos trabalhadores).
20	VALADARES, Rodrigo. Saúde do trabalhador do tribunal de justiça do estado de Minas Gerais: compreensões de assistentes sociais sobre as relações entre trabalho, saúde e vida. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.437	Campo	Qualitativa	Tribunal de Justiça de Minas Gerais	Assistentes Sociais judiciais.	Entrevista semiestruturada
21	REZENDE, Laura Cristina Silva. Saúde do Trabalhador: um estudo com profissionais que lidam com o sofrimento do outro na atenção domiciliar. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.303	Campo	Métodos mistos	Programa Melhor em Casa (PMC) e equipe do PMC vinculadas à instituição federal de ensino.	Trabalhadores (diversas categorias) e gestores do Programa Melhor em Casa (PMC).	Etnografia, grupo focal, entrevista semiestruturada e questionário autoaplicável.
22	SILVA, Gisella Garcia da. Subnotificação de Acidente de Trabalho Fatal: um estudo de caso no município de Uberlândia. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.296	Documental	Quantitativa	Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde	Pessoas em idade produtiva (15 a 64 anos) com óbito por causas externas no município de Uberlândia em 2015.	Fontes Documentais (declaração de óbitos por causas externas de trabalhadores).

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
23	ELIAS, Ana Rosa Ribeiro. Transtornos mentais comuns, qualidade e satisfação na vida de mulheres profissionais do sexo - Uberlândia. 2017. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.915	Campo	Quantitativa	ONG Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS - Núcleo Uberlândia-MG	Mulheres profissionais do sexo cadastradas na ONG.	Questionário sócio demográfico estruturado; WHOQOL- Bref-Satisfaction with Life Scales (SWLS); Questionário Self Report (SQR 20).
24	BERTUSSI, Vanessa Cristina. Uso de drogas, ansiedade, estresse e depressão entre os profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.284	Campo	Quantitativa	Equipes de Saúde da Família	Equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) atuantes em equipes saúde da família de Uberlândia-MG.	Questionário sócio demográfico e ocupacional, AUDIT (dependência de álcool); ASSIST (outras drogas), DASS 21 (escala depressão, ansiedade e estresse).
25	BERNARDES, André Luís Freitas. O uso do agrotóxico na agricultura familiar: saúde do trabalhador rural no Município de Uberlândia (MG). 2017. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2017.88	Campo/ Documental	Métodos mistos	Regiões de produção do município de Uberlândia; CEREST	Produtores da agricultura familiar do município de Uberlândia - MG	Fontes documentais (CEREST-Uberlândia-MG), entrevistas; exames laboratoriais.
26	CARRIJO, Luciana Maria Pires. Zoonoses ocupacionais: riscos biológicos associados ao manejo da vida silvestre no bioma Cerrado. 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.577	Campo/ Documental	Quantitativa	IBAMA, Bombeiros, Polícia Ambiental, Universidade Federal de Uberlândia, Instituto Estadual de Florestas, Zoonoses, Zoológico	Profissionais da rede pública do município de Uberlândia-MG que manejam animais silvestre.	Questionário semiestruturado e Fontes Documentais (Banco de dados dos Bombeiros-Registros de Eventos de Defesa Social - REDS)
27	MARQUES, Adriane Martins. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário Federal no Triângulo Mineiro. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.921	Documental	Quantitativa	Hospital Federal Público	Servidores públicos de hospital federal do Triângulo Mineiro.	Fontes Documentais (atestados médicos)
28	GUIMARÃES, Giselle Oliveira de Moraes. Acidentes de trabalho grave na construção civil de Uberlândia no ano de 2016: repercussões na vida do trabalhador. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2361	Campo	Qualitativa	CEREST Regional Uberlândia-MG	Trabalhadores da construção civil que sofreram acidente de trabalho grave no ano de 2016.	Entrevista semiestruturada

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
29	ROSA JÚNIOR, Alberto Pinto da. Acidentes de trabalho graves envolvendo membros superiores notificados em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.990	Documental	Quantitativa	CEREST Regional Uberlândia-MG	Trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave com notificação compulsória no CEREST.	Fontes Documentais (Ficha de notificação de acidentes de trabalho graves e ficha complementar envolvendo membros superiores)
30	SANTOS, Keile Aparecida Resende. Aids e a previdência e a assistência social brasileira, 2004-2016. 2018 http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.169	Documental	Quantitativa	INSS Previdência Social	Trabalhadores com AIDS, incapazes para o trabalho e de manter sua subsistência por meios próprios, de 2004 a 2016 de 20 a 59 nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal.	Fontes Documentais (Banco de dados do SUIBE - Sistema Único de Informações de Benefícios)
31	TRAJANO, J. D. S. Caracterização dos acidentes de trabalho em Uberaba - MG: compreensão de suas causas, atenção na Rede SUS e impactos sobre condições de vida e trabalho. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/Ufu.DI.2018.924	Campo Documental	Métodos mistos	CEREST Regional Uberaba - MG	Trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho grave no município de Uberaba-MG.	Fontes Documentais (SINANNet, ficha de investigação de acidente de trabalho grave do CEREST); Entrevista semiestruturada.
32	SANTOS, Lígia Pedrosa dos. Cirurgia Bariátrica e Qualidade de Vida de Trabalhadores da Saúde. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.264	Campo	Métodos mistos	Rede SUS - Uberlândia-MG	Trabalhadores da saúde da rede pública de Uberlândia-MG que realizaram cirurgia bariátrica.	Questionário Perfil Sócio econômico; WHOQOL Bref e entrevistas semiestruturadas.
33	ANDRADE, Márcia Ferreira de Medeiros. O cuidado de si na perspectiva dos enfermeiros de um Hospital Universitário. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.139	Campo	Qualitativa	Hospital Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Enfermeiros do gênero masculino lotados no hospital federal de ensino.	Entrevista semiestruturada
34	AZEVEDO, Edilson de Oliveira. Estudo das condições de trabalho e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores terceirizados da manutenção predial na UFU. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.87	Campo	Métodos mistos	Universidade Federal de Uberlândia - Campus Santa Mônica da UFU	Trabalhadores terceirizados contratada pela instituição federal de ensino.	Entrevista semiestruturada, observação in loco e questionários.

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
35	BORGES, Maria Inês Miranda Pacheco. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.972	Campo	Qualitativa	Rede SUS - Uberlândia - MG	Profissionais integrantes da equipe odontológica da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia - MG e adolescentes de Escola Municipal.	Pesquisa-intervenção conduzida com oficinas com a aplicação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.
36	ARANTES, Lilian Cazarotti. Notificação dos acidentes de trabalho graves na rede SUS Uberlândia (MG). 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.958	Campo Documental	Métodos mistos	Unidades de Pronto Atendimento da Rede SUS de Uberlândia-MG	Profissionais de nove unidades notificadoras da rede SUS.	Questionário semiestruturado e Fontes Documentais (Notificações INSS/SINAM).
37	LEÃO, Laysa de Oliveira Souza. Organização do trabalho e transtornos mentais comuns nos técnicos de enfermagem de um hospital público universitário de grande porte. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.85	Campo	Quantitativa	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Clínicas Cirúrgicas	Técnicos de Enfermagem de Clínicas Cirúrgicas de hospital federal de ensino.	Questionário estruturado (validado por Mari e Williams).
38	OLIVEIRA, Jailton Deotides da Silva. Percepções e ações em saúde do trabalhador a partir da implantação do SIASS: estudo da diretoria de qualidade de vida e saúde do servidor (DIRQS) da Universidade Federal De Uberlândia/MG. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.945	Campo	Métodos mistos	Universidade Federal de Uberlândia - Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS)	Servidores da Diretoria de Qualidade de Vida da Universidade Federal de Uberlândia/ Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)	Entrevista semiestruturada; grupo focal e questionário estruturado
39	COSTANTIN, Ilda Cristina da Silva. Promoção da saúde do servidor público federal: saberes e práticas de profissionais de uma unidade de referência SIASS - Uberlândia. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.921	Campo/ Documental	Qualitativa	Unidade Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) de Uberlândia-MG	Trabalhadores da Unidade Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)	Fontes Documentais (projetos e programas da Unidade de Referência SIASS), entrevistas semiestruturadas e questionários autoaplicáveis.

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
40	VIANA, Viviane Aparecida. Representação social da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.955	Campo	Métodos mistos	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Clínica Médica	Equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) da Clínica Médica de hospital federal de ensino.	Questionário estruturado e entrevista semiestruturada.
41	FREITAS, Maria Helena de. Saúde suplementar dos servidores públicos municipais da educação de Uberlândia. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.949	Campo	Qualitativa	Escolas públicas municipais de Uberlândia - MG	Professores da rede municipal de ensino de Uberlândia, usuários de planos privados de saúde.	Entrevistas semiestruturadas.
42	Bernardes, Ana Rita Barreto. Sobre o processo de trabalho da equipe de doação de órgãos e tecidos: um olhar sobre a saúde mental - Uberlândia. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.281	Campo	Qualitativa	Hospital de Clínicas (CIHDOTT UFU) da Universidade Federal de Uberlândia - Comissão Intra-hospitalar de Doação de órgãos e tecidos para transplante	Trabalhadores do setor da Comissão CIHDOTT UFU.	Observação participante e entrevista semiestruturada
43	GOMES, Larissa Isaura. Trabalho do(c)ente e saúde do trabalhador: compreensões de coordenadores de programas de pós-graduação stricto sensu de instituição federal de ensino superior- Uberlândia. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.931	Campo	Qualitativa	Instituição Federal de Ensino Superior	Docentes que atuavam como coordenadores de cursos de mestrado e doutorado acadêmicos e mestrado profissional na instituição federal de ensino.	Entrevistas semiestruturadas.
44	DUARTE, Adriana Pereira. Vigilância dos trabalhadores de enfermagem que sofreram acidente de trabalho com materiais biológicos em um hospital universitário federal - Uberlândia. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.77	Campo	Quantitativa	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Pronto Socorro	Equipe de enfermagem (auxiliar e enfermeiros) do Pronto Socorro do hospital federal de ensino acidentados com material biológico.	Questionário estruturado (questões fechadas e abertas).

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
45	ARAÚJO, Celeide Silva Barcelos. Processos de trabalho em saúde mental: um estudo com trabalhadores de CAPS. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.956	Campo	Qualitativa	Centro de Atenção Psicossocial Adulto Tipo II de Uberlândia-MG	Trabalhadoras do CAPS Tipo II adulto.	Observação participante, questionário sócio demográfico e entrevista semiestruturada.
46	RESENDE, Daniella Almeida. Acidente de trabalho com os servidores da Secretaria de Educação da Prefeitura Municipal de Uberlândia. 2019. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.93	Documental	Quantitativa	Rede Pública de Educação - Uberlândia -MG	Trabalhadores da Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia-MG (servidores efetivos e contratados) que sofreram acidentes de trabalho.	Fontes Documentais (dados do sistema de Gestão de Recursos Humanos de servidores efetivos e profissionais contratados).
47	JESUS, Juliana Alves de. Afastamentos dos profissionais de enfermagem da UTI adulto de um hospital universitário de Uberlândia: implicações. 2019. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.712	Campo Documental	Métodos mistos	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Equipe de Enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de UTI adulto de hospital universitário.	Fontes Documentais (dados do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e na Diretoria de Vida e Saúde do Servidor referentes aos afastamentos) e questionários (com questões fechadas e abertas).
48	RODRIGUES, Deusdélia Dias Magalhães. Avaliação da capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem que atua em um hospital universitário: um estudo transversal. 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.664	Campo	Quantitativa	Hospital de grande porte do Triângulo Mineiro	Equipe de Enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de hospital de grande porte de Minas Gerais.	Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) validado para o Brasil.
49	BRITTO, Fabiana Maria Andrade. Comparação da resposta imune humoral segundo via de aplicação da vacina antirrábica na profilaxia de pré-exposição da raiva humana. 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2341	Campo	Quantitativa	Centro Universitário de Patos de Minas	Estudantes do curso de Medicina Veterinária (do 4º ao 8º período).	Formulário com questões para caracterização sócio demográfica e dados do histórico de profilaxia de pré-exposição, número de doses, intervalo entre de doses da vacina antirrábica humana, resultados da titulação de anticorpos e doses de reforço recebidas.
50	PIRES, Rosana Paula. Doença falciforme e atividade laboral. 2019. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.252	Campo	Qualitativa	Rede SUS - Uberlândia - MG	Pessoas com Doença Falciforme.	Entrevista semiestruturada.

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
51	PEREIRA, Bruno Silva. Impactos da utilização da Ergonomia na relação homem-ambiente-trabalho e possíveis contribuições para o campo Saúde do trabalhador: estudo em uma indústria alimentícia. 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2021	Campo Documental	Métodos mistos	Empresa do setor alimentício de Patos de Minas - MG	Trabalhadores inseridos nos postos da desgranadeira.	Análise Ergonômica do trabalho baseada no modelo "Análise da Atividade", suas ferramentas e técnicas, questionário físico-epidemiológico adaptado e levantamento dos dados de saúde e segurança do trabalho da empresa; Fontes Documentais (Leis, decretos, normas e resoluções sobre ST; diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia).
52	RICARDO, Igor Machado. A judicialização da saúde pelo ministério público em Uberlândia: direito individual versus direito coletivo à saúde. 2018. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.676	Documental	Quantitativa	Promotoria da Saúde do Ministério Público em Uberlândia - MG	Demandantes dos processos cadastrados no PJe do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.	Fontes Documentais (615 processos cadastrados no PJe do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais) referentes às demandas judiciais para a saúde.
53	LEMOS, Liris Léa. Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde de servidores públicos federais: contribuições da terapia Reiki. 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2256	Campo	Qualitativa	Unidade de referência do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) vinculada à universidade federal da Região Sudeste.	Usuários da Terapia Reiki na Unidade SIASS.	Questionários e entrevistas semiestruturadas.
54	ALVES, Cáritas Batista Martins. Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde: perspectiva de trabalhadores de centro de referência (Uberlândia- MG). 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.635	Campo	Qualitativa	Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares de Saúde de Uberlândia - MG	Trabalhadores e coordenador do Centro de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde.	Questionários, grupo focal e entrevistas semiestruturadas
55	FRANÇA, Luane Resende. Preparação para qualidade de vida no trabalho: análise de um curso na perspectiva de servidores públicos federais. 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2022	Campo Documental	Métodos mistos	Universidade Federal de Uberlândia	Servidores públicos do Curso Preparação para Qualidade de Vida no Trabalho do Servidor Público	Questionários, entrevistas semiestruturadas e fontes documentais.

nº	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
56	MORAES, Patrícia Aparecida Zuza. O Serviço Social no atendimento aos usuários nas Unidades de Atendimento Integrado de Uberlândia (MG). 2019. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.3310	Campo Documental	Métodos mistos	Unidades de Atenção Integral da Rede SUS de Uberlândia-MG	Profissionais do Serviço Social lotados em Unidades de Atenção Integral.	Fontes Documentais (procedimentos de atendimento do assistente social lançados no Sistema de Gestão em Saúde FastMedic) e entrevista semiestruturada.
57	SANTOS, Lauro Ricardo de Lima. Sexualidade, identidades de gênero, políticas públicas para a população LGBT e perfil socioeconômico de travestis profissionais do sexo. 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.u.di.2019.691	Campo	Métodos mistos	ONG Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS - Núcleo Uberlândia-MG	Travestis profissionais do sexo da cidade de Uberlândia - MG	Questionário sócio demográfico e entrevista
58	SILVA, Elisa Rodrigues da. Sobre o processo e a organização do trabalho de psicólogos da atenção básica: entre o prazer e o sofrimento. 2019. http://dx.doi.org/10.14393/ufu.u.di.2019.2275	Campo	Qualitativa	Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia-MG	Psicólogos de Unidades da Atenção Básica.	Questionário sócio demográfico e profissional, observação participante, entrevista semiestruturada e grupo focal.
59	NAVARRO, Vanessa Silveira. Análise dos riscos ocupacionais, uso de álcool e tabaco em pacientes com câncer de cabeça, pescoço e ou pulmão. 2020. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.436	Campo	Quantitativa	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Serviço de Oncologia	Pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça, pescoço ou pulmão.	Questionário sócio demográfico; Testes de Fagerstrom (dependência de nicotina); Teste AUDIT (dependência de álcool).
60	MARTINS, Leonardo Faria. Condições de saúde, segurança e risco de adoecimento entre trabalhadores terceirizados. 2020. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.65	Campo	Quantitativa	Empresa de fornecimento e gestão de recursos humanos para terceiros, sob contrato com uma Universidade Federal em Minas Gerais.	Funcionários da empresa terceirizada.	Questionário sócio demográfico; Questionários Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA); Questionário de Atividades Ocupacionais relacionadas à Saúde e Segurança do Trabalho (QAOSST); Checklist das condições de saúde e segurança do trabalhador
61	RABELO, Rodrigo Queiroz. Qualidade de vida no trabalho: reflexões críticas a respeito do trabalho de enfermagem na urgência e emergência em hospital público de grande porte. 2020. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.432	Campo	Métodos mistos	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Pronto Socorro	Equipe de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) de Pronto Socorro de hospital federal de ensino.	Questionário sócio profissional e econômico; Grupo focal

<i>nº</i>	Autoria/Título/Ano/Acesso	Tipo de pesquisa	Metodologia	Cenário da pesquisa	Participantes	Técnicas/Instrumentos
62	MENDONÇA, Leonardo Teixeira. Saúde ocupacional dos Bombeiros Militar de Minas Gerais no município de Uberlândia. 2020. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.36	Documental	Quantitativa	Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais- Uberlândia- MG	Bombeiros militares do município de Uberlândia- MG.	Fontes documentais (Formulário de Exame Médico Ocupacional dos Bombeiros); aferição dos dados antropométricos e pressão arterial dos servidores; AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), Questionário de Saúde Mental da Resolução nº640/2015 – PSOBM.
63	SOUZA, Leiriane Alves de. Gestão de organização social e acreditação no Sistema Único de Saúde (SUS): implicações na saúde do trabalhador. 2020. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.757	Campo	Qualitativa	Unidade de saúde mista (atenção básica, ambulatorios especializados e urgência e emergência) de Uberlândia - MG	Profissionais de saúde de nível superior e gestores de Unidade de Saúde Mista de Uberlândia- MG.	Grupo focal e entrevistas.
64	SOARES, Mônica Suely. Doenças Ocupacionais da Prática Odontológica: Implicações na Saúde dos Cirurgiões-dentistas da Rede Sistema Único de Saúde- SUS. 2020. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.141	Campo/ Documental	Quantitativa	Rede SUS de município de médio porte	Cirurgiões dentistas da Rede SUS (estatutários e celetistas) de município de médio porte.	Fontes documentais (afastamentos por licenças médicas de grandes grupos, conforme CID) e questionários autoaplicáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos egressos

Ao buscar uma nova visão que envolve os paradigmas acerca da realidade laboral dos/as mestrando/as, o MP propõe inovações sustentadas nos conceitos científicos e tecnológicos. Não se trata de espaço para ensino de técnicas e habilidades, mas para a reflexão das práticas diárias e o fomento de caminhos a serem propostos integrando teoria e prática. O MP constitui-se em modelo de formação que se estabelece para além do tecnicismo, pois se apropria de saberes peculiares que ao serem desenvolvidos e revisitados pelos mestrandos/trabalhadores, apoiados pelas concepções

em construção das ciências, provocam atravessamentos que reconfiguram o/a mestrando/a, formando e apurando sua visão reflexiva e crítica, transformando seu campo de atuação (FERREIRA et al., 2015; RIBEIRO, 2006).

Ao delinear a trajetória do MP no campo da Saúde Coletiva, Rita Barradas Barata (2006) retoma a Portaria 80/1998 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a “cisão” entre docentes/pesquisadores de áreas aplicadas e de áreas básicas. Para os primeiros, o MP foi entendido como uma “inovação positiva”, enquanto para os outros a “proposta [foi recebida] com bastante receio, vendo nela a possibilidade de descaracterização do mestrado e sua transformação em outra modalidade de especialização.” (BARATA, 2006, p. 268).

A autora recupera estudos desenvolvidos pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) de que, no final dos anos noventa, “cerca de 70% da clientela do mestrado acadêmico era constituída por profissionais da saúde que não pretendiam desempenhar atividades acadêmicas, mas buscavam no mestrado um aprimoramento de sua formação profissional para responder aos desafios da prática. Assim, pareceu bastante oportuna a discussão do mestrado profissional nesse campo do conhecimento” (BARATA, 2006, p. 268).

De acordo com Barata (2006), a oferta do mestrado profissional na área da Saúde Coletiva teve início em 2000 e, desde então, tem se desenvolvido uma variedade de abordagens e enfoques. O PPGAT é um dos MP na área da Saúde Coletiva e congrega duas linhas de pesquisa: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. A primeira turma ingressou em 2015. Visando caracterizar o perfil dos/as mestres/as titulados/as pelo PPGAT, realizou-se consulta à Plataforma Lattes sobre as seguintes variáveis: sexo, tipo de instituição na qual atuavam e curso de graduação.

Os cursos de graduação foram agrupados de acordo com a área de conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Tabela 1 apresenta o perfil dos/as mestres/as.

Tabela 1 – Caracterização dos/as mestres/as de acordo com sexo, área de conhecimento do curso de graduação e instituição na qual atuavam como profissionais

Variável	n.	%
Sexo		
Feminino	50	78,1
Masculino	14	21,9
Áreas do Conhecimento*		
Ciências Humanas	13	19,00
Ciências Sociais Aplicadas	15	21,00
Saúde	38	54,29
Outras áreas**	04	5,71
Tipo de instituição na qual atuavam***		
Instituições federais	36	56,2
Instituições municipais	28	43,7
Instituições estaduais	02	3,1
Iniciativa privada	05	7,8

*Seis mestres possuíam duas graduações. **Linguística, Letras e Artes (01); Ciências Agrárias (02); Ciências Exatas e da Terra (01). ***Sete mestres possuíam duplo vínculo trabalhista.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em informações da Plataforma Lattes.

Como pode ser observado na Tabela 1, predominaram mulheres (78,1%), graduados/as na área da Saúde (54,29%) e trabalhadores de instituições federais (56,2%). Dentre as diversas profissões, destacam-se: enfermeiros/as (27) dos quais quatro eram enfermeiros/as e obstetras; psicólogos/as (08); advogados/as (06), assistentes sociais (06), médicos/as (04) e dentistas (04), fisioterapeutas (02), geógrafos/as (02) e pedagogos/as (02). As profissões com apenas um integrante titulado pelo mestrado foram: educação física, historiador, letras, estudos sociais, tecnólogo em gestão de pessoas, processos gerenciais, engenheiro geológico, engenheiro agrícola, médico veterinário.

No que tange à predominância de mulheres dentre os/as egressos/as do PPGAT, esta característica elucidada a sedimentação de seu acesso ao ensino superior e à pós-graduação ao mesmo tempo em que acena para a necessidade de ampliar o conhecimento sobre este público, pois a inserção no mundo do trabalho e nos espaços de formação tem ocorrido concomitante com a reprodução de históricos papéis femininos de cuidado com as famílias. Estudo desenvolvido por Barros e Mourão (2018, p. 04), tendo como referência os dados da CAPES referentes à 2015, indica

que mulheres eram maioria na educação superior (53% das matrículas em instituições públicas; 58,6% em privadas) e na pós-graduação stricto sensu (60,6% dos mestres e 55% dos doutores).

Como reflexo da sua maior qualificação e da necessidade de a renda feminina compor o orçamento familiar, as mulheres estão mais atuantes nas atividades remuneradas. Sua mão de obra corresponde à metade da força ativa no Brasil [...] (BARROS; MOURÃO, 2018, p. 02).

Os autores chamam a atenção para as iniquidades que permeiam as disparidades salariais entre mulheres e homens; horas não remuneradas dedicadas às atividades familiares e domésticas e em relação à distribuição por área de atuação (BARROS; MOURÃO, 2018). Clama-se pelo reconhecimento e superação da divisão sexual do trabalho, de preconceitos que se desdobram na falta de igualdade salarial entre homens e mulheres e pelo reconhecimento de que, embora o acesso à qualificação seja uma das dimensões da autonomia feminina, ela tem sido permeada por desafios:

Ser uma mulher cientista no Brasil é enfrentar o mundo. Para se fazer ouvir a mulher cientista se desdobra e resiste, especialmente ao sistema machista da alta academia. Temos de lidar com a jornada dupla. Mas só se quisermos ter uma família! Morar no centro de pesquisa é facultativo, claro. Com a maternidade, a jornada passa a ser tripla (GAIDARGI-GARUTTI, 2020, p. 48).

O Movimento *Parent In Science* (Mães e Pais na Ciência) tem ampliado a discussão sobre o tema e investigado os desafios enfrentados por aqueles que desejam conciliar família com a carreira acadêmica no Brasil (SAID, 2021). Recentemente, como desdobramento destas discussões, criou-se na Plataforma Lattes um campo – opcional - para inserção de informações sobre nascimento de filhos e adoção.

A abordagem de gênero também se faz importante quando se observa as profissões dos/as mestres/as. Verifica-se ser a Saúde, em particular a Enfermagem, a profissão predominante, seguida pela Psicologia que também é marcada pela feminilização (COFEN, 2015; FIOCRUZ, 2015; CFP, 2013). Neste sentido, embora sejam maioria no ensino superior e na pós-graduação,

[...] e penetrem em todas as áreas, elas [as mulheres] tendem a buscar, predominantemente, cursos ligados às relações humanas, saúde e assistência social. Há algumas possíveis explicações para o predomínio feminino em tais áreas. Uma delas é a histórica divisão do trabalho que coloca as mulheres como principais responsáveis pelos assuntos domésticos e familiares – e tais carreiras seriam consideradas como uma extensão das atividades já desenvolvidas no âmbito do lar. [...] Outras explicações seriam o machismo e o assédio presentes nos espaços acadêmicos (BARROS; MOURÃO, 2018, p. 06).

Importa, ainda, destacar a pluralidade de profissões presentes no PPGAT, o que acena para as potencialidades da Saúde Coletiva como campo transdisciplinar de saberes e práticas (LUZ, 2009) e abre possibilidades para a construção e desenvolvimento de projetos robustos e com triangulação de métodos (MINAYO, 2010).

No que tange à atuação dos/as mestres/as, como visto na Tabela 1, o PPGAT tem acolhido majoritariamente profissionais de instituições federais e municipais nas quais, geralmente, há planos de carreira, cargos e salários (PCCS) para servidores e incentivos à qualificação. Lacaz e Junqueira (2017, p. 45) nos lembram que: "O acesso à carreira pública mediante concurso e a garantia da estabilidade são elementos fundamentais para a constituição da autonomia dos servidores públicos no exercício de suas funções.". Tal condição de autonomia e estabilidade são fundamentais para que se incorporem os resultados dos mestrados profissionais no cotidiano das instituições nas quais atuam.

Destarte, há que se considerar que, nas últimas décadas, tem se processado a terceirização:

Os servidores públicos estatutários são aos poucos substituídos por empregados com contratos regidos pela legislação do trabalho do setor privado ou até mesmo sem contratos. Tal transformação tem se caracterizado por uma maior precarização do trabalho, demonstrada por um conjunto de indicadores, como os salários baixos, desrespeito aos direitos trabalhistas, alta rotatividade, maiores riscos de saúde e acidentes, dificuldades de representação sindical, dentre outras. Condições que comprometem a qualidade dos serviços públicos, atingindo o conjunto da sociedade, em especial os seus segmentos majoritários, que necessitam desses bens públicos para sobreviverem (DRUCK, 2021, p. 04).

Imperioso o desenvolvimento de estudos que explorem o modo como estes profissionais articularam as atividades laborais com a rotina de estudos e, também, a existência (ou não) de PCCS nas instituições nas quais atuam. Tal ponderação se faz necessária na medida em que não foi possível mapear nos currículos da Plataforma Lattes o tipo de vínculo trabalhista. Percebeu-se, a indicação genérica de "secretaria" e/ou "prefeitura" quando há inúmeros contratos terceirizados nestes órgãos. Nesta seara, Rizzo e Santos (2017) fazem um convite à ampliação da abordagem dos planos de carreira com base em estudos que articulem dimensões micro e macropolíticas da gestão e dos movimentos dos trabalhadores. Chamam a atenção para a diversidade de realidades municipais e conclamam à compreensão de que a precarização do trabalho em saúde, bem como as estratégias de desprecarização precisam ser mais exploradas na Saúde Coletiva e no campo ST.

Abordagem da Saúde do Trabalhador no PPGAT

Das 64 produções disponíveis na íntegra no repositório da UFU, 55 eram dissertações e nove trabalhos equivalentes. Somente uma produção (BORGES, 2018), apresentada em forma de artigos, consistiu em pesquisa-intervenção conduzida com metodologias ativas de ensino-aprendizagem junto a profissionais de odontologia e escolares.

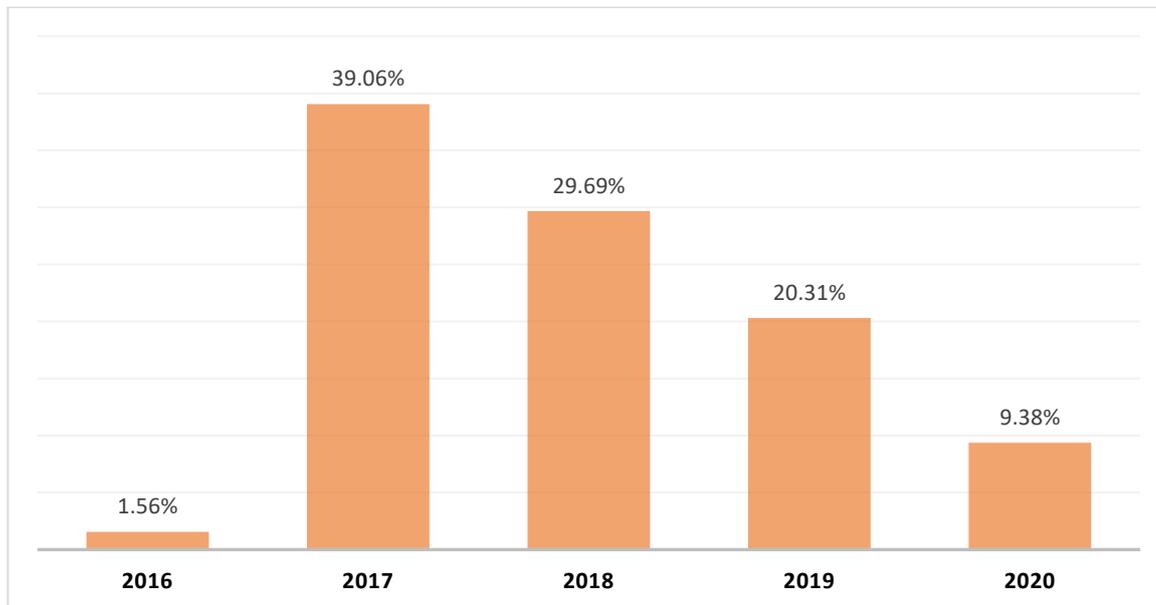
Em consonância com as diretrizes da CAPES, o PPGAT traz inúmeros produtos finais como possibilidades para os mestrandos/as. Há que se estar atento para as características, particularidades e especificidades dos temas que se delimitam nas áreas do conhecimento (BRITO, 2020). Considera-se, sobretudo, a importância de garantir que os formatos sejam significativos para a área de formação e atuação do/a mestre/a.

A predominância de dissertações e artigos, característica dos mestrados acadêmicos (MA), requer a expansão de reflexões sobre os produtos finais do MP como elementos que podem potencializar articulações entre formação e atuação; entre pesquisa e intervenção. Tal questionamento ganha especial relevo na Saúde Coletiva e no campo ST, posto que no horizonte das pesquisas e intervenções há que se vislumbrar impactos nas práticas assistenciais e no trabalho (BARATA, 2006; SANTOS et al., 2019).

O tempo de duração do MP pode ser um determinante para a manutenção de dissertações e artigos. Outros fatores como a familiaridade dos docentes com estes formatos e dos critérios de produtividade presentes tanto na avaliação dos programas quanto na avaliação de desempenho dos docentes podem influenciar nestas escolhas. Além disso, Santos et al. (2019, p. 950) tecem ponderações importantes sobre a necessidade de que o público do MP possa se “aventurar em novas maneiras de organização e produção de conhecimento, ainda não consolidados na pós-graduação, ou ainda, da possibilidade do trabalho final dos egressos se reverterem em práticas para os serviços.”.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das defesas por ano. Como pode ser observado, ao longo dos anos houve um decréscimo no número de defesas. Tal fato pode ter sido influenciado por inúmeros fatores, dentre os quais pelo perfil dos mestrandos/as que, como visto na Tabela 1, são trabalhadores e não se dedicam exclusivamente à pós-graduação.

Gráfico 1 – Distribuição das dissertações ou trabalhos equivalentes da área Saúde do Trabalhador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, inseridos na revisão de literatura, segundo ano de defesa.

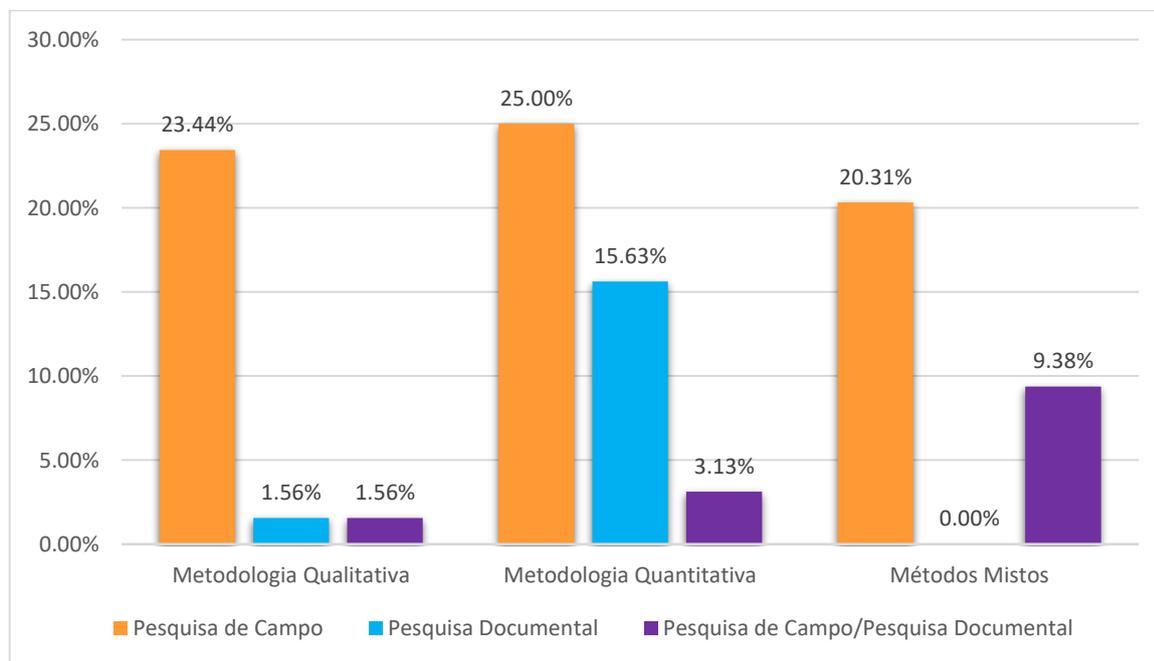


Fonte: Elaborado pelos autores.

No ano de 2020, há que se considerar os impactos da pandemia da COVID-19 sobre todas as dimensões da vida pessoal e coletiva, além dos desdobramentos sobre o processo de coleta de dados. Outros estudos são necessários para compreender esses dados, explorando inclusive fontes documentais do PPGAT sobre matrículas, trancamentos e pedidos de dilação de prazos. Tais aprofundamentos podem ensejar a compreensão da dinâmica do MP e suas relações com o perfil dos mestrandos/as.

As pesquisas foram classificadas em relação ao tipo de estudo (revisão de literatura, documentais e/ou de campo) e às metodologias empregadas (qualitativa, quantitativa e métodos mistos). As pesquisas documentais constituem-se, também, em pesquisa de campo. Esta separação visou tão somente dar visibilidade às fontes documentais e ao processo de construção dos dados no campo ST. O Gráfico 2 traz o detalhamento destas classificações.

Gráfico 2 - Distribuição das dissertações ou trabalhos equivalentes da área Saúde do Trabalhador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador segundo tipo de pesquisa e metodologia empregada.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Como visto no Gráfico 2, predominou o uso da metodologia quantitativa (43,75%). A utilização de métodos mistos (29,69%) foi superior à metodologia qualitativa (26,56%). No período tratado não houve dissertação ou trabalho equivalente desenvolvido na forma exclusiva de revisão de literatura. Em três trabalhos equivalentes, foram elaborados artigos de revisão seguidos por pesquisa de campo (duas) e pesquisa documental (uma). Assim, os estudos têm sido majoritariamente de campo (68,75%). Verificou-se, também, pesquisas com fontes documentais (17,19%) e combinação de pesquisa de campo com pesquisa em fontes documentais (14,06%).

A produção científica do PPGAT sinaliza para a diversidade de metodologias e técnicas no campo ST e para a importância de que cada pesquisador/a se indague sobre a pertinência destas para o delineamento e compreensão de seu objeto de estudo. Tal diversidade teórico-metodológica é consistente com a verificada na revisão sobre a publicação do campo ST na revista *Ciência & Saúde Coletiva* desenvolvida por Lacaz et al. (2020) e por Santana (2006).

Minayo (2010, p. 364-5) nos instiga a investir no desenvolvimento de uma postura dialética que permita "criar um processo de dissolução de dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre

macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto.”. A autora nos convida, ainda, a refletir sobre os pré-requisitos para a triangulação de métodos. Importa garantir a composição de equipes com profissionais de diversas áreas, cada qual com competência disciplinar e abertura para trabalhar de modo cooperativo. Considera-se que o perfil dos profissionais acolhidos no PPGAT seja elemento potente para tais avanços. Outras pesquisas sobre o perfil dos/as docentes do programa e os projetos desenvolvidos podem elucidar a dinâmica do trabalho interdisciplinar.

O fato de estudos com métodos mistos terem ocorrido em 29,69% das produções do PPGAT é promissor, posto que:

Os métodos mistos representam um novo passo na evolução da discussão acerca das metodologias de pesquisa, com especial destaque na área das ciências sociais e da saúde, cujos problemas abordados pelos pesquisadores são complexos e o uso de apenas uma abordagem de pesquisa (quantitativa ou qualitativa) é insuficiente e inadequado para a compreensão e desvelamento desta complexidade (SALVADOR et al., 2019, p. 09).

O município estudado - ou que sediava o cenário de pesquisa - foi indicado em 58 trabalhos e, destes, em 55 casos foi Uberlândia-MG, sede do PPGAT. A Tabela 2 apresenta os cenários de pesquisas. Como pode ser observado, predominaram instituições da Rede SUS (56%), seguidas por instituições federais de ensino (17%). Dentre os hospitais, destaca-se o hospital de clínicas da universidade federal que sedia o programa de pós-graduação como cenário de quinze pesquisas (23%).

Em “Outras instituições” da Rede SUS encontram-se: Programa Melhor em Casa (PMC); Unidade de Pronto Atendimento, Vigilância Epidemiológica; Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial.

Dentre os cenários constituídos por “Instituições federais de ensino” localizam-se dois estudos desenvolvidos na Diretoria de Qualidade de Vida do Servidor (DIRQS) e dois referidos à Unidade Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), ambos responsáveis pela atenção à saúde de servidores públicos.

Tabela 2 - Cenários de estudo das pesquisas desenvolvidas na área Saúde do Trabalhador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Variável	n.	%
<i>Instituições da Rede SUS</i>		
Hospitais	17	26,5
Rede SUS em geral	05	7,8
CEREST	05	7,8
Equipes Saúde da Família	02	3,1
Unidades Mistas	02	3,1
Outras instituições	05	7,8
<i>Instituições de ensino</i>		
Instituições federais de ensino	11	17,1
Instituições da Rede Pública de Educação	03	4,6
<i>Instituições/Órgãos governamentais</i>	06	9,1
<i>Instituições da iniciativa privada</i>	06	9,1
<i>Organização Não-governamental</i>	02	3,1

Fonte: Elaborada pelos autores.

Instituições da iniciativa privada foram cenário de seis pesquisas, destas uma desenvolvida com agricultores familiares. Entre as “Instituições/Órgãos Governamentais” estão: Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e Previdência Social; Tribunal de Justiça; Corpo de Bombeiros; Ministério Público do Trabalho; Promotoria da Saúde - Ministério Público; e um estudo envolvendo diversas instituições (IBAMA, Bombeiros, Polícia Ambiental, Universidade Federal, Instituto Estadual de Florestas, Zoonoses, Zoológico).

Os estudos desenvolvidos com instituições/órgãos públicos são vitais para a expansão da abordagem intersetorial da ST e compreensão dos mecanismos para sua efetivação, motivos pelos quais ganham relevância pesquisas como as de Oliveira (2017) sobre o Ministério Público do Trabalho; de Santos (2018) sobre o atendimento do INSS aos trabalhadores com AIDs incapacitados para o trabalho e sem condições de sua subsistência por meios próprios, e a de Ricardo (2018) sobre a judicialização da saúde e atuação do Ministério Público. A recente Reforma da Previdência trouxe alterações profundas nos direitos trabalhistas e seus desdobramentos na saúde dos trabalhadores é um dos temas a serem acompanhados no campo ST com abordagem destes órgãos públicos

(LOURENÇO; LACAZ; GOULART, 2017).

Como pode ser observado no Quadro 1, as pesquisas realizadas no PPGAT envolveram uma diversidade de sujeitos. Profissionais da enfermagem (enfermeiros/as ou a equipe composta por auxiliar, técnicos/as e enfermeiros/as) foram os participantes de treze estudos (20,31%). Trabalhadores da instituição federal de ensino e da Rede SUS participaram, igualmente, de 12,5% das pesquisas. É possível reconhecer como característica deste programa de pós-graduação a ênfase em trabalhadores formais, especialmente profissionais de saúde, o que pode estar relacionado à área de graduação dos mestres e sua inserção profissional, conforme detalhamento apresentado na Tabela 1.

Diante destes resultados é possível afirmar que o PPGAT tem se constituído como contexto para produção de pesquisas sobre as instituições de saúde e profissionais do SUS. Considerando a inserção dos egressos, conforme descrito anteriormente, vislumbra-se potencialidades no fomento de ações estratégicas para a atenção à saúde destes trabalhadores e, também, iniciativas para formação (RODRIGUES, 2020).

Importante ponderar, à luz das reflexões de Lacaz e Junqueira (2017); Guimarães Júnior e Eberhardt (2020) e Druck (2021), a necessidade de que os estudos incorporem e problematizem os avanços na terceirização e precarização do trabalho, inclusive nas instituições estatais de modo a contribuir para com análises críticas da realidade e o delineamento de estratégias de resistência. Nessa direção, encontrou-se na produção do PPGAT uma dissertação que discute a terceirização na universidade (AZEVEDO, 2018), o que acena para a preocupação com as recentes transformações no trabalho, conforme apontam os autores supracitados.

Dentre as diversas instituições da Rede SUS, o CEREST ocupa lugar estratégico na abordagem da ST e na construção de ações de vigilância e de assistência (LACAZ et al., 2020). O PPGAT recebeu, nos anos estudados, trabalhadores de dois centros - de Uberaba e de Uberlândia - e o CEREST foi cenário de cinco pesquisas, além de ter seus dados tomados como fontes documentais em outros estudos. Pesquisa desenvolvida por Jackson Filho et al. (2019) sinaliza para as potências do CEREST na abordagem e discussão das demandas da comunidade, inclusive nas mídias locais. Divulgar as ações desenvolvidas, posicionar-se sobre as demandas comunitárias compõem um rol de estratégias que contribuem para a legitimação da política pública (JACKSON FILHO et al., 2019).

Entende-se que o estreitamento das relações entre o PPGAT e o CEREST é promissor, tanto

para a formação de profissionais quanto para que mestrandos possam diversificar os produtos finais com ações nas diversas áreas de ST e em localidades atendidas.

No que tange às técnicas e instrumentos empregados na construção de dados, conforme detalhamento apresentado no Quadro 1, é possível perceber que há uma variedade de instrumentos já validados, tais como: DASS 21 (níveis de depressão, ansiedade e stress), Instrumento *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12); Inventário de trabalho e riscos de adoecimento (ITRA), Job Content Questionnaire (JCQ); Questionário ASSIST (Triagem de uso de álcool, tabaco e outras SPA), Questionário de Atividades Ocupacionais relacionadas à Saúde e Segurança do Trabalho (QAOSST), Questionário *Self Report Questionnaire* (SQR 20), Teste AUDIT (dependência de álcool), Testes de *Fagesrtrom* (dependência de nicotina), *World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL - Bref), *Satisfaction With Life Scales* (SWLS).

O uso de instrumentos já validados contribui tanto para a qualidade dos estudos quanto para o diálogo com a produção no campo. Nora, Zobolib e Vieira (2017, p. 09), assinalam que: “Estes instrumentos podem servir como suporte para o planejamento de novas pesquisas, possibilitar as comparações entre diferentes culturas e a aplicação dos conhecimentos nos diversos contextos assistenciais, gerenciais e de ensino [...]”.

Nos delineamentos dos estudos com metodologias qualitativas verificou-se a ampla aplicação de entrevistas, fato destacado por Minayo (2010). Santos, Osterne e Almeida (2014) recuperam as contribuições das entrevistas para a construção de dados com a interação da tríade sujeito pesquisado, objeto de pesquisa e pesquisador, elemento fundamental para o campo ST. Neste sentido, a obra organizada por Alves e Santos (2014) traz métodos e técnicas qualitativas e suas contribuições para estudos sobre o mundo do trabalho. A diversidade explorada na obra contribui para a compreensão dos itinerários das pesquisas desenvolvidas no PPGAT, pois identificaram-se estudos desenvolvidos com observação participante, etnografia, grupos focais e *photo voice*.

Seguindo as trilhas da obra Alves e Santos (2014) é possível vislumbrar as potencialidades para expansão da metodologia qualitativa no âmbito do PPGAT com a produção de vídeos como documentos de pesquisa-ação (ALVES, 2014); da etnografia de pares (SANTOS, 2014); da etnobiografia (GOSSELIN; MARQUES, 2014). Estima-se que pesquisas de cunho participativo sejam consistentes com a abordagem do campo ST e possam contribuir para seu envolvimento na discussão

do mundo do trabalho bem como na mobilização coletiva (FONSECA; BRAGA; DIAS, 2019).

Nas pesquisas com metodologia qualitativa não foi mencionada a adoção de softwares para análise. A literatura tem indicado a incorporação e potencialidades dos softwares (SANTOS, OSTERNE, ALMEIDA, 2014; KELLE, 2015) bem como sua expansão na pós-graduação brasileira (SALVADOR et al., 2019). Estudo desenvolvido sobre a incorporação de softwares por pesquisadores na pós-graduação na área da enfermagem identificou, no período de 2013 a 2016, onze diferentes softwares. Dentre os benefícios referidos encontram-se:

[...] contribui para a organização dos dados[...]; viabiliza diferentes tipos de análise [...]; otimiza o tempo de análise de grande volume textual [...]; permite uma análise padronizada com maior rigor metodológico [...]; possibilita análise de diferentes tipos de documentos [...]; é de fácil uso [...]; e permite análise por grupo de pesquisadores [...] (SALVADOR et al., 2019, p. 07).

Por seu turno, as principais dificuldades para a incorporação dos softwares foram: “o tempo de estudo necessário ao pesquisador; a complexidade das análises; o idioma do software; além dos riscos possíveis de interpretação errônea” (SALVADOR et al., 2019, p. 08).

No processo de consolidação do PPGAT serão oportunos investimentos para a sedimentação do trabalho em equipes e a incorporação de tecnologias no cotidiano de pesquisa, desde a construção até a análise de dados. No contexto da pandemia do COVID-19, tais necessidades se colocaram com intensidade e tem engendrado outras dinâmicas na organização da pós-graduação cujos desdobramentos ulteriores deverão ser compreendidos.

CONCLUSÃO

O presente estudo apontou que o interesse dos/as mestrandos/as do PPGAT tem se direcionado predominantemente à linha de pesquisa Saúde do Trabalhador. Nesta linha, no período estudado, predominaram mulheres (78,1%), graduados/as na área da Saúde (54,29%) e trabalhadores/as de instituições federais (56,2%). Tais achados sinalizam a pertinência de estudos sobre o perfil do/a egresso/a e, também, sobre as contribuições da pós-graduação para a formação de profissionais no/para o SUS.

A predominância de dissertações e artigos como produtos finais do mestrado acena para a

importância de ampliar a discussão de outros formatos com os ingressantes da pós-graduação de modo a favorecer outras experiências que potencializem as articulações entre formação e atuação; entre pesquisa e intervenção. Destarte, a apropriação e produção de diferentes produtos podem contribuir com a motivação dos/as mestrandos/as e a incorporação de seus estudos nos cotidianos de trabalho.

A pluralidade de temas de estudo, de cenários e de delineamentos metodológicos encontrada no PPGAT traz a amplitude do campo ST no contexto da Saúde Coletiva. Como visto, diferentes instituições e trabalhadores/as do SUS se constituíram em objeto de estudo. Estima-se que possam ser ampliados os escopos dos estudos para, a partir destas instituições, construir abordagens sobre a diversidade de trabalhadores/as nelas atendidos/as. A incorporação de trabalhadores/as informais, de segmentos e grupos específicos (trabalho infantil, trabalho feminino, trabalho migrante, população negra, dentre outros) e de (novas) configurações do trabalho (*home office*, teleatendimento, terceirização, trabalhadores de aplicativos, etc.) são fundamentais tanto do ponto de vista acadêmico quanto social.

O estudo revelou a importância de pesquisas voltadas ao mapeamento da incorporação dos produtos do mestrado nos cenários de estudo, dimensão fundamental para compreender o impacto social do PPGAT e a efetivação da vocação do MP. Considera-se que a pesquisa no MP será valorizada na medida em que der visibilidade aos/às diferentes trabalhadores/as, evidenciar os desafios do mundo do trabalho e contribuir para valorizar as políticas públicas no campo da ST.

Parafraseando Gomez; Vasconcellos e Machado (2018, p. 1969), é possível dizer que o horizonte do PPGAT é "*investir na dignidade no trabalho, pela via da Saúde do Trabalhador*" e, por isso, estes anos iniciais (2016 a 2020) são o começo. Por tempos vindouros, de produção de conhecimento, saúde e direitos!

REFERÊNCIAS

ALVES, G. O vídeo como documento de pesquisa-ação de tipo etnográfico. In: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru, SP: Canal 6, 2014. p.53-74.

BARATA, R. B. Avanços e desafios do mestrado profissionalizante. In: LEAL, M. C., FREITAS, C. M.

(orgs.). **Cenários possíveis**: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 284p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sp/pdf/leal-9788575412855-14.pdf> Acesso em: 10 jan. 2021.

BARROS, S. C. V.; MOURÃO, L. Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 30, e174090, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v30/1807-0310-psoc-30-e174090.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRITO, J. E. Desafios e perspectivas da metodologia de pesquisa num curso de mestrado profissional. **Educação em revista**, Belo Horizonte, v.36, e223613, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/edur/v36/1982-6621-edur-36-e223613.pdf> Acesso em: 29 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa do perfil da enfermagem brasileira**. Brasília: COFEN; 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html Acesso em: 20 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Uma profissão de muitas e diferentes mulheres**. Resultado preliminar da pesquisa 2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Uma-profissao-de-muitas-e-diferentes-mulheres-resultado-preliminar-da-pesquisa-2012.pdf> Acesso em: 15 mar. 2021.

CONSTANTIN, I.C.S.; QUERINO, R.A. **Caminhos de Atenção à Saúde do Servidor**: com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS. Uberlândia, MG: Editora Colab, 2020. Disponível em: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/f259b81c-fa9a-44d1-8947-ca1ec8d9b5d2/downloads/LIVRO%20-%20Caminhos%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20Sa%C3%BAde%20do%20Servidor.pdf?ver=1616717940987> Acesso em: 10 abr. 2021.

DRUCK, G. A terceirização no serviço público brasileiro: instrumento de privatização do Estado. **Cadernos da Reforma Administrativa**. Brasília: Fórum Nacional Permanente de Carreiras Típicas de Estado (Fonacate), 2021. Disponível em: <https://fonacate.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Cadernos-Reforma-Administrativa-N.-17.pdf> Acesso em: 29 abr. 2021.

FERREIRA, R. E et al. O perfil dos alunos do mestrado profissional no ensino da saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 7, núm. 4, out-dez, 2015, p. 3554-3562 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3554-3562.

FONSECA, B. M. C.; BRAGA, A. M. C. B.; DIAS, E. C. Planejamento de intervenções em Saúde do Trabalhador no território: uma experiência participativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, e36, 2019. <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v44/2317-6369-rbso-44-e36.pdf>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa inédita traça o perfil da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil> Acesso em: 20 abr. 2021.

GAIDARGI-GARUTTI, A. M. M. Mães cientistas. In: SOARES, A. C. E. C.; CIDADE, C. A. S.; CARDOSO, V. C. (orgs.). **Maternidades plurais**: os diferentes relatos, aventuras e oceanos das mães cientistas na pandemia. Belford Roxo/RJ: Bind, 2020. p. 48-50. Disponível em: <https://www.editorabindi.com.br/maternidades-plurais#:~:text=Sinopse,das%20m%C3%A3es%20cientistas%20na%20pandemia.&text=Mais%20de%20130%20relatos%20de,in%20em%20todos%20os%20sentidos>. Acesso em: 29 abr. 2021.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1963.pdf> Acesso em: 25 abr. 2021.

GOSELIN, A.-S.; MARQUES, K. Etnobiografia, uma etnografia narrativa. In: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru, SP: Canal 6, 2014. p.145-60.

GUIMARÃES JÚNIOR, S. D.; EBERHARDT, L. D. Terceirização, saúde e resistências: uma revisão da literatura científica do campo da saúde do trabalhador. **Trabalho En(Cena)**, Palmas-TO. v.5, n.1, p.05-27, 2020. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/8108/16877>. Acesso em: 14 mar. 2021.

JACKSON FILHO, J. M. et al. Acidentes de trabalho e atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador nas páginas do Jornal de Piracicaba entre 2007 e 2014. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e18065, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180659.pdf> Acesso em: 02 maio 2021.

KELLE, U. Análise com o auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis/RJ: Vozes, 2015. p. 393- 415.

LACAZ, F. A. C. et al. O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p.4843-4852, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n12/1413-8123-csc-25-12-4843.pdf> Acesso em: 01 abr. 2021.

LACAZ, F. A. C. 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, abr. 2007.

LACAZ, F. A. C.; JUNQUEIRA, V. Gestão do trabalho, estado de bem-estar social, neoliberalismo: estado "mínimo" e a saúde dos trabalhadores do SUS. In: LACAZ, F. A. C.; GOULART, P.M.; JUNQUEIRA, V. **Trabalhar no SUS**: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: HUCITEC, 2017. p. 29-64.

LOURENCO, E. Â. S.; LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M. Crise do capital e o desmonte da Previdência Social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 467-486, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0467.pdf> Acesso em: 02 abr. 2021.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf> Acesso em: 29 abr. 2021.

MENDES, K. Dal S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf> Acesso em: 29 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.38, n.3, e64851, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e64851.pdf> Acesso em: 02 maio 2021.

RIBEIRO, R. J. Ainda sobre o Mestrado Profissional. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 3, n. 6, 11, p.313-315, 2006. Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/113/107> Acesso em: 10 jan. 2021.

RIZZO, T. P.; SANTOS, E.J. Gestão do trabalho em saúde sob o neoliberalismo: reflexões sob o conceito de precarização do trabalho em saúde e o papel dos PCCS. In: LACAZ, F. A. C.; GOULART, P.M.; JUNQUEIRA, V. **Trabalhar no SUS**: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: HUCITEC, 2017. p. 97- 153.

RODRIGUES, C. M. L., ALBUQUERQUE, V. A produção sobre metodologias ativas na pós-graduação brasileira (2004-2017): caracterização e indicadores bibliométricos. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 21, n. 4.p 491-497, 2020. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensino/article/view/7766> Acesso em: 10 jan. 2021.

SAID, T. Movimento Parent In Science auxilia mães cientistas a manter carreira. **Jornal da USP**,

02/02/2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/movimento-parent-in-science-auxilia-maes-cientistas-a-manter-carreira/> Acesso em: 29 abr. 2021.

SALVADOR, P. T. C. O.; CHIAVONE, F. B. T.; BEZERRIL, M. S, MARTINS, J. C. A.; FERNANDES, M. I. D.; SANTOS, V. E. P. Softwares de análise de dados qualitativos utilizados nas pesquisas da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 28: e20180304, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180304.pdf. Acesso em 25 mar 2021.

SANTANA, V. S. Pesquisa em Saúde do Trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Revista Saúde Pública**. v.40, p.101-11, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30629.pdf> Acesso em: 10 fev. 2021.

SANTOS, G. B. et al. Similaridades e diferenças entre o Mestrado Acadêmico e o Mestrado Profissional enquanto política pública de formação no campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.941-952, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/1413-8123-csc-24-03-0941.pdf> Acesso em: 27 mar. 2021.

SANTOS, J. B. F. A etnografia dos pares como ferramenta de pesquisa. In: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru, SP: Canal 6, 2014. p.113-22.

SANTOS, J. B. F.; OSTERNE, M. S. F.; ALMEIDA, R. O. A entrevista como técnica de pesquisa do mundo do trabalho. In: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru, SP: Canal 6, 2014. p.29-52.

O papel dos centros de referência em Saúde do Trabalhador na defesa do meio ambiente de trabalho

Karol Teixeira de Oliveira

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
karol.to@gmail.com

Ruy Fernando Gomes Leme Cavalheiro

Mestre em Direito
Universidade Católica de Brasília
ruy.cavalheiro@mpt.mp.br

Zenaide de Moraes Rodrigues

Especializada em Direitos Humanos e do Trabalho
Escola Superior do Ministério Público da União

Ileana Neiva Mousinho

Mestre em Direito
Universidade Federal do Ceará

RESUMO: Este estudo objetivou analisar o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) em relação à proteção e precaução em meio ambiente e saúde do trabalho. Inicialmente, estudou-se a legislação brasileira para se revelar que a proteção à saúde e ao meio ambiente é uma competência não apenas do Governo Federal, por meio da Inspeção do Trabalho, mas também dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo incluídos como tais não apenas na Constituição Federal, mas também em diversas leis e normas administrativas federais. Dos vários órgãos governamentais não federais que inspecionam essas questões, os CEREST foram idealizados e sua competência nessa matéria é reconhecida por leis e normas administrativas, além de legitimados, de forma geral, pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, e, mais especificamente, dos Tribunais do Trabalho. É concluído então que esses órgãos são vocacionados, tanto legal quanto judicialmente, a inspecionar tópicos de proteção e precaução de saúde e meio ambiente do trabalho.

Palavras-chave: Saúde e Meio Ambiente do Trabalho. Direito do Trabalho; Saúde do Trabalhador.

*4,5

Como citar este trabalho:

OLIVEIRA, K.T.; CAVALHEIRO, R.F.G.L.; RODRIGUES, Z.M.; MOUSINHO, I.N. O papel dos centros de referência em Saúde do Trabalhador na defesa do meio ambiente de trabalho. In: SILVA, V.P.S (Org.). 30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2023. 159. p. <http://dx.doi.org/10.51781/978658692026071>

⁴ Este manuscrito é fruto do Trabalho final do curso de especialização em Direitos Humanos e Trabalho da Escola Superior do Ministério Público da União, realizado pelos três primeiros autores com orientação da última.

⁵ Disponível em <<http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/noticias/brasil-e-um-dos-paises-com-maior-numero-de-mortes-e-acidentes-de-trabalho-no-mundo-sera-o>>. Acesso em 27.11.2019.

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem por escopo analisar o papel dos CEREST na defesa do meio ambiente de trabalho, com enfoque, especialmente, nas atividades de vigilância, matriciamento, prevenção, promoção e planejamento das ações em saúde do trabalhador, para concretização das ações previstas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), enfatizando a sua imprescindibilidade nas políticas públicas para redução de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho.

Cruéis estatísticas lançam o Brasil em quarto lugar no ranking de países com maior número de adoecimentos e acidentes de trabalho.⁶ O *Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho - Promoção do meio ambiente guiada por dados*, iniciativa do Ministério Público do Trabalho (MPT) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que cruza dados de diversos bancos de dados públicos, permite visualizar quadros perversos ao trabalhador brasileiro, mas também, em outros vieses, à sociedade, famílias dos trabalhadores vitimados ou acometidos por doenças, e, ainda, prejuízos bilionários suportados pelo Tesouro Nacional, por ocasião do pagamento de benefícios previdenciários correlatos.⁷

Segundo o referido *Observatório Digital*, os gastos da Previdência com benefícios acidentários, no período de 2012 a 2018, e projetados até hoje (incluindo benefícios iniciados em anos anteriores), são estimados em R\$79.000.041.558,1 (setenta e nove bilhões, quarenta e um mil quinhentos e cinquenta e oito reais e um centavo), além de 351.796.758 dias de trabalho perdido com afastamentos previdenciários, “estimando-se os valores para 2019”.⁸

O tema também merece ser aprofundado ante julgado relativamente recente da Oitava Turma do C. Tribunal Superior do Trabalho (TST), no Recurso de Revista nº 10420-06.2015.5.15.0096, que, na contramão da jurisprudência dominante do Tribunal, reconheceu a incompetência do CEREST para fiscalizar e autuar empresas, sob o argumento de que seria competência exclusiva da União organizar, manter e executar a inspeção do trabalho, bem como legislar sobre inspeção do trabalho.

⁶ Disponível em <<http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/noticias/brasil-e-um-dos-paises-com-maior-numero-de-mortes-e-acidentes-de-trabalho-no-mundo-sera-o>>. Acesso em 27.11.2019.

⁷ Disponível em <<https://smartlabbr.org/sst>>. Acesso em 27.11.2019.

⁸ Disponível em <<https://smartlabbr.org/sst>>. Acesso em 02.03.2020

Embora seja entendimento isolado daquela Turma, a jurisprudência sobre o tema merece ser analisada detidamente, para resguardar as competências da rede nacional de saúde do trabalhador, especialmente quanto à sua estruturação.

Outra questão que traz o tema à tona é a Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), editada para aprovar o relatório da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) do CNS que se propõe a reorganizar a Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS) “com o objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos CERESTs, com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais”, buscando analisar seu possível impacto na estruturação da rede de saúde do trabalhador.

O que se objetiva por meio deste estudo, portanto, é apresentar o sistema de proteção à saúde no trabalho nas suas dimensões normativas, administrativas e judiciais, especialmente no que tange aos CEREST e daí responder às indagações de pesquisa pertinentes. Uma é a de escrutinar a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), os CEREST, Referências Técnicas (RT) e a rede sentinela estruturada pelo Ministério da Saúde no território nacional para a vigilância em saúde do trabalhador, bem como as normas que sistematizam as competências administrativas dos CEREST.

Outra questão da pesquisa a ser respondida é a de averiguar como o Judiciário brasileiro encara a divisão de competências em saúde e saúde do trabalho, nos âmbitos do Supremo Tribunal Federal (STF) e da Justiça do Trabalho. Especificamente quanto ao Judiciário Trabalhista, a pesquisa se dará pela verificação do modo pelo qual os CEREST são classificados quanto à proteção à saúde dos trabalhadores quanto a eventuais competências fiscalizatórias e periciais.

Para atingir o objetivo estabelecido o presente estudo se baseou em uma investigação qualitativa de natureza teórica e crítica a partir de fontes e referências bibliográficas, passando pela análise das normas que estabelecem o sistema de proteção da saúde e segurança do trabalho, pela identificação de julgados sobre o tema, bem como pela discussão e análise crítica das previsões normativas, interpretação jurisprudencial e possibilidades de atuação dos CEREST. Por meio desta investigação se chegou às conclusões que serão, ao final, apresentadas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua competência constitucional na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

A Saúde do Trabalhador encontra proteção no artigo 200 da Constituição Federal (CF), que estabelece e detalha as atribuições precípua do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas, **“a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (inciso II).**

Também prevê o dever de “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (inciso VIII).

Já se está diante da primeira oportunidade de esclarecimento, pois os artigos 21 a 24 da CF, que tratam das competências administrativas e legislativas dos entes federados não podem ser lidos de forma apartada do inciso II do referido art. 200, que é taxativo ao prever as obrigações do SUS na execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, enfatizando a competência na execução das ações de Saúde do Trabalhador.

É fundamental enfatizar **a qualidade do SUS de verdadeiro EXECUTOR das ações de Saúde do Trabalhador**, afastando alegação de que a sua atuação na Saúde do Trabalhador seria apenas na condição de colaborador, termo este constante do inciso VIII, e que costuma ser invocado para diminuir a importância do SUS nesta seara.

Tais atribuições do SUS são, inclusive, imprescindíveis para a concretização do direito à saúde, previsto nos arts. 6º e 196 da CF, que privilegiam a redução do risco de doença e de outros agravos à saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados para sua promoção, proteção e recuperação por meio de políticas públicas e econômicas.

Posta a premissa insuperável de que é **atribuição constitucional do SUS a execução de ações de Saúde do Trabalhador e a colaboração do sistema na proteção do meio ambiente de trabalho**, vale observar que a Constituição Federal também previu de que forma essa atribuição será exercida.

O art. 197 da CF prevê que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, dentre estas, como vimos, as ações e serviços de Saúde do Trabalhador. Prevê, ainda, que cabe “ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”. Dois trechos merecem especial atenção.

Primeiro, o art. 197 não restringe as atividades de “regulamentação, fiscalização e controle” exclusivamente à União, ao contrário, estende ao Poder Público, termo este que inclui todos os entes federados, em regime de solidariedade, pois em todos os casos em que o legislador constituinte quis restringir ou limitar o alcance das competências, nomeou cada um dos entes federados. Portanto, da própria Constituição se extrai a competência de todos os entes para regulamentação, fiscalização, e controle das ações de saúde, incluídas as de Saúde do Trabalhador.

A própria Constituição remete à legislação comum a regulamentação de tais atividades, o que se deu, principalmente, por meio da Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde, em todo o território nacional, dispondo sobre “as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Em seu artigo 2º a Lei nº 8.080/90 reconhece o trabalho como uma das determinantes e condicionantes da saúde, ao lado de outras como alimentação e acesso aos serviços essenciais.

A definição do sistema único de saúde consta do art. 4º, como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Relevante, ainda, notar que o artigo 6º lista expressamente como atribuições do SUS a execução de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, e de saúde do trabalhador. Em seguida, define minuciosamente, o conceito de Saúde do Trabalhador e seu alcance:

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

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

[...]

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

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

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

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

[...] (grifos nossos)

A lei mencionada no art. 197 da CF, que dispõe sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, menciona, dentre estas, não apenas as atividades assistenciais, mas também as **fiscalizações, avaliações ambientais, e controle das condições de produção**, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador.

Portanto, não há qualquer dúvida quanto à diversidade das ações a serem desenvolvidas pelo próprio SUS no âmbito da saúde do trabalhador.

Para dar concretude a tais ações um dos princípios orientadores do SUS é o da sua dispersão político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, por meio da **ênfase na descentralização dos serviços para os municípios (art. 7º, IX, a)**.

É interessante verificar a previsão legal de que são atribuições comuns a todos os entes exercer "em seu âmbito administrativo" as seguintes funções:

Seção I - Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.

A legislação federal que regulamenta o art. 197 da CF, prevê, expressamente que os Estados, DF e Municípios poderão definir (em seu âmbito administrativo, obviamente), as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária, o que inclui, por óbvio, a possibilidade de fiscalização e mesmo de autuação por parte dos agentes estaduais ou municipais.

Claro que as principais diretrizes partirão da direção nacional do SUS, a quem compete participar na formulação e na implementação das políticas públicas relativas às condições e aos ambientes de trabalho (art. 16, II, c), bem como participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador (inc. V).

Observe-se que a Lei nº 8.080/90 prevê, ainda, que apenas em circunstâncias especiais a União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária (como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional), do que se depreende que a regra geral é a de execução das ações de vigilância nas esferas estadual e municipal, a quem as ações e serviços de saúde devem ser descentralizadas.

À direção estadual do SUS caberá coordenar e, em caráter complementar, executar, as ações e serviços de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; e de saúde do trabalhador, bem como participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho (art. 17, incisos IV e VII).

E, por sua vez, à direção municipal do SUS compete **participar da execução, controle e avaliação** das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho e **executar serviços** de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de saúde do trabalhador (art. 18, III e IV).

Os conceitos de vigilância sanitária e epidemiológica também estão definidos na Lei 8.080/90, ampliando a compreensão acerca da amplitude de possíveis ações na vigilância em ambientes de trabalho. Extrai-se, *in litteris*, do art. 6º:

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e **de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente**, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

[...]

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Vistas as principais normas que amparam a existência e implementação de uma política de saúde do trabalhador, vale o registro de que, no âmbito internacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) dedica especial atenção ao tema "saúde do trabalhador", tendo aprovado diversos instrumentos normativos que tratam da matéria, especialmente as Convenções 148 (Proteção dos trabalhadores contra os riscos profissionais devidos à contaminação do ar, ao ruído e às vibrações no local de trabalho), 155 (Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho) e

161 (Serviços de Saúde do Trabalho), todas ratificadas pelo Brasil.

Merece especial destaque a Convenção nº 155, que estabelece caber aos Estados signatários a obrigação de *adotar uma política nacional de segurança e saúde do trabalho e o seu reexame periódico, de forma a garantir a realização progressiva de metas e funções pelos países-membros da organização.*

Estabelecido o panorama das principais normas constitucionais, convencionais e legais acerca da saúde do trabalhador, passa-se ao estudo concreto da estruturação e das competências da rede de saúde do trabalhador.

A Política Nacional em Saúde do Trabalhador: VISAT, a RENAST e as atribuições dos CEREST

Visando dar concretude às obrigações do Estado brasileiro foi criada no ano de 2002 a RENAST por meio da Portaria no 1.679/GM, com o objetivo de *disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde.*

Também foi aprovada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho - PNSST, por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, que estabelece obrigações para os diversos ministérios do Executivo, e objetiva *"a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho".*

Por sua vez, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a PNSTT por meio da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, *"considerando a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS"* (OLIVEIRA, 2017).⁹

A PNSST estabelece que são responsáveis pela implementação e execução das ações o antigo Ministério do Trabalho e Emprego (que atualmente é uma secretaria no âmbito do Ministério da Economia), bem como os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, **sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área.**

⁹ Oliveira, Karol Teixeira de. O Procurador do Trabalho e o SUS: interface entre o papel de promotor social e a busca pela intersetorialidade/ Karol Teixeira de Oliveira, Vivianne Peixoto da Silva. -- Brasília: ESMPU, 2019.

Dentre os objetivos da PNSST, estão o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, inclusive por meio da intervenção nos processos **e ambientes de trabalho (art. 8, I, d)**

A PNSST, portanto, deve ser implementada em todos os níveis de atenção à saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde, porta comum de acesso ao SUS (Portaria GM/MS nº 3.252/2009). E a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Consta do Anexo da PNSST que:

A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09).

Outrossim, no Anexo I está que a PNSST deve observar a diretriz organizativa da descentralização, que exige a “**consolidação do papel do Município** como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações”.

Como parte de suas estratégias, a PNSST prevê:

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos Estados e Municípios, de **práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos**, observando as atividades produtivas presentes no território;

[...]

m) atualização e ou revisão dos **CÓDIGOS DE SAÚDE**, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e **ATRIBUIÇÃO DA COMPETÊNCIA DE AUTORIDADE SANITÁRIA ÀS EQUIPES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR, NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS:**

Assim, existe determinação expressa do Ministério da Saúde para que os Estados e Municípios insiram em seus códigos de saúde disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e, ainda, atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, como, a título de exemplo, as possibilidades de fiscalização e autuação já referidas nas normas constitucionais, legais e infralegais mencionadas ao longo do texto.

Vale trazer a nova redação da Norma Regulamentadora nº 01, que *estabelece as disposições gerais, o campo de aplicação, os termos e as definições comuns às Normas Regulamentadoras - NR*

relativas à segurança e saúde no trabalho, alterada pela Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019, da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia. O item 1.2.2 prevê, expressamente, que

A observância das NR **não desobriga** as organizações do cumprimento de outras disposições que, com relação à matéria, **sejam incluídas em códigos de obras ou regulamentos sanitários** dos Estados ou Municípios, bem como daquelas oriundas de convenções e acordos coletivos de trabalho.

O próprio Ministério da Economia, que encampou a estrutura e atribuições da inspeção do trabalho, reconhece a possibilidade de existência de normas de saúde e segurança estaduais e municipais previstas em seus códigos de obras ou regulamentos sanitários, além daquelas implementadas por meio de convenções e acordos coletivos. As organizações estão, assim, obrigadas, especialmente por meio de seus Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), à implementação deste amplo conjunto de normas de saúde e segurança do trabalho. Segundo a plataforma RENAST Online¹⁰,

Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005 (Brasil, 2005), a Renast passou a ser a principal estratégia da organização da ST no SUS. A Renast compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da ST. Em sua atual formatação institucional, prevista na Portaria no 2.728 de 11 de novembro de 2009, a Renast deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Conforme Siqueira et al. (2013, p. 3)¹¹:

Por iniciativa do Ministério da Saúde, a partir de 2003, foram criados a Rede Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Trabalhador (Renast), 190 Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerests) até 2011, e uma rede de serviços de municípios-sentinela cuja finalidade é a disseminação de ações de atenção integral à saúde do trabalhador pelo SUS. Os Cerests foram concebidos como nível secundário de atenção e forte caráter formador e disseminador de ações de assistência e vigilância (BRASIL, 2006).

¹⁰ Disponível em <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador-renast>>, acesso em 27.11.2019.

¹¹ SIQUEIRA, C. E. *et al.* A experiência do Observatório de Saúde do Trabalhador (Observatoriost) no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 139-148, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0303-76572013000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2016.

Nesse contexto foram implantados os CEREST como retaguarda técnica para o SUS nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho. Segundo a Portaria nº 1.206, de 24 de outubro de 2013, do Ministério da Saúde,

[...] o Cerest é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), além de prestar, à rede de serviços do SUS, suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Ressalte-se a importância das ações desenvolvidas pelo CEREST, diante da amplitude de sua atuação que engloba os trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo celetista ou estatutário e do tipo de inserção no mercado de trabalho, haja vista que a Fiscalização do Trabalho sempre limitou a sua atuação aos trabalhadores com vínculo empregatício.

É bem verdade que, não obstante as previsões normativas, subsistem muitos desafios para a efetivação das ações na saúde do trabalhador no SUS. Segundo C Minayo Gomez, LCF Vasconcellos e JMH Machado,¹² em seu artigo ***Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde***, dentre os principais desafios para consolidação da saúde do trabalhador, destacam-se, ***in litteris***:

a ausência de uma cultura da ST, no âmbito da saúde pública; a dificuldade de utilização de recursos, mesmo com rubrica própria; um corpo técnico insuficiente com formação específica de atuação; conflitos de competência com outras áreas do aparelho de Estado; resistência das vigilâncias tradicionais (epidemiológica e, principalmente, sanitária) a incorporar o binômio saúde/trabalho em suas práticas; a percepção da população trabalhadora com viés assistencial e autoexcludente como protagonista de suas práticas; a ausência de metodologias de abordagem condizentes com a concepção da área de ST; a inconsistência e heterogeneidade de entendimento, da questão da ST, quando não a ausência, nos dispositivos normativos nas três esferas de governo.

Segundo estudo da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CT/CISTT) do CNS, tais dificuldades se devem, especialmente, a:

[...] heterogeneidade das práticas de Saúde do Trabalhador no país; regiões de saúde sem cobertura ou com iniquidades de cobertura de Cerest regional; critérios de

¹² <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>

financiamento dos Cerest que não consideram as heterogeneidades de número de municípios, área de abrangência e população sob cobertura; municípios desenvolvendo ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de forma muito incipiente e baixa responsabilização da gestão e dos profissionais de saúde do SUS em realizar as ações determinadas na PNSTT. Por sua vez, o baixíssimo número de CISTT [Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador] implantadas até hoje nos conselhos municipais de saúde (somente 182) reflete a invisibilidade da política de Saúde do Trabalhador na agenda dos conselhos e gestores de saúde em todo o país.

O referido estudo faz parte de relatório da Câmara Técnica da CISTT/CNS, que apresentou proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS com o objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos CERESTs com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais.

Referido relatório foi aprovado pelo CNS, por meio da Resolução 603, de 18 de novembro de 2018, a qual foi homologada pelo Ministério da Saúde (MS). Consta do site do CNS que a proposta decorreu de reformulação participativa de CERESTs, e outros atores sociais, contudo, decorrido um ano de sua vigência, não logramos identificar, em pesquisa na internet, análise ou críticas, ou mesmo referências quanto à sua implementação, o que merece ser objeto de estudo específico, em razão da complexidade da resolução e da temática, esperando-se que as alterações propostas venham efetivamente fortalecer a rede de saúde do trabalhador.

Assim, além dos desafios existentes dentro do próprio SUS, verifica-se que as competências do CEREST ainda são desconhecidas por boa parte da população, inclusive profissionais do direito e gestores públicos, havendo uma reconhecida e injustificável "invisibilidade" das políticas de saúde do trabalhador, principalmente nas agendas dos Estados e Municípios, demandando os maiores esforços, em todos os âmbitos governamentais, em prol da realização da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora, por meio, inclusive, da interlocução com outros órgãos públicos e com a própria sociedade civil.

Ademais, em face da desarticulação do antigo Ministério do Trabalho e Emprego, que já vinha com um quadro defasado de Auditores Fiscais do Trabalho, e da sua absorção pelo Ministério da Economia, como Secretaria Especial, torna-se absolutamente necessário o fortalecimento do SUS, em parceria com outras instâncias governamentais, no controle dos riscos e na assistência integral à saúde dos trabalhadores, além da possibilidade de articulação com o SESMT das próprias organizações, a teor da já citada NR 01.

Daí a importância tanto de se capacitar os agentes do SUS e demais atores acerca da legislação que rege as políticas públicas em saúde do trabalhador, da estruturação da rede de atenção, das competências do CEREST, quanto a importância de articulação intersetorial, inclusive com o Ministério Público do Trabalho, um dos importantes atores sociais nessa busca pela redução dos riscos à saúde no ambiente de trabalho (OLIVEIRA et al, 2017).¹³

É necessário sistematizar e consolidar argumentos robustos para enfrentamento a tentativas de enfraquecimento da rede nacional de saúde do trabalhador, notadamente quando questionada judicialmente, e, ainda que pontualmente, quando proferidas decisões judiciais que acabam mitigando as potencialidades de atuação dos CEREST e seus agentes.

Repartições de competências em matéria ambiental na CF de 1988

Neste tópico é examinada a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) no tocante aos conflitos de competência legislativa envolvendo a organização, a manutenção, e execução da inspeção do trabalho e o direito do trabalho (competência privativa da União) e o meio ambiente (competência concorrente dos Estados e Municípios). Esta análise tem fundamento no julgamento do amianto crisotila (ADI 4.066 e ADI 3.937), diante da evolução de entendimento da Corte Maior e fortalecimento da aplicação do critério da norma mais protetiva e, também, do abrandamento das competências privativas, com fundamento na proteção à defesa da saúde e do meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Também será analisada a jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho, especialmente de recente julgamento da Oitava Turma desta Corte Especializada que, na contramão de sua jurisprudência dominante, acabou por esvaziar a atribuição do CEREST na fiscalização da saúde no ambiente de trabalho.

Em matéria de competência ambiental, a Carta Magna de 1988 atribuiu competências constitucionais nos artigos 23 e 24 aos diversos entes federativos, com o objetivo de assegurar e concretizar a proteção ao meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Segundo José Afonso da Silva, competência é a faculdade juridicamente atribuída a uma

¹³ Oliveira, Karol Teixeira de. O Procurador do Trabalho e o SUS: interface entre o papel de promotor social e a busca pela intersetorialidade/ Karol Teixeira de Oliveira, Vivianne Peixoto da Silva. -- Brasília: ESMPU, 2019.

entidade ou a um órgão ou agente do Poder Público para emitir decisões. Competências são as diversas modalidades de poder de que se servem os órgãos ou entidades estatais para realizar suas funções.¹⁴

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha introduzido algumas alterações, mantiveram-se as linhas básicas das constituições anteriores, adotando como norte para a repartição de competências na federação brasileira o princípio da predominância do interesse.

No tocante ao direito ambiental, a Constituição Federal¹⁵ atribuiu competência material comum a todos os entes da Federação, e competência legislativa concorrente à União, Estados (e Distrito Federal), e suplementar para os Municípios, salvo algumas exceções extraídas do texto constitucional.

Competências administrativas comuns

Pode-se definir a competência administrativa como a capacidade de execução das atividades de conteúdo individual e concreto, previstas na lei, voltadas à satisfação do interesse público.

O art. 23 da Constituição Federal inseriu na competência material comum dos entes da Federação, dentre outras, as de cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; e de proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas. Isso significa que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios detêm igual capacidade para praticar os atos enumerados.

A competência para o desempenho do poder de polícia e, conseqüentemente, de fiscalização de violações à legislação ambiental, não é, portanto, exclusiva de determinado ente público, independentemente do local onde ocorra o dano ou a ameaça, da titularidade do bem ou da competência para o licenciamento. Em face disso, o C. Superior Tribunal de Justiça (STJ) encampou entendimento de que não há falar em competência exclusiva de ente da federação para promover medidas protetivas, impondo-se amplo aparato de fiscalização a ser exercido pelos quatro entes

¹⁴ SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 23ª ed. Revista e atualizada, ed. Malheiros, 2004, pg. 477.

¹⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nºs 1/1992 a 99/2017, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/1994. – 53. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.

federados, independentemente do local onde a ameaça ou o dano estejam ocorrendo, bem como da competência para o licenciamento.¹⁶

Nesse mesmo julgamento, o STJ entendeu que a fiscalização das atividades nocivas ao meio ambiente concede ao Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) interesse jurídico suficiente para exercer poder de polícia administrativa, ainda que o bem esteja situado dentro de área cuja competência para o licenciamento seja do Município ou do Estado.

Por outro lado, aplicando-se por analogia o entendimento do STJ, extrai-se que os CERESTs têm competência para exercer poder de polícia, na fiscalização da saúde do trabalhador.

A competência material exclusiva da União está inserida no artigo 21 da Constituição, que contém referências implícitas ao meio ambiente do trabalho, especificamente no inciso XXIV ao organizar, manter e executar a inspeção do trabalho.

Quanto aos Estados, a Carta Fundamental conferiu competências remanescentes, que não lhe forem vedadas (art. 25, § 1º), consistentes em poderes que não sejam da União (art. 21), que não pertençam, em comum, a todos os entes federativos (art. 23), ou que não se enquadrem na órbita dos Municípios (art. 30). Em matéria ambiental, o constituinte enumerou excepcionalmente para os Estados algumas competências, dentre elas, as do art. 25, § 2º e 3º. Contudo, os Estados permanecem com o poder para agir administrativamente em defesa do meio ambiente, poder que na verdade foi concedido a todos os entes pelo art. 23.

Para os Municípios, a Constituição Federal listou no artigo 23 a competência material comum. O parágrafo único do art. 23, com a redação determinada pela Emenda Constitucional n. 53, de 2006, estabelece que: “Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios”, visando o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.

A Lei Complementar nº 140, de 08.12.2011, veio tentar solucionar os problemas relacionados à repartição de competências administrativas, sobretudo em relação ao licenciamento ambiental e à fiscalização ambiental. Tal lei regulamenta o artigo 23, parágrafo único, da Constituição e

¹⁶ BRASIL, Superior Tribunal de Justiça, 2ª Turma AgInt no REsp 1530546/AL, Rel. Min. Herman Benjamin, DJe 06.03.2017.

estabelece normas de cooperação entre os entes federados para o exercício da competência executiva em matéria ambiental.

Nos arts. 7º, 8º, 9º e 10, da LC 140/2011 também estão previstas as competências para ações administrativas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, especialmente para o licenciamento ambiental.

O STF entende que a proteção ambiental é matéria de índole administrativa, por envolver a execução de política pública, cuja competência é privativa do Poder Executivo no chamado federalismo cooperativo, em que há o entrelaçamento entre as ações dos órgãos federais, estaduais e municipais para a proteção do meio ambiente. Diante disso, julgou inconstitucional, por violação do princípio da separação dos poderes, uma lei estadual que exigiu a aprovação prévia pelo Poder Legislativo dos instrumentos de cooperação firmados pelos órgãos componentes do Sistema Nacional do Meio Ambiente (SISNAMA)¹⁷.

Competências legislativas concorrentes

No modelo vertical de repartição de competências, também chamado de competência concorrente, ocorre a atividade conjunta e complementar dos entes, sem implicar hierarquia entre os atos normativos de cada ente federado, mas, sim, campos de atribuição distintos, predefinidos constitucionalmente.

A competência legislativa para tutela do meio ambiente é, assim, concorrente, por estar prevista no artigo 24, especialmente nos incisos VI, que tratam de “florestas, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição”, VIII – “responsabilidade por dano ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico”, e XII – “previdência social, proteção e defesa da saúde”.

Não se olvide a relevância em se atribuir uma maior descentralização legislativa em favor dos estados e municípios. Contudo, deve-se observar as diretrizes traçadas no texto constitucional quanto à distribuição de competências no condomínio legislativo da Federação. A excessiva centralização de competências da União deve ser combatida quando essa ultrapassa seu poder

¹⁷ STF, Pleno, ADI 4348/RR, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, DJe 26.10.2018

legislativo, adentrando na seara das competências dos demais entes federativos, em particularidades que deveriam ser tratadas pelos entes estaduais ou municipais.

A competência federal para editar normas gerais não permite que o ente central esgote toda a disciplina normativa, sem deixar competência substancial para o estado-membro. Afinal, conforme está expresso no texto constitucional, sua competência restringe-se à edição de normas gerais.

Se, por um lado, a norma geral não pode impedir o exercício da competência estadual de suplementar as matérias arroladas no art. 24, por outro, não se pode admitir que a legislação estadual possa adentrar a competência da União e disciplinar a matéria de forma contrária à norma geral federal, desvirtuando o mínimo de unidade normativa almejado pela Constituição Federal.

A inobservância dos limites constitucionais impostos ao exercício da competência concorrente, ou seja, a invasão do campo de atuação alheio, implica a inconstitucionalidade formal da lei, seja ela federal, estadual ou municipal.

A competência suplementar costuma ser dividida por alguns em duas espécies: I) complementar, quando dependente de prévia existência de lei federal a ser especificada; e, II) supletiva, quando surge em virtude da inércia da União para editar as normas gerais.¹⁸ Contudo, José Afonso da Silva observa que, em virtude de controvérsias geradas anteriormente, a Constituição de 1988 abandonou esta terminologia (competência complementar ou supletiva), substituindo-a pela expressão “competência suplementar”.¹⁹

Em relação aos Municípios, em que pese não se encontrarem entre os entes federativos com competência concorrente, em se tratando de assuntos de interesse local (CF, art. 30, I), poderão suplementar a legislação federal e estadual no que couber (CF, art. 30, II). Diz ainda o texto constitucional, em seu artigo 197, que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, com ações conjuntas dos três entes federados, num sistema único, tendo por diretrizes a descentralização política e o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas (artigo 198, II). Assim, no campo da saúde, do trabalhador inclusive, existe a competência concorrente, podendo o Município, e também, os Estados, legislar sobre a matéria.

Acrescente-se, ainda, em relação à repartição de competência constitucional dos entes

¹⁸ Nesse sentido, dentre outros: TAVARES, André Ramos. Curso de direito constitucional, p. 753; MOARES, Alexandre de. Constituição do Brasil interpretada, p. 693.

¹⁹ SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo, p. 457.

federados, a recente decisão do Pleno do STF, proferida no julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178-ED20, que fixou a seguinte tese, em sede de repercussão geral, Tema 793:

Os entes da Federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde e, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

Conclui-se, portanto, que a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, em matéria de repartição de competência dos entes federativos, na defesa do direito à saúde, consagra as atribuições constitucionais do SUS, na execução de ações de saúde do trabalhador e a colaboração do sistema na proteção do meio ambiente do trabalho, constante dos artigos 6º e 196 da Carta Magna, que privilegiam a *redução do risco da doença e de outros agravos à saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados para a sua promoção, proteção e recuperação por meio de políticas públicas e econômicas.*

Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal

A complexidade na solução dos conflitos de competência em matéria ambiental chega ao Judiciário e também é discutida pela doutrina. Neste estudo são analisados o critério da norma mais protetiva à saúde do trabalhador e a limitação da competência privativa, diante do julgamento das ADIs 4066 e 3937, pelo STF.

Historicamente, o STF vinha adotando entendimentos mais favoráveis à preservação da competência privativa em detrimento da competência concorrente, motivo que levou à declaração de inconstitucionalidade de leis estaduais mais benéficas para a saúde e segurança dos trabalhadores.

Essa posição do STF foi alvo de críticas, sobretudo por contrariar orientações de convenções internacionais das quais o Brasil é signatário.

No entanto, em relação ao caso do amianto crisotila, houve uma evolução do entendimento da Corte Maior, com a possibilidade de fortalecimento das normas mais protetivas e, também, do abrandamento da competência privativa.

²⁰ STF, Pleno, RE 855.178/SE, Relator, Min. Luiz Fux, DJe 23.05.2019.

No julgamento da ADI 4.066, proposta pela Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT) e pela Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (ANAMATRA), com o objetivo de declaração de inconstitucionalidade do art. 2º da Lei Federal nº 9.055, de 01 de junho de 1995, o STF decidiu, por maioria, pela procedência da ação. Mas não declarou a inconstitucionalidade por falta de quórum (art. 97/CF), o que resultou na impossibilidade de o dispositivo ser expurgado do ordenamento jurídico.

Do referido julgamento se destaca o voto do Ministro Celso de Mello ao proferir que:

[...] o que está efetivamente em jogo neste processo é, em última análise, a vida dos trabalhadores e a indispensável defesa de seu inalienável direito de proteção à saúde. Direitos que não podem ser desprezados ou desconsiderados pelo Estado” (Plenário..., 2017).²¹

Em seguida, o STF julgou a ADI nº 3937,²² que tinha por objeto a lei estadual nº 12.687/2007 do estado de São Paulo, que proibia, no estado, a exploração comercial do asbesto branco. Nessa ação o STF, por seis votos, declarou incidentalmente a inconstitucionalidade do art. 2º da Lei Federal nº 9.055/95, julgando improcedente a ação direta, ficando declarada a constitucionalidade da lei estadual. Questionava-se na ADI 3937, diante de lei federal permissiva, a proibição em lei estadual, uma vez que, no âmbito da competência concorrente, em razão da existência de normas gerais da União, ser apenas suplementar a competência dos Estados (art. 24, §§ 1º e 2º e 3º da CF/88).

Entendeu a Corte Maior que, naquele momento, a legislação nacional sobre o tema não mais se compatibilizava com a Constituição Federal, razão pela qual os Estados-Membros passaram a ter competência legislativa sobre a matéria até que sobrevenha eventual lei federal.

O Tribunal assentou que ocorreu um “processo de inconstitucionalização” da Lei nº 9.055/95 em razão de mudança no substrato fático da norma. A discussão em torno da eventual necessidade de banimento do amianto é diferente da que havia quando da edição da norma geral. Se, antes, se tinha notícia de possíveis danos à saúde e ao meio ambiente ocasionados pela utilização da substância, hoje há consenso em torno da natureza altamente cancerígena do mineral e da inviabilidade de seu uso de forma segura. Além disso, atualmente, o amianto pode ser substituído por outros materiais (fibras de PVA e PP), sem propriedade carcinogênica e recomendadas pela

²¹ STF, Pleno, ADI 4066/DF, Relatora, Min. Rosa Weber, Dje 07.03.2018.

²² STF, Pleno, ADI 3937/SP, Relator, Min. Marco Aurélio, Dje 01.02.2019.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Revelou-se, portanto, a inconstitucionalidade material superveniente da Lei nº 9.055/95, por ofensa ao direito à saúde (art. 6º, e 196 da CF), ao dever estatal de redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança (art. 7º, XXII, CF/88) e à proteção do meio ambiente (art. 225, CF).

Diante da declaração incidental de inconstitucionalidade da Lei Federal nº 9.055/95, o STF concluiu pela inexistência de impedimento para o estado de São Paulo legislar, considerando a ausência de norma federal a regulamentar o assunto.

Jurisprudência das Cortes Trabalhistas

Uma análise da jurisprudência recente dos tribunais trabalhistas, compreendendo os cinco anos entre 2014 e 2019, evidencia que os CERESTs têm sido reconhecidos como órgãos de fiscalização e proteção do meio ambiente de trabalho.

A análise se deu em duas esferas, uma do Tribunal Superior do Trabalho (TST) e outra dos Tribunais Regionais do Trabalho (TRT).

Perante o TST, a análise foi efetuada com o uso da ferramenta “pesquisa de jurisprudência”,²³ disponibilizada no endereço eletrônico daquele tribunal. A metodologia da pesquisa compreendeu a inserção da expressão “Cerest” no campo de pesquisa livre e a leitura criteriosa dos resultados.

A maior parte das dezenas de julgados identificados pela pesquisa tratava das ações de saúde dos CERESTs, como a emissão de Comunicações de Acidente do Trabalho (CATs) e atendimentos individuais de trabalhadores mediante laudos, atestados e pareceres médicos, sendo estas descartadas. O foco foi a identificação de decisões em que a capacidade fiscalizatória dos CERESTs tenha sido reconhecida.

A maior parte dessas decisões trata da exigibilidade das multas lavradas pelos órgãos, reconhecendo que outros entes fiscalizadores, como os CERESTs, poderiam fiscalizar e autuar as empresas no que pertine à saúde e segurança laboral. Neste sentido, por ser paradigmática dessa linha decisória:

A decisão regional encontra-se em consonância com a jurisprudência desta c. Corte Superior, no sentido que o órgão municipal possui competência para fiscalizar e

²³ BRASIL, Tribunal Superior do Trabalho. Disponível em <<https://jurisprudencia.tst.jus.br/>>, acesso em 24.11.2019.

autuar empresas que descumprem as normas relacionadas à saúde no meio ambiente laboral.

Nesse sentido, os seguintes precedentes que, inclusive, envolvem o mesmo órgão municipal que autuou a Reclamada (CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador): [...] ²⁴

Uma das mais relevantes, pelo desenvolvimento da fundamentação da exigibilidade constitucional e legal da fiscalização realizada pelos CERESTs, é a que foi dada no ARR n. 389-35.2012.5.15.0094, cuja ementa se transcreve topicamente a seguir:

Cinge-se a controvérsia a saber se a autoridade sanitária municipal detém competência para fiscalizar e aplicar infração administrativa, atinentes ao descumprimento de preceitos relativos à segurança e saúde do meio ambiente do trabalho, visando à proteção do trabalhador. Na diretriz do artigo 114, inciso VII, da Constituição Federal, esta Justiça Especializada detém competência para processar e julgar as ações relativas às penalidades administrativas impostas aos empregadores pelos órgãos de fiscalização das relações de trabalho, seja da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios. De outra parte, a garantia de um meio ambiente de trabalho hígido tem suporte constitucional (art. 225, caput), envolvendo a dimensão da saúde e segurança no cenário e a dinâmica laborativa (arts. 196 e 197 da CF), com atuação, responsabilidade e fiscalização das diversas entidades federadas, a saber, União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 198, caput, I, § 1.º e § 3.º, III, CF). Desse modo, cabe ao Sistema Único de Saúde, em suas diversas dimensões federativas, "executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador" (art. 200, II, CF), colaborando "na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho" (art. 200, VIII, CF). Tais atribuições e competências do Poder Público, em suas distintas esferas político-administrativas, inclusive a municipalidade, é que contribuem para dar consistência aos direitos sociais da saúde e da segurança, constitucionalmente assegurados (art. 6.º). Note-se que também constitui direito individual, social e coletivo trabalhista, e mesmo difuso, a "redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança" (art. 7.º, XXII, CF). Nesse contexto, o CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, de inserção municipal, tem atribuição constitucional e legal para orientar, fiscalizar e punir empresas com respeito ao cumprimento de normas de saúde e segurança no ambiente laborativo. É o que dispõe, a propósito, a Lei Federal n.º 6.514/1977, relativa à segurança e medicina do trabalho (arts. 159 e 154), além da Lei Federal n.º 9.782/1999, que rege o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS (art. 1.º), envolvendo sempre todas as esferas da Administração Pública (Federal, Estadual, Distrital e Municipal). Assim, configurada a infração prevista no art. 122, VII, do Código de Vigilância Sanitária ("manter condição de trabalho que ofereça risco à saúde do trabalhador"), é de ser reconhecida a competência da autoridade sanitária municipal para a aplicação da penalidade respectiva. Agravo de Instrumento conhecido e não provido. ²⁵

Para o TST, portanto, os CEREST estariam inseridos na proteção do meio ambiente de

²⁴ BRASIL, Tribunal Superior do Trabalho. AIRR-11439-38.2015.5.15.0002 – 6ª Turma. Rel. Min^a. Cilene F. A. Santos. J. 28/11/2018. Publ. DJe 30/11/2018. Disponível em < <https://jurisprudencia.tst.jus.br/>>, acesso em 24.11.2019.

²⁵ BRASIL, Tribunal Superior do Trabalho. ARR - 389-35.2012.5.15.0094 – 4ª Turma. Rel. Min^a[. Maria de Assis Calsing. J. 03/02/2016. Publ. DJe 12/02/2016. Disponível em <<https://jurisprudencia.tst.jus.br/>>, acesso em 24.10.2019.

trabalho, bem constitucionalmente protegido e cuja tutela é distribuída aos diversos entes federativos. No mesmo sentido são as seguintes decisões do TST: Ag-AIRR - 523-29.2015.5.12.0001 , Relator Ministro: Breno Medeiros, Data de Julgamento: 07/02/2018, 5ª Turma, Data de Publicação: DEJT 16/02/2018; RR - 421-29.2012.5.15.0130, Relatora Ministra: Delaíde Miranda Arantes, Data de Julgamento: 29/08/2018, 2ª Turma, Data de Publicação: DEJT 31/08/2018; RR - 10721-07.2016.5.15.0002 , Relator Ministro: Mauricio Godinho Delgado, Data de Julgamento: 29/08/2018, 3ª Turma, Data de Publicação: DEJT 31/08/2018; RR - 390-46.2012.5.15.0053, Relator Ministro: Ives Gandra Martins Filho, Data de Julgamento: 26/06/2018, 5ª Turma, Data de Publicação: DEJT 29/06/2018; RR - 10035-83.2014.5.15.0002, Relator Ministro: Alberto Luiz Bresciani de Fontan Pereira, Data de Julgamento: 22/11/2017, 3ª Turma, Data de Publicação: DEJT 24/11/2017; e RR - 421-29.2012.5.15.0130, Relatora Ministra: Delaíde Miranda Arantes, Data de Julgamento: 29/08/2018, 2ª Turma, Data de Publicação: DEJT 31/08/2018.²⁶

Já no outro espectro, negando tal capacidade, tem-se uma única decisão que se funda na literalidade do art. 21, inc. XXIV da Constituição Federal, complementada pelo art. 14, inc. XIX. Letra "c" da Lei n. 9.649/1998, que entregam a fiscalização à inspeção do trabalho, organizada pela União:

(...) as disposições constitucionais e legais mencionadas pelo Município de Jundiá não conferem competência ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, órgão municipal vinculado à Secretaria de Saúde, para fiscalizar as empresas, lavrar auto de infração, assim como aplicar a multa cabível quando constatado que não foram observadas as normas relativas à segurança, saúde e medicina do trabalho.²⁷

Há, ainda, uma decisão neste recorte de pesquisa que trata da função pericial dos CEREST em aspectos probatórios, em ações ajuizadas pelo Ministério Público do Trabalho. Nestas a competência administrativa dos órgãos é reconhecida quando da análise das provas produzidas em fiscalizações dos CEREST:

Sustenta, em síntese, que a secretaria municipal de saúde não possui competência para promover a fiscalização das normas de medicina e segurança do trabalho objeto do Termo de Ajustamento de Conduta firmado com o Ministério Público do Trabalho.

[...]

Com efeito, esta Corte já firmou jurisprudência no sentido de que órgãos de

²⁶ BRASIL, Tribunal Superior do Trabalho. Disponíveis em < <https://jurisprudencia.tst.jus.br/>>, acesso em 20.11.2019.

²⁷ BRASIL, Tribunal Superior do Trabalho. RR-10420-06.2015.5.15.0096 – 8ª Turma. Rel. Min^a. Dora Maria da Costa. J. 05/06/2019. Publ. DJe 07/06/2019. Disponível em < <https://jurisprudencia.tst.jus.br/>>, acesso em 24.10.2019.

vigilância sanitária municipal, como o CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, detêm competência para fiscalizar e autuar empresas que descumprem normas referentes à medicina e segurança do trabalho [...].²⁸

Observe-se a competência recursal do TST limita a abrangência da análise dos processos que lhe são endereçados. Pelo art. 896, alíneas "a" a "c" da CLT,²⁹ o recurso de revista endereçado ao TST trata apenas de divergência na aplicação da lei ou violação direta a dispositivo legal ou constitucional. Na ótica do tribunal, o reexame de fatos e provas refoge a essa competência, como se observa pela sua Súmula 126:³⁰

Súmula nº 126 do TST - RECURSO. CABIMENTO (mantida) - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003. Incabível o recurso de revista ou de embargos (arts. 896 e 894, "b", da CLT) para reexame de fatos e provas.

As decisões do TST geralmente não adentram no mérito da utilização de provas produzidas pelos CEREST em ações fiscalizatórias, mas, apenas, no tema da competência dos órgãos para a realização de inspeções, fiscalizações e autuações. Assim, as menções às atividades dos CEREST são observadas apenas em dois sentidos nos julgados do tribunal: mencionando a competência administrativa dos CEREST para as fiscalizações e autuações em matéria de saúde e segurança do trabalho, e reconhecendo, por inexistência de questionamento e pelas decisões proferidas, a competência material da Justiça do Trabalho para a discussão dessas autuações.

Em que pese a importância do segundo aspecto, é o primeiro que mais interessa, pois até a finalização da pesquisa deste trabalho a divergência no TST se resumia a uma única decisão.

Isto posto, a análise judicial do conteúdo das inspeções e fiscalizações acaba ficando a cargo das instâncias inferiores, e perante os TRTs foi possível identificar um número considerável de julgados tratando do tema. Esta modalidade de pesquisa se deu por meio da ferramenta Busca MPT³¹, sendo utilizados como parâmetros da pesquisa a expressão "CEREST" cruzada com os documentos identificados como acórdãos.

²⁸ BRASIL, Tribunal Superior do Trabalho. ARR Ag-AIRR - 523-29.2015.5.12.0001 – 5ª Turma. Rel. Min. Breno Medeiros. J. 07/02/2018. Publ. DJe 16/02/2018. Disponível em < <https://jurisprudencia.tst.jus.br/>>, acesso em 24.11.2019.

²⁹ BRASIL, Decreto-Lei n. 5.452/1943. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>, acesso em 22.11.2019.

³⁰ BRASIL, Tribunal Superior do Trabalho. Disponível em <<http://www.tst.jus.br/web/guest/sumulas/>>, acesso em 15.11.2019.

³¹ Disponível em <

https://busca.mpt.mp.br/search?site=default_collection&client=default_frontend&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=default_frontend&proxycustom=%3CHOME/%3E>, acesso em 15.11.2019.

Assim, se chegou a quase setenta ocorrências, algumas repetidas e outras que não guardavam relação com o objeto deste estudo, além de julgados do TST já analisados neste trabalho, sendo os resultados separados em três grupos distintos.

O primeiro grupo envolve decisões que aceitam provas de irregularidades de meio ambiente do trabalho constatadas pelos CEREST em ações ajuizadas pelo Ministério Público do Trabalho. Em todas estas ações a atuação dos CEREST se deu em fase de inquérito civil, precedente à judicialização, a pedido do próprio MPT.

Na maior parte dessas ações, tanto o juízo de primeiro grau quanto o tribunal aceitaram as conclusões dos CEREST nas suas inspeções periciais que embasaram a ação ministerial. E essa aceitação se deu tanto para conceder a procedência a pedidos quanto para negá-la, quando se constatou pelas inspeções situação contrária à dos pedidos. Mas também houve casos em que as conclusões das inspeções do CEREST acabaram sendo suplementadas por perícias judiciais, determinada pelo juízo de primeiro grau. Nestes casos, o decurso temporal foi o único fator de afastamento das conclusões das inspeções dos CEREST pelas perícias judiciais, eis que entre a realização daquelas e o ajuizamento das demandas decorreu um lapso temporal que pode ter levado ou à regularização dos itens tidos como inadequados ou à própria perda do objeto da perícia.

O acórdão proferido em embargos declaratórios de recurso ordinário do TRT da 13ª Região n. 0000300-03.2012.5.13.0018³² explicita esta linha decisória:

Em face da omissão do gestor em adotar medidas protetivas à saúde dos agentes de saúde do Município, o Parquet requisitou ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Campina Grande (CEREST/CG), a designação de equipe para acompanhar este órgão ministerial em inspeção no âmbito do Município demandado, com o objetivo de verificar as condições de saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos municipais do aludido ente federativo. A inspeção realizada pelo CEREST/CG com seriedade e precisão demonstra com clareza solar descumprimento de diversas normas de segurança e medicina de trabalho, colocando em risco a saúde e a própria vida dos trabalhadores que labutam na área de saúde.

No mesmo sentido: RO 0011304-40.2015.5.03.0073 (TRT-3, 9ª T. – Rel. Des. João Bosco Pinto Lara, j. 11.06.2018;³³ ED 0000034-78.2011.5.04.0122 RO, TRT-4, 11ª T. – Rel. Des. Herbert Paulo Beck,

³² BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 13ª Região, Pleno – Rel. Des. Edvaldo de Andrade, j. 16.12.2013, disponível em <<https://www.trt13.jus.br/>>, acesso em 15.11.2019.

³³ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, disponíveis em <<https://www.trt4.jus.br/portais/trt4>>, acesso em 15.11.2019.

j. 28.04.2014;³⁴ RO 0001226-89.2013.5.05.0464, TRT-5, 5ª T. – Rel. Des. Jeferson Alves Silva Muricy, j. 22.09.2015, RO 0001231-20.2013.5.05.0462, TRT-5, 1ª T. – Rel. Des. Ivana Mercia Nilo de Magaldi, j. 04.08.2015; RO 0000962-85.2013.5.05.0492, TRT-5, 1ª T. – Rel. Des. Luiz Roberto Mattos, j. 09.07.2015;³⁵ AP 0000523-29.2015.5.12.0001, TRT-12, 3ª Câ. – Rel. Des. Amarildo Carlos de Lima, j. 20.04.2016; AP 0003305-23.2010.5.12.0053, TRT-12, 3ª Câ. – Rel. Des. Gilmar Cavalieri, j. 14.06.2017; AP 000007-16.2015.5.12.0031, TRT-12, 4ª Câ. – Rel. Des. Marcos Vinício Zanchetta, j. 23.09.2015;³⁶ RO 0131524-44.2015.5.13.0023, TRT-13, Pleno – Rel. Des. Paulo Maia Filho, j. 08.06.2017; RO 0001198-70.2017.5.13.0008, TRT-13, Pleno – Rel. Des. Thiago de Oliveira Andrade, j. 28.06.2018; RO 0000700-02.2012.5.13.0023, TRT-13, Pleno – Rel. Juíza Ana Paula Azevedo Sá Campos Porto, j. 28.04.2015;³⁷ RO 0000862-38.2012.5.15.0153, TRT-15, 11ª Câ. Da 6ª T. – Rel. Des. Eder Sivers, j. 14.05.2019; RO 0000862-38.2012.5.15.0153 TRT-15, 4ª Câ. Da 2ª T. – Rel. Juiz. Carlos Eduardo Oliveira Dias, j. 28.07.2015; RO 0000268-13.2012.5.15.0092, TRT-15, 2ª Câ. da 1ª T. – Rel. Juíza Dora Rossi Góes Sanches, j. 03.08.2018, e RO 0011053-64.2016.5.15.0069, TRT-15, 5ª Câ. Da 3ª T. – Rel. Des. Gisela Rodrigues Magalhães de Araújo e Moraes, j. 14.05.2019;³⁸ RO 0080700-05.2012.5.17.0014, TRT-17, 11ª T. – Rel. Des. Gerson Fernando da Sylveira Novais, j. 21.10.2014; RO 0007400-13.2012.5.17.0013 - TRT-17, 3ª T. – Rel. Des. Carlos Henrique Bezerra Leite, j. 13.10.2014;³⁹ RO 0001493-05.2014.5.21.0004 TRT-21, 1ª. T. – Rel. Des. Ricardo Luís Espíndola Borges, j. 26.07.2016;⁴⁰ e RO 0000441-92.2010.5.22.0001, TRT-22, 1ª. T. – Rel. Des. Arnaldo Boson Paes, j. 03.10.2011.⁴¹

³⁴ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região, disponíveis em <<https://www.trt4.jus.br/portais/trt4>>, acesso em 15.11.2019.

³⁵ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, disponíveis em <<https://www.trt5.jus.br/>>, acesso em 15.11.2019.

³⁶ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região, disponíveis em <<http://www.trt12.jus.br/portal/>>, acesso em 15.11.2019.

³⁷ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 13ª Região, disponíveis em <<https://www.trt13.jus.br/>>, acesso em 15.11.2019.

³⁸ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região, disponíveis em <<https://portal.trt15.jus.br/>>, acesso em 15.11.2019.

³⁹ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 17ª Região, disponíveis em <<http://www.trtes.jus.br/principal/atividade-judiciaria/pje>>, acesso em 15.11.2019.

⁴⁰ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 21ª Região, disponível em <<https://www.trt21.jus.br/asp/online/entrada.asp>>, acesso em 15.11.2019.

⁴¹ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 22ª Região, disponível em <<http://www.trt22.jus.br/portal/home.jsp>>, acesso em 15.11.2019.

Há, ainda, decisões que não tratam de provas elaboradas por CERESTs ou mesmo de suas fiscalizações, mas que acabam reconhecendo a competência dos órgãos para a fiscalização do meio ambiente de trabalho:

Destarte, atentando-se para a necessidade de se conferir maior efetividade ao objetivo de reparação dos danos difusos, coletivos e individuais homogêneos decorrentes da inobservância das normas trabalhistas por parte dos empregadores e tomadores de serviço, sugere-se, no caso concreto em apreço, a destinação da condenação pecuniária ao Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST/CE, unidade de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que faz parte da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), do Ministério da Saúde.

[...]

Cabe aos Cerest regionais capacitar a rede de serviços de saúde, apoiar as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Já aos Cerest estaduais cabe participar da elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador no estado, dar apoio matricial para as equipes dos Cerests regionais, dar suporte técnico à pactuação para definição da rede sentinela e a contribuição para as ações de vigilância em saúde".⁴²

No mesmo sentido, e do mesmo tribunal, é a decisão prolatada no RO 000257-36.2013.5.07.0006, Rel. Des. Emmanuel Teofilo Furtado, j. 10.09.2014. Observe-se que em ambas se reconhece que os CEREST atuam na vigilância da saúde do trabalho, o que equivale a reconhecer sua competência para a fiscalização do meio ambiente do trabalho.

Finalmente, foram identificadas, também, decisões em que os CEREST são beneficiários de indenizações ou multas de TACs em ações ajuizadas pelo MPT. Nestas, especificamente, apenas se reconhece o caráter dos CEREST como entidades benéficas à coletividade, destinatárias, assim, dos valores obtidos na atuação coletiva por meio de TACs ou ações judiciais, nos termos do art. 13 da Lei n. 7345/1987. Neste sentido: RO 0010842-83.2014.5.03.0149, TRT-3, 1ª T. – Rel. Des. Emerson José Alves Lage, j. 14.12.2015; ⁴³ RO 0021053-72.2015.5.04.0261, TRT-4, 8ª T. – Rel. Des. Gilberto

⁴² BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 7ª Região, RO 000257-36.2013.5.07.0006, Rel. Des. Emmanuel Teofilo Furtado, j. 08.07.2015, disponível em <<http://www.trt7.jus.br/>>, acesso em 15.11.2019.

⁴³ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, disponíveis em <<https://www.trt4.jus.br/portais/trt4>>, acesso em 15.11.2019.

Souza dos Santos, j. 12.06.2019; RO 0088700-29.2009.5.04.0024, TRT-4, 6ª T. – Rel. Des. Maria Cristina Schaan Ferreira, j. 20.07.2016; ⁴⁴ e RO 0010464-63.2013.5.12.0036, TRT-12, 3ª Câ. – Rel. Des. Amarildo Carlos de Lima.⁴⁵

Por fim, há decisões que tratam dos CEREST do mesmo modo que o TST tratou, apenas analisando as ações de saúde do trabalho dos CEREST tais como a emissão de CATs e atendimentos individuais de trabalhadores mediante laudos, atestados e pareceres médicos.

Finalmente, há mais um aspecto da atuação dos CEREST que tem sido objeto de análise judicial, que é o do funcionamento dos órgãos como peritos judiciais nas ações ajuizadas pelo Ministério Público do Trabalho. O art. 91 do Código de Processo Civil (CPC) prevê que:

Art. 91. As despesas dos atos processuais praticados a requerimento da Fazenda Pública, do Ministério Público ou da Defensoria Pública serão pagas ao final pelo vencido.

§ 1º As perícias requeridas pela Fazenda Pública, pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública poderão ser realizadas por entidade pública ou, havendo previsão orçamentária, ter os valores adiantados por aquele que requerer a prova.

Esta norma processual é específica à Fazenda Pública, Defensoria Pública e ao Ministério Público e, assim, afasta a aplicação das regras sobre a realização de perícias consoante cadastros contidas na Resolução nº 232/2016 do C. Conselho Nacional de Justiça,⁴⁶ que tratam das perícias judiciais em geral, e não das que são requeridas pelo Ministério Público.

Os CEREST são órgãos técnicos oficiais e públicos e são comprovadamente detentores do conhecimento necessário à realização de perícias judiciais em matéria de meio ambiente de trabalho. Assim, em ações judiciais em que o MPT atue pode ser determinada aos CEREST a realização de perícias pelo juízo. Observando-se as regras relativas à realização da prova pericial, previstas nos arts. 465 e seguintes do CPC.

Neste sentido já decidiram algumas Varas do Trabalho em sentenças de ações ajuizadas pelo MPT, *ex vi*:

Na sequência, pois, em vistoria feita pelo CEREST, aos 22-fev-2018, a perícia considerou agentes mensuráveis, bem como locais e agentes insalubres.

⁴⁴ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região, disponíveis em <<https://www.trt4.jus.br/portais/trt4>>, acesso em 15.11.2019.

⁴⁵ BRASIL, Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região, disponíveis em <<http://www.trt12.jus.br/portal/>>, acesso em 15.11.2019.

⁴⁶BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 232/2016. Disponível em <https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_232_13072016_15072016132913.pdf>, acesso em 12.12.2019.

Relevante salientar, aqui, a ausência de nulidade da referida análise com fundamento no artigo 466, §2º, do NCCP.

A uma porque da própria narrativa de fl.1960 (ID. fab97d8 - Pág. 2) depreende-se o reconhecimento pela Requerida de que o ato atingiu sua finalidade, limitando-se a reiterar que deve ser declarado nulo por mero descumprimento formal - o que denota propósito protelatório da parte.

A duas porque há muito vem sendo tentada nos autos a realização de vistoria *in loco* na empresa - conforme se depreende das ocorrências processuais no presente caso concreto (adversidades no que tange à designação do perito engenheiro Sérgio Moro e do Ministério do Trabalho e Previdência Social) - pelo que não merece guarida a tese de que restou impossibilitado o contraditório e a ampla defesa, mormente porque os trabalhos do vistor do CEREST foram efetivamente acompanhados pelos assistentes da Ré, na ocasião, à qual foi inclusive oportunizado prazo para manifestação nos autos.

Mantenho, enfim, a decisão de fl.1953 (ID. 8d536a6) por seus próprios fundamentos, fulcro no artigo 794 da CLT c/c os artigos 277, 282, §1º e 283, parágrafo único, todos do NCCP. [...]

Nesse contexto, levando em consideração a época desde a qual remontam as investigações em face da empresa demandada e, sobretudo, o momento da apuração dos fatos e vistorias iniciais feitas na empresa, somado à circunstância de que a Ré não demonstrou na ocasião interesse em firmar TAC (Termo de Ajuste de Conduta) com o Autor, reputo válido o trabalho do CEREST e, por conseguinte, acolho o laudo pericial na íntegra.⁴⁷

Foi deferida a reconsideração parcial da decisão, após a realização de nova diligência, nos seguintes termos:

"Diante do pedido de reconsideração do Município, foi determinada nova vistoria pelo CEREST, em razão da matéria técnica debatida.

Em nova diligência, observados os quesitos do Juízo, concluiu o órgão, in verbis: "que de acordo com o relatório de fiscalização supracitado no item IV, o local onde são preparados os corpos foi isolado e com entrada independente do anexo com problemas estruturais, assim como foi regularizado o fornecimento de EPIs, de equipamentos de proteção contra incêndio (extintores) e higienização/limpeza de área de preparação de corpos/velório e o administrativo, mantendo-se isolado e lacrado o anexo com problemas estruturais".

Dessa forma, excepcionalmente, em razão, inclusive, da natureza essencial do serviço prestado, defiro o pedido de reconsideração do Município, para autorizar a liberação da área de preparação dos corpos/velório e o administrativo, mantendo-se isolado e lacrado o anexo com problemas estruturais.

Intimem-se as partes, com urgência".

Pois bem. Diante da prova técnica produzida, confirmo a tutela parcialmente deferida nos autos, inclusive no tocante à multa diária deferida, com a consequente procedência dos pedidos relativos à obrigação de fazer: [...]⁴⁸

⁴⁷ BRASIL. Vara do Trabalho de Poá – SP. Sentença na Ação Civil Pública n. 1001287-34.2016.5.02.0391. Juiz Raphael Jacob Brolio, j. 10.10.2018. Disponível em <<http://search.trtsp.jus.br/easysearch/cachedownloader?collection=default&docId=7548f659dea39d25e31770d1b899492a81e769ee&fieldName=Documento&extension=html#q=cerest>>, acesso em 12.12.2019.

⁴⁸ BRASIL. 2ª Vara do Trabalho de Guarujá – SP. Sentença na Ação Civil Pública n. 1001060-49.2018.5.02.0302. Juíza: Mariana Kawahashi, j. 31.05.2019. Disponível em <<http://search.trtsp.jus.br/easysearch/cachedownloader?collection=default&docId=7548f659dea39d25e31770d1b899492a81e769ee&fieldName=Documento&extension=html#q=cerest>>, acesso em 12.12.2019.

Em tais sentenças se reconheceu que um CEREST atuou como perito judicial em ações ajuizadas pelo MPT, o que não apenas reconhece a capacidade técnica e fiscalizatória de tais órgãos, como, ainda, o faz de forma qualificada ao trazer esse reconhecimento para o processo judicial na qualidade de perícia judicial.

Como se observa, portanto, há dezenas de decisões identificadas do TST e dos TRTs reconhecendo que os CEREST detêm a competência para fiscalizar o meio ambiente de trabalho, inspecionando e periciando, inclusive, conforme as sentenças apresentadas, como perito do juízo. E há, como a pesquisa realizada identificou, apenas uma única decisão, proferida pelo TST, que veda tal competência fiscalizatória aos CEREST.

Esta decisão ignora a competência administrativa dos Estados, DF e Municípios de fiscalização da segurança, saúde e medicina do trabalho, extraída da leitura das disposições constitucionais expressas a esse respeito, assim como a Lei nº 8.080/1990. Da argumentação fundamentadora de tal decisão se extrai que apenas a União deveria fiscalizar todos os aspectos do trabalho, inclusive os de saúde e segurança. Mas a saúde, em todas as suas dimensões, inclusive a do trabalho, é de competência fiscalizatória dos quatro entes federados, que são União, Estados, DF e Municípios.

O que a pesquisa jurisprudencial identificou é que de modo quase unânime a jurisprudência trabalhista tem aceitado que os CEREST e os órgãos municipais e estaduais de vigilância sanitária efetuem fiscalizações de aspectos de meio ambiente do trabalho, sem que isso retire da União a competência de fiscalizar o trabalho em sentido amplo, espectro dentro do qual se tem a concorrência fiscalizatória dos demais entes no que tange à saúde e segurança.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como finalidade analisar o papel dos CEREST na defesa do meio ambiente de trabalho. A investigação do arcabouço normativo, compreendendo as disposições constitucionais, legais e regulamentadoras, evidenciou que SUS cabem, dentre outras, as atividades de fiscalização, avaliações ambientais e controle das condições de trabalho que apresentem risco à Saúde do Trabalhador. Sendo as atividades do SUS descentralizadas nas esferas estadual e municipal, os CEREST despontam como órgãos que atuam perante e em nome do SUS na defesa do

meio ambiente de trabalho para tais finalidades.

A referida descentralização das atividades do SUS também foi alvo de análise perante o STF no que tange à repartição de competências em matéria ambiental. A leitura crítica de julgados daquela Corte, especialmente num caso que versou sobre legislação estadual em matéria ambiental, foi utilizada para evidenciar que os Estados e Municípios dispõem de uma competência administrativa comum à da União e de uma competência legislativa concorrente à daquela. Logo, cabe a tais entes federativos não apenas a ação administrativa de fiscalizar atributos ambientais em seus territórios, mas, também, a de legislar sobre questões ambientais desde que não haja norma federal sobre o tema específico.

Também se discorreu neste estudo sobre como as Cortes Trabalhistas brasileiras reconheciam a competência dos CEREST em matéria de defesa do meio ambiente do trabalho. A investigação de julgados regionais e do TST demonstrou que quase à unanimidade – exceção de apenas um único julgado proferido pela 8ª Turma do TST - os CEREST são reconhecidos como dotados da competência administrativa de fiscalizar e elaborar relatórios de fiscalizações sobre tal temática, sendo inclusive apontada uma tendência de se determinar judicialmente aos CEREST a realização de perícias judiciais em matéria de meio ambiente do trabalho.

Tais dimensões da questão deste estudo têm o condão de evidenciar que os CEREST são dotados de competência para a fiscalização dos atributos do trabalho sadio e seguro, por força da leitura constitucional dada às competências administrativas ambientais dos entes estaduais e municipais, atuando enquanto órgãos do SUS, reconhecida a competência administrativa pelo STF e a dos CEREST em específico pelo TST.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. São Paulo: Atlas, 2005.

ALVES, R. B. **Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios**. Caderno de Saúde Pública, v. 19, n.1, p. 319-322, 2003.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100036>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-

[X2003000100036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>](#). Acesso em: 13 nov. 2017.

ANTUNES, Paulo de Bessa. **Direito Ambiental**. 14. Ed. São Paulo: Atlas, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo. A construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. 2ª. reimpressão. – Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BOGDANDY, Armin Von; PIOVESAN, Flávia; ANTONIAZZI, Mariela Morales. **Constitucionalismo transformador, inclusão e direitos sociais. Desafios do *Ius Constitutionale Commune* Latino-Americano à luz do Direito Econômico Internacional**. Editora JusPodivm. 2019.

BOUCINHAS FILHO, J. C. **Reflexões sobre as Normas da OIT e o Modelo Brasileiro de Proteção à Saúde e à Integridade Física do Trabalhador**. 2017. Disponível em: http://www.lex.com.br/doutrina_23686422_REFLEXOES_SOBRE_AS_NORMAS_DA_OIT_E_O_MODELO_BRASILEIRO_DE_PROTECAO_A_SAUDE_E_A_INTEGRI_DADE_FISICA_DO_TRABALHADOR.aspx. Acesso em: 07 nov. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.437**, de 7 de dezembro de 2005. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=829. Acesso em: 06 ago. 2017.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.602/2011**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm. Acesso em: 18 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 24 ago. 2012b. Seção I, p. 46-51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 18 jan. 2015.

_____. Tribunal Superior do Trabalho. Disponível em <https://jurisprudencia.tst.jus.br/>, acesso em 24.11.2019.

_____. **AIRR-11439-38.2015.5.15.0002** – 6ª Turma. Rel. Min. Cilene F. A. Santos. J. 28/11/2018. Publ. DJe 30/11/2018. Disponível em <https://jurisprudencia.tst.jus.br/>, acesso em 24.11.2019.

CAMBI, Eduardo. Normas gerais e fixação da competência concorrente na federação brasileira. **Revista de Processo**. São Paulo, v. 23, n. 92. P. 244-261. Out-dez 1998.

FELICIANO, Guilherme Guimarães; URIAS, João; MARANHÃO, Ney; SEVERO, Valdete Souto. Coordenadores. **Direito Ambiental do Trabalho. Apontamentos para uma teoria geral**. Vs. 2 e 3, São Paulo: LTr, 2015.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. **Normas Gerais e competência concorrente: uma exegese do art. 24 da Constituição Federal**. Revista da Faculdade de Direito, São Paulo, V. 90. P. 245-251, 1995.

FIORILLO. Celso Antonio Pacheco. **Curso de direito ambiental brasileiro**. 19ª. ed. ver. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2018.

FURLAN, Anderson; FRACALOSSI, William. **Direito ambiental**. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Saúde do Trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23 n.6 Rio de Janeiro. jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 25.07.2019.

LEITE, José Rubens Morato. **Introdução ao conceito jurídico de meio ambiente**. *In*: VARELLA, Marcelo Dias; BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. O novo em direito ambiental. Belo Horizonte: Del Rey, 1998.

MARANHÃO, Ney. **Meio ambiente do trabalho: Descrição jurídico-conceitual**. Revista LTr. V. 80, n. 4, abril/2016.

MELO, Raimundo Simão. **Direito ambiental do trabalho e a saúde do trabalhador**. 5ª. ed. São Paulo: LTr, 2013.

OLIVEIRA, Karol Teixeira de; SILVA, Vivianne Peixoto da. **O Procurador do Trabalho e o SUS: interface entre o papel de promotor social e a busca pela intersetorialidade**. Brasília: ESMPU, 2019. 172p.

RAMOS, Elival da Silva. **Federação – competência legislativa: normas gerais de competência da União e competência supletiva dos Estados: a questão dos agrotóxicos**. Revista de Direito Público, São Paulo, ano XIX, V. 19, n. 77, p. 126-130. Jan-mar.1986.

ROMITA, Arion Sayão. **Direitos Fundamentais nas relações de trabalho**. 4ª. ed. São Paulo: Ltr, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang; FENSTERSEIFER, Tiago. A competência constitucional legislativa em matéria ambiental à luz do “federalismo cooperativo ecológico” consagrado pelo ordenamento jurídico brasileiro. **Revista de Direito Ambiental**, v. 71, p. 55-116, jul/set. 2013.

SIQUEIRA, C. E. *et al.* A experiência do Observatório de Saúde do Trabalhador (Observatoriost) no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 139-148, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0303-76572013000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2016.

VIEIRA, Paulo Freire. **Meio ambiente, desenvolvimento e planejamento**. *In*: VIOLA, Eduardo et. Al. Meio ambiente e cidadania: desafios para as ciências sociais. 2^a. ed. São Paulo; Cortez; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

WEDY, Gabriel. **Manual de Direito Ambiental: de acordo com a jurisprudência dos Tribunais Superiores**. Gabriel Wedy, Rafael Martins Costa Moreira. Belo Horizonte: Fórum, 2019.

O que vítimas de acidentes de trabalho grave pensam sobre os acidentes, o atendimento no sistema de saúde e seus impactos?

Josiana Dias Silva Trajano

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
Josiana_dias@yahoo.com.br

Ailton de Souza Aragão

Doutor em Ciências
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
ailton.aragao@uftm.edu.br

Rosiane de Araújo Ferreira Polido

Doutora em Ciências
Universidade Federal de Uberlândia
rosianepolido@ufscar.br

Rosimár Alves Querino

Doutora em Sociologia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
rosimar.querino@uftm.edu.br

RESUMO: Os acidentes de trabalho são acontecimentos complexos e multicausais e necessitam de uma investigação profunda sobre sua ocorrência de modo a estruturar ações preventivas. Neste estudo objetivou-se analisar o modo como as possíveis causas dos acidentes, o atendimento no sistema de saúde e seus impactos foram compreendidos por trabalhadores que sofreram Acidente de Trabalho Grave (ATG). Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas com dezesseis trabalhadores atendidos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional Uberaba. A análise de conteúdo temática resultou em três categorias: ATG, Atenção na rede SUS e Desdobramentos do acidente de trabalho. Os trabalhadores enfatizaram como causalidade do acidente a fatalidade, o azar e se culpabilizaram. Relataram que, durante o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), foram questionados sobre as relações entre o trabalho e o acidente e orientados quanto à continuidade da atenção à saúde e aos direitos trabalhistas. Embora o primeiro atendimento tenha sido bem avaliado, os participantes encontraram dificuldades para posterior acesso ao atendimento especializado. Os desdobramentos do ATG foram descritos em suas relações com o trabalho, a saúde e a família. Os depoimentos reforçam a necessidade de mudanças que levem à adoção de medidas protetivas e de ampliação da vigilância em saúde do trabalhador. Cabe ao CEREST e demais instituições da Rede SUS ampliar a abordagem do trabalhador acidentado de modo a garantir a atenção integral, inclusive nas questões trabalhistas.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho; Vigilância em Saúde do trabalhador; Saúde do Trabalhador.

Como citar este trabalho:

TRAJANO, J.D.S.; ARAGÃO, A.S.; POLIDO, R.A.F.; QUERINO, R.A. O que vítimas de acidentes de trabalho grave pensam sobre os acidentes, o atendimento no sistema de saúde e seus impactos? In: SILVA, V.P.S (Org.). 30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2023. 159. p. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260104>

INTRODUÇÃO

Acidentes de trabalho (AT) são acontecimentos complexos e multicausais e carecem de uma investigação profunda para identificar os motivos que contribuíram para sua ocorrência. São eventos que podem ser evitados a partir do controle dos ambientes e das condições de trabalho. Por sua vez, Acidente de Trabalho Grave (ATG), de acordo com o Ministério da Saúde (MS), é “aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter consequências nefastas ou fatais” (BRASIL, 2006, p. 15).

Os acidentes de trabalho constituem grande parte dos atendimentos por causas externas executados pelos serviços de saúde, gerando custos importantes seja na porta de entrada de urgência, nas internações, na reabilitação, medicamentos, entre outros. Além disso, promovem gastos previdenciários, afastamentos e aposentadorias que chegam a mais de 60% dos benefícios pagos pela Previdência Social (BRASIL, 2018a).

A abordagem do AT como problema de saúde pública e os esforços para a construção de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador encontram respaldo na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012) e na legislação que estabelecia a notificação compulsória do ATG (Portaria nº 777/2004), posteriormente superada pela incorporação do ATG na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória a serem monitoradas por meio da vigilância em saúde (Portaria nº 264/2020).

A Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho Grave (FIATG) foi criada para garantir tal notificação. Deve ser preenchida compulsoriamente pelos profissionais que atendem aos acidentados e seus dados alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Todavia, a literatura tem indicado a persistência da subnotificação (CAVALCANTE et al., 2015). Tais informações têm subsidiado estudos sobre o ATG (CAMPOS; GURGEL, 2016; CAVALCANTE et al., 2015) e espera-se que contribuam para a vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, o que inclui a formulação de políticas públicas voltadas à Saúde do Trabalhador (ST).

Um ATG produz impactos que ultrapassam as barreiras físicas do local de trabalho. As perdas podem ser irreparáveis, comprometendo não apenas a integridade física, mas também podem

repercutir no relacionamento interpessoal, familiar, social e laboral (JACQUES; JACQUES, 2009; CARDOSO, AREOSA; VELOSO NETO, 2020). Assim, é fundamental a construção do que Cardoso, Areosa e Veloso Neto (2020) denominaram um “retrato vivo” que permita compreender as experiências dos trabalhadores vítimas de ATG.

Trata-se de ampliar os estudos sobre o ATG a fim de superar os discursos de culpabilização do trabalhador e gerar conhecimentos que contribuam para a construção de estratégias de enfrentamento pelos profissionais (OLIVEIRA, 2019). Urge a abordagem ampliada do ATG, de seus impactos na ST e o estudo da atuação dos profissionais de saúde na atenção integral ao trabalhador.

Visando contribuir para a sedimentação dos estudos nesta seara, foi delineado o objetivo do presente estudo que consistiu em analisar o modo como as possíveis causas dos acidentes, o atendimento no sistema de saúde e seus impactos foram compreendidos pelos trabalhadores que sofreram acidente de trabalho grave no município de Uberaba-MG.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, envolvendo trabalhadores que sofreram ATG e foram atendidos pela Equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador do CEREST Regional Uberaba, Minas Gerais (MINAYO, 2017).

A técnica de entrevista com roteiro semiestruturado guiou a construção de dados. Os participantes foram 16 trabalhadores envolvidos em acidentes de trabalho grave, selecionados a partir do Relatório de Investigação de Acidente de Trabalho Grave (RIATG) do ano de 2015. No momento da pesquisa, os acidentes de trabalho típicos eram aqueles decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado e ocorridos no horário de trabalho.

A primeira autora do estudo atua como enfermeira no CEREST e desenvolve atividades de investigação dos acidentes de trabalho. Em decorrência de sua formação no Programa de Mestrado profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), elegeu como tema de estudo os ATG. O primeiro contato para efetuar o convite para participar da pesquisa foi telefônico. Caso manifestasse concordância em participar do estudo, o trabalhador indicava horário e local para realização da entrevista. Foram feitos vinte e um contatos telefônicos. Destes, dezesseis aderiram ao estudo.

As entrevistas ocorreram no domicílio dos trabalhadores, no período de setembro de 2016 a

janeiro de 2017, foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra para fins de análise. Cada participante foi esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, metodologia empregada e manifestou consentimento com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma cópia do TCLE foi entregue ao participante.

No roteiro de entrevista constavam questões norteadoras agrupadas em 5 sessões: (1) dados do trabalhador acidentado; (2) dados do acidente; (3) informações sobre o atendimento dos profissionais de saúde; (4) condições do ambiente de trabalho após o acidente; (5) condições da ST após o acidente.

O corpus documental foi sistematizado e analisado seguindo as diretrizes da análise temática estabelecidas por Minayo (2017): 1) pré-análise dos dados obtidos (leitura flutuante, constituição do corpus; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos); 2) exploração do material na qual se busca definir as categorias; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na análise temática foram delineadas as seguintes categorias: Acidente de trabalho grave; Atenção na rede SUS; Desdobramentos do acidente de trabalho. No processo analítico foram mobilizadas produções do campo ST.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (CAAE nº 54601116.9.0000.5152 e parecer nº 1.585.341). Os trechos das entrevistas serão indicados com a utilização da expressão "T" para trabalhador, acompanhado de um numeral atribuído seguindo a ordem de realização da entrevista. Cada trecho traz, ainda, a indicação do tipo de trabalho desempenhado pelo participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos participantes do estudo

O estudo envolveu dezesseis trabalhadores, vítimas de ATG típico, caracterizados no Quadro 01. Todos os participantes foram homens, com faixa etária entre 41 e 50 anos (31,25%). Os entrevistados se autodeclararam majoritariamente de cor branca (62,5%). Como pode ser observado no Quadro 1, a ocupação dos participantes era variada.

QUADRO 1 - Características demográficas e ocupacionais de trabalhadores vítimas de Acidentes de Trabalho Grave participantes do estudo, Uberaba-MG, 2017.

ID	Idade*	Escolaridade	Vínculo	Ocupação	Tempo de trabalho na empresa	Tempo de trabalho na ocupação
T1	41	1º grau completo	CLT	Mecânico de manutenção	6 anos	16 anos
T2	41	2º grau completo	CLT	Ajudante de agropecuária	25 dias	25 dias
T3	47	1º grau incompleto	CLT	Mecânico de manutenção	14 anos	14 anos
T4	16	2º grau incompleto	CLT	Auxiliar de atendente	6 meses	6 meses
T5	59	1º grau incompleto	Servidor público	Trabalhador braçal	8 anos	25 anos
T6	18	1º grau incompleto	CLT	Auxiliar de açougue	7 meses	7 meses
T7	22	2º grau incompleto	CLT	Auxiliar de açougue	4 meses	4 meses
T8	24	2º grau completo	CLT	Almoxarife	5 meses	5 meses
T9	37	2º grau completo	Autônomo	Funileiro	20 anos	20 anos
T10	41	1º grau completo	Informal	Pedreiro	3 dias	20 anos
T11	36	2º grau incompleto	Autônomo	Eletricista	4 anos	4 anos
T12	20	2º grau incompleto	CLT	Auxiliar de produção	1 mês	1 mês
T13	44	1º grau completo	Autônomo	Chapeador "Calheiro"	4 anos	16 anos
T14	38	2º grau completo	Sócio	Marceneiro	6 meses	22 anos
T15	28	2º grau completo	Informal	Pedreiro	1 semana	4 anos
T16	31	1º grau completo	CLT	Vaqueiro	10 meses	18 anos

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nas entrevistas.

*Idade na data do acidente de trabalho grave.

Legenda: CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas; ID - Identificação.

O estado civil que predominou foi “em união” (56,25%). O ensino médio completo foi o nível de escolaridade de 31,25% dos entrevistados. Quanto ao vínculo trabalhista, 56,25% possuíam vínculo empregatício formal, ou seja, em regime celetista. O tempo de trabalho na empresa variou de dois meses a um ano (37,5%) e o tempo de trabalho na ocupação era acima de 10 anos e 1 mês (50%).

Acidentes de trabalho grave

Inicialmente, buscou-se identificar o modo como os trabalhadores compreendiam possíveis causas do ATG. Os entrevistados foram questionados sobre como aconteceu o acidente, por que aconteceu e se faziam uso de algum tipo de EPI no momento. Nos relatos transparece a uni causalidade, sendo encontradas interpretações que justificam as condições de trabalho, fatalidade e culpabilidade como responsáveis pela ocorrência dos acidentes. Não há nos relatos uma reflexão sobre as causas do acidente, mas sim, uma descrição sobre os eventos que o antecederam.

Segundo Costa (2017), são multifatores que interferem na ocorrência dos acidentes de trabalho, como a baixa remuneração, o sobre esforço, a violência psicológica, a produtividade exigida e a intensidade do trabalho. Os recortes abaixo demonstram compreensões que apontam as condições de trabalho como desencadeadores dos ATG:

Que eu me lembro é que eu cheguei e tinha um caminhão de ovo para descarregar. (...) O motorista ainda que estava meio apressado para fazer outra carga e falou assim: “- Quanto mais rápido a gente descarregar aqui, melhor pra nós.”. E nisso juntou eu, ele e mais algumas pessoas. (...) E eu peguei uma caixa e ela soltou o fundo, caiu uma cartela de ovo (...) e ninguém limpou. Simplesmente eu peguei a outra caixa, quando eu voltei nela, eu escorreguei, (...) eu caí entre a plataforma e a traseira do caminhão. Eu caí pra baixo do caminhão (...) depois eu já perdi a fala, não me lembro muito eu fiquei meio desorientado (T2, ajudante de agropecuária).

O carro chegou com o motor falhando, aí eu fui abrir o capô, logo que eu fui ver qual que era o problema, a tampa do radiador estourou, o tambor de expansão, logo a água esparramou no meu braço. (...) o carro chegou superaquecido (...) eu já ia sair para almoçar, já. Que lá a gente sai, a gente não tem horário certo para sair, mas eu ia sair. O cliente chegou: “- Pô, não, dá só uma olhadinha pra mim. É rápido... Às vezes dá pra resolver”. E foi aonde aconteceu (T1, mecânico de manutenção de veículos).

A ponta da espátula rompeu e nesse período que eu estava fazendo o serviço lá, estava muito cheio, sabe? Muito tumultuado, não tinha um espaço adequado (T3, mecânico de manutenção de veículos).

Aí eu fui me virar para mexer melhor na antena, sabe, só que aí a telha estava velha.

A telha que eu estava em cima e ela quebrou comigo (T11, pedreiro).

O creme que caiu no chão ficou lá, a funcionária da limpeza demorou a chegar. Eu não podia ficar parado, a esteira não para. Então, eu continuei meu trabalho até a moça chegar. Aí eu fui me movimentar e pisei no creme. Só que aí, eu escorreguei e cai (T12, auxiliar de produção).

O conceito "condições de trabalho" é utilizado para se referir às condições do meio ambiente físico, como luminosidade, temperatura, pressão, vibração, irradiação e ruído; do ambiente químico, como poeiras, vapores, gases e fumaças; do ambiente biológico, como presença de vírus, bactérias, fungos e parasitas; pelas condições de higiene, de segurança, ergonomia, organização e divisão do trabalho (DEJOURS, 1988).

As narrativas dos entrevistados retratando as condições de trabalho apontaram questões relacionadas à organização do trabalho, condições de higiene e segurança do trabalho. Trechos como "*quanto mais rápido a gente descarregar aqui, melhor para nós*" (T2) ou "*a gente não tem horário certo para sair, mas eu ia sair*" (T1) evidenciam questões relacionadas à organização do trabalho, trazendo características da exigência de tempo e determinação do ritmo do trabalho.

Em um processo de trabalho há normas que podem ser prescritas pelo empregador e incluem desde o horário de chegada, ao uso de equipamentos de proteção, ferramentas e tempo para executar seu trabalho. Por fatores diversos, essas normas nem sempre são seguidas, mas adaptadas de acordo com a realidade e a oferta de material e equipamentos, levando o trabalhador a um estado constante de riscos e incertezas, principalmente quando se exige muito do resultado do seu trabalho.

As falas "*ninguém limpou*" (T2), "*a funcionária da limpeza demorou a chegar*" (T12) e "*não tinha um espaço adequado*" (T3) remetem às condições de higiene no ambiente de trabalho. Um ambiente organizado torna o trabalho mais seguro, o que contribui para a prevenção de acidentes. Boas práticas de limpeza e higiene promovem uma melhoria na qualidade de vida e, ao mesmo tempo, trazem condições de segurança no trabalho. Ambientes limpos, organizados, higiênicos e bem-sinalizados contribuem para a promoção do bem-estar e segurança, além de reduzir o risco de ocorrência dos acidentes ocupacionais (SILVA; NEGREIROS, 2020).

As condições inseguras comprometem a vida do trabalhador, expondo-o ao risco de se acidentar. Além da falta de limpeza e a desorganização nos locais de trabalho, a falta de manutenção

de máquinas, equipamentos ou infraestrutura são elementos que tornam o ambiente de trabalho inseguro.

As narrativas abaixo apresentam compreensões que apontam a fatalidade como desencadeadores dos ATG:

Como diz, eu dei foi um azar, que eu não lembro de ninguém machucar lá. Machuca assim, às vezes uma chave escapa, pega, coisa simples (T1, mecânico de manutenção de veículos).

Foi falta de sorte mesmo (T4, auxiliar de atendente).

Só que aí na hora de cortar, minha mão escorregou e cortou meu dedo no aparelho (T6, auxiliar de açougue).

Ah! Foi um acidente. Essas coisas acontecem mesmo (T8, auxiliar de açougue).

Porque às vezes a serra dá um tranco na hora de cortar a madeira, isso acontece, é normal (T14, marceneiro).

A fatalidade geralmente é utilizada para encobrir situações que causaram algum tipo de sofrimento. Apesar de ser vista como uma causadora dos ATG, apenas encobre as verdadeiras falhas que causam o acidente, que podem combinar desde a ocorrência de ambientes de trabalho inseguros, treinamentos de segurança insuficientes e ausência de supervisão durante a execução das atividades. Veloso (2013) aponta que a noção de fatalidade muitas vezes é associada às causas do acidente, contra as quais os homens nada podem fazer. Essa perspectiva de causa demonstra um olhar menos crítico, escondendo as verdadeiras causas que podem estar relacionadas aos procedimentos adotados pela empresa como, por exemplo, a ausência de equipamentos de segurança.

Os relatos dos entrevistados trazem a culpabilidade como causador dos ATG:

(...) deu coincidência de eu abrir [o capô do carro] (T1, mecânico de manutenção de veículos).

Ah! Foi um deslize. Eu achei que ia dar certo, calculei errado e na hora que vi, tinha acertado o meu dedo (T7, auxiliar de açougue).

Já estou acostumado com esse serviço. Foi só uma fatalidade neste dia (T10, pedreiro).

A fala do Trabalhador 07 demonstra culpa por não ter avaliado que seu ato provocaria um acidente. Tal culpa não aponta os reais fatores desencadeadores, mas sim induz a um pensamento

de que o acidente poderia ter sido evitado, caso houvesse um pouco mais de atenção e cuidado por parte do próprio trabalhador, que não reconhece os riscos oriundos do trabalho que realiza e dos instrumentos empregados.

O sentimento de culpa acontece porque o trabalhador chama para si a responsabilidade pelo acidente, considerando que o ATG ocorreu devido a alguma distração ou descuido. Com isso, outras causas como as condições e a organização do trabalho são desconsideradas. Vilela, Iguti e Almeida (2004, p. 570) foram perspicazes ao elucidar que culpar a vítima é “um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho”. Neste modelo, a empresa não reconhece sua responsabilidade, desconsiderando que os acidentes de trabalho são previsíveis e evitáveis (ANTUNES, 2018). Jacques e Jacques (2009, p. 114) asseveram que:

Explicações que responsabilizam individualmente os trabalhadores não consideram a complexidade de fatores que cerca a ocorrência de um acidente de trabalho. Tal tendência também persiste nos órgãos institucionais, na mídia e no imaginário social.

Quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI), verificou-se três tipos de narrativas entre os participantes: relatos de uso; de ter, mas não usar e não ter os equipamentos:

Usava botina. Eles que dão para todo mundo. É botina de segurança (T5, trabalhador braçal).

Lá a gente usa todos os equipamentos, tanto para usar no esmeril, a gente usa a luva, uso tudo, só que como diz, ‘nessa hora eu não estava’, porque eu já estava até saindo para almoçar, eu fui quebrar o galho do cliente, fui ver para ele o que que era... (T1, mecânico de manutenção de veículos).

O uso de EPI deve acontecer sempre que não é possível eliminar os riscos existentes no ambiente de trabalho através de equipamentos ou medidas de proteção coletiva. Apesar de não evitar os acidentes, seu uso pode reduzir ou até mesmo eliminar a gravidade do dano ao trabalhador. Os participantes trouxeram à tona a importância de construção de iniciativas mais eficazes para garantir o uso de EPIs e o risco de, novamente, culpabilizar o trabalhador eximindo as empresas de suas responsabilidades.

A Norma Regulamentadora 09 traz a obrigatoriedade do uso de EPI como medida protetiva. No entanto, deve prevalecer a eliminação ou redução do agente que causam riscos no ambiente de trabalho, a partir de medidas nos processos ou na organização do ambiente de trabalho. Em último caso é que deve ser adotado o uso de equipamentos de proteção individual (ANTUNES, 2018).

Ao indagar os trabalhadores sobre as condições do ambiente do trabalho, buscou-se relatos

sobre as ferramentas utilizadas nas atividades laborativas, como são realizadas as atividades diárias e a ocorrência ou não de treinamentos e atividades de capacitação. Os entrevistados citaram o uso de ferramentas manuais, como chave de fenda, enxada, pá, escadas e facas; equipamentos e máquinas, como serras e ordenhadeira; elementos eletroquímicos como solda. Todavia, se limitaram a citá-los como parte da rotina diária, não as relacionando à ocorrência de acidentes:

Nossa...várias. Tem a cate, alicate, chave de fenda, chave simples, dentada, soquete, aparelho de injeção (T1, mecânico de manutenção).

Nenhuma, tudo manual, nem a proteção, nem nada (T2, ajudante de agropecuária).

É... taquímetro, chave universal, prensa, solda, faço solda... trabalho com solda também, solda elétrica, solda de oxigênio, faço esse tipo de serviço também lá (T3, mecânico de manutenção).

Inicialmente, não se imagina que ferramentas comuns possam ocasionar acidentes graves. No entanto, no contexto das atividades exercidas, onde se relacionam às condições e à organização do trabalho, os tipos de ferramentas, máquinas ou equipamentos utilizados durante as atividades laborativas tornam-se objetos que colocam em risco a saúde dos trabalhadores. Cabe ao empregador garantir o fornecimento dos equipamentos de proteção, treinamento e supervisão de sua utilização, além de substituí-los quando necessário (ANTUNES, 2018).

Quando questionados sobre como realizavam as atividades no trabalho, foram relatadas ações típicas de acordo com a ocupação, que foram agrupadas em: manutenção de veículos, trabalho manual envolvendo esforço físico, processamento de carnes, atividades da construção civil, atividades elétricas, atividades de serralheria e atividades agropecuárias. Os trabalhadores relataram diferentes tipos de atividades. No entanto, chama a atenção o seguinte relato:

Ah! Depende do que tem que fazer. Nesse dia eu precisava só cortar o galho da árvore e, para fazer esse tipo de corte, eu uso uma serra (T15, pedreiro).

O trabalhador 15, apesar de exercer a ocupação de pedreiro, no momento do acidente estava cortando um galho de árvore. Este é apenas um exemplo do que comumente ocorre com inúmeros outros trabalhadores, principalmente os que vivem na informalidade. Realizar atividades que não são atribuições da ocupação, os chamados "desvios de função", é algo que ocorre com bastante frequência, sem quaisquer tipos de questionamento.

O trabalhador se submete a acumular funções, exercendo atividades que correspondem a outro cargo, diferente do qual foi contratado, a fim de permanecer naquele emprego. A questão é

saber até que ponto o trabalhador possui treinamento para realizar uma atividade que não faz parte de sua habilitação e atribuição profissional.

A realização de treinamentos e capacitação no ambiente de trabalho permite compartilhar o conhecimento sobre os procedimentos empregados para se exercer determinada função possibilitando adotar práticas seguras visando a proteger o trabalhador reduzindo assim, os casos de acidentes. Neste sentido, Moraes, Cunha e Andrade (2019, p. 11) afirmam que:

(...) mais importante que oferecer treinamentos para a prevenção de acidentes, o fundamental é que o treinamento oferecido faça sentido e contribua efetivamente para dar condições de intervenção na atividade, e não apenas a transmissão de conteúdo sem espaço para discussão. (...) Assim, treinamentos que dão mais valor à profissão em si, e que envolvam a participação mais ativa dos trabalhadores talvez contribuam para dar mais sentido aos conteúdos ali ministrados, ampliando a possibilidade de sua aplicabilidade.

Pelo relato dos trabalhadores, aqueles que são autônomos ou estão no mercado informal, não realizaram treinamento e capacitações. Contam e valorizam as experiências anteriores, para executar aquilo que aprenderam. Já os trabalhadores que estão no mercado formal, através de contrato na carteira de trabalho ou como servidores públicos, relatam ter realizado um único treinamento quando ingressaram no emprego:

Sim, quando eu entrei, tive sim. Falaram sobre os horários de trabalho, a segurança, os equipamentos de proteção, sobre o trabalho mesmo (T12, auxiliar de produção).

Quando eu entrei só. O açougueiro que trabalha lá há muito tempo foi quem capacitou (T6, auxiliar de açougue).

Para essa função no almoxarifado não. Eles me ensinaram no primeiro dia, tudo o que eu tinha que fazer. O serviço é simples, aprendi rápido. Mas lá sempre tem treinamento com os técnicos de segurança, mas geralmente participava mais quem trabalhava nas obras, os pedreiros, os serventes... eu já vi que tem essas palestras lá (T8, almoxarife).

Não, tudo o que sei fui aprendendo com a vida, a experiência conta muito. (T9, funileiro).

Também não. Mas depois do acidente eu estou tomando mais cuidado (T10, pedreiro).

Tudo eu aprendi com o tempo. A experiência no trabalho, fazer a mesma atividade todos os dias, ensina muito (T11, eletricista).

Além disso, para o trabalhador, realizar treinamento oportuniza a obtenção de conhecimentos sobre os riscos que está exposto e a implantação de medidas de proteção e segurança, conforme as

normas regulamentadoras existentes.

A atenção na Rede SUS

Após o acidente, o trabalhador necessita de atendimento em saúde, seja ele hospitalar ou não. Mesmo sendo necessário o encaminhamento para um serviço de urgência em decorrência de se tratar de ATG, diferentes meios de locomoção foram utilizados: 56,2% dos trabalhadores foram acompanhados pelos seus empregadores até o local de atendimento, 25% buscaram o atendimento por conta própria, utilizando, por exemplo, o táxi e 18,7% foram encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Todos passaram por atendimentos em unidades do SUS, sendo eles em unidade de pronto atendimento (62,5%) ou hospitalar (37,5%). Dentre os entrevistados, cinco precisaram passar por atendimento especializado em fisioterapia (60%) e ortopedia (40%).

Foi assim: atendeu na UPA e, como eu estava com essas dores fortes, ele falou assim: “- Aqui nós não tratamos disso aí, você tem que ir lá para o ambulatório...” então ele me deu o encaminhamento, eu fui lá e não estava marcando e não sabia nem quando ia marcar o ortopedista, né? Não tinha vaga. Como estava doendo demais e eu não tinha conseguido, meu cunhado chegou aqui pra mim e chegou assim: “- Olha, você conseguiu?” Eu falei assim: “- Não”. Aí ele disse: “- Eu tenho um amigo meu que ele te atende, até você conseguir um encaminhamento, até você conseguir lá”. Aí eu fui e ele nem me cobrou a consulta, [...] ele me atendeu e pediu uma ressonância magnética (T3, mecânico de manutenção).

Depois que foi liberado, voltei para casa para ficar de repouso. Eu sentia muita dor e não podia mexer muito. Aí depois que melhorou, depois de muito tempo que comecei a fisioterapia (...) (T13, chapeador).

O Trabalhador 03 queixa-se que não havia marcação de consultas para ortopedista, trazendo à tona um dos problemas existentes no SUS em Uberaba: elevada demanda de atendimento em especialidades frente ao limitado número de atendimento e profissionais. À época dos ATG, em 2015, o atendimento às urgências e às emergências ocorria por meio de uma rede que incluía Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Atenção Básica, Atenção Hospitalar e UPAs. Dentre as competências das UPAs constam prestar o primeiro atendimento em casos cirúrgicos e traumáticos, estabilizando os pacientes e, caso necessário, realizar o encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. O município de Uberaba possuía duas unidades de pronto atendimento gerenciadas por uma organização social (UBERABA, 2017).

O atendimento especializado é agendado através da central de regulação e marcação de

procedimentos. O usuário é inserido no sistema e comunicado sobre a data, horário e local de atendimento (UBERABA, 2017). A elevada demanda por atendimento especializado, frente às dificuldades citadas anteriormente, faz com que a fila eletrônica cresça a cada dia, aumentando o tempo de espera do usuário, que pode ficar meses aguardando para ser atendido.

A Rede SUS de Uberaba possui uma diversidade de instituições para garantir a integralidade da atenção, mas tem esbarrado na elevada demanda e falta de investimentos para sua ampliação, o que gera desafios para a atenção integral à vítima de ATG. Embora haja queixas quanto à demora para atendimento em unidades especializadas, é importante destacar que todos os entrevistados foram atendidos na rede SUS quando da ocorrência do ATG, o que reforça a importância do sistema para a atenção à ST.

Outro ponto importante para ser avaliado é se os profissionais de saúde que atuam na Rede SUS reconhecem acidentes de trabalho. Para tanto, os participantes do estudo foram questionados se, durante o atendimento em saúde, os profissionais perguntaram se o acidente foi decorrente do trabalho. Somente um dos entrevistados não se recordava. Os demais afirmaram terem sido abordados pelos trabalhadores das instituições de saúde.

Perguntaram, me informaram tudinho que eu tinha de fazer ou deixar de fazer (T2, ajudante de agropecuária).

Na hora lá que a enfermeira falou comigo, eu contei para ela. Ela perguntou como foi que eu caí. Foi perguntando e eu falei que aconteceu durante o trabalho (T5, trabalhador braçal).

Eu contei para ela [enfermeira] na hora do atendimento. E, também, eu estava de uniforme (T6, auxiliar de açougue).

Os relatos indicam que os profissionais do SUS estão sensíveis à identificação das relações entre os acidentes e o trabalho. Além da assistência é preciso que estes acidentes sejam registrados através das notificações compulsórias e que os trabalhadores sejam orientados quanto aos seus direitos. Neste estudo, as vítimas de ATG entrevistadas foram selecionadas a partir das notificações e das investigações de ATG, o que implica em ter ocorrido as referidas notificações.

Para avaliar a atenção à saúde na Rede SUS, foi perguntado aos entrevistados o que eles consideravam que faltou ser abordado ou realizado durante o atendimento nas unidades de saúde ou pela equipe CEREST. As respostas foram evasivas e trouxeram pouco detalhamento sobre a experiência de atendimento no SUS, inclusive algumas respostas indicavam sensações errôneas

sobre o nível de gravidade:

Nada não. Não foi grave, né? (T4, auxiliar de atendente).

Ah... nada, acho que nada não (T6, auxiliar de açougue).

Ah! Não sei...deu tudo certo. (T8, auxiliar de açougue).

Acho que nada, isso foi um acidente mesmo, uma fatalidade (T16, vaqueiro).

Quanto à avaliação sobre o atendimento recebido nas unidades de saúde, a maioria das respostas foi positiva. Houve apenas um relato com queixas quanto ao atendimento especializado e às relações interpessoais:

Lá [UPA] eu não fui bem tratado, só mesmo por esse rapaz que me atendeu. Os outros profissionais são muito ruins. [...] eu não tinha conseguido nem consulta lá no ambulatório e nem marcar exame (T3, mecânico de manutenção).

Apenas dois trabalhadores se referiram ao CEREST, uma vez que foram os únicos que passaram por atendimento especializado neste Centro:

Ah... nada, acho que nada não. O relatório estava bem completo (T14, marceneiro).

O CEREST foi o único que me trataram lá, todas as vezes que eu precisei de algum exame eles tiveram prontos para me ajudar (T3, mecânico de manutenção).

As respostas obtidas evidenciam que faltam iniciativas para garantir a participação do trabalhador nas ações que lhe dizem respeito. O acesso à informação é essencial para que o trabalhador reconheça seus direitos e avalie o serviço que é recebido. A Portaria nº 1.125 de 2005 estabelece que:

(...) toda política de ST para o SUS tenha por propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos (BRASIL, 2005, p. 01).

Neste sentido, é essencial que os trabalhadores tenham acesso às informações sobre seus direitos, compreensão ampliada sobre sua situação de trabalho e saúde, o que contribuiria para fomentar a participação social e melhorar as condições e ambientes de trabalho. Alguns entrevistados consideraram que as questões referentes aos acidentes de trabalho, direitos trabalhistas e treinamentos no ambiente de trabalho poderiam ser mais exploradas:

Eu acho que eles podiam falar com a gente mais, falar sobre acidente de trabalho, esses trens assim (T5, trabalhador braçal).

Agora que você falou de direitos trabalhistas, talvez tenha seja isso que podia ter sido falar mais (T13, chapeador).

O SUS possui um papel relevante na promoção e proteção à ST. É preciso que os serviços públicos se estruturarem e se qualifiquem para atender as demandas dos trabalhadores, entre elas as questões referentes aos acidentes e direitos trabalhistas (BRASIL, 2018b).

Desdobramentos do ATG

Após a ocorrência de um ATG surgem indagações que ultrapassam a barreira do ambiente de trabalho, atingindo outras dimensões da vida como a família, os amigos e a comunidade. As consequências do ATG podem ser tanto físicas quanto psicológicas e financeiras, já que o trabalhador muitas vezes é afastado do trabalho por um período curto, longo ou até mesmo permanente.

Em relação ao acesso aos direitos trabalhistas, foi questionado aos trabalhadores onde eles buscaram ou receberam orientações e se foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Foram encontradas as seguintes situações: a) recebeu orientações sobre direitos trabalhistas com emissão de CAT; b) não recebeu orientações, mas teve a CAT emitida; c) não fez CAT. A maioria dos trabalhadores não recebeu orientações sobre os direitos trabalhistas (56,2%). Apenas uma parte deles (43,8%) recebeu orientações pelas unidades de saúde (31,2%) ou pela instituição empregadora (12,6%), conforme os seguintes relatos:

Recebi sim, foi lá também [UPA] que ela me explicou tudo certinho. Ela falou até que tinha que fazer uma carta, não sei o que lá (T1, mecânico de manutenção de veículos).

A moça lá da UPA falou que tinha que fazer [CAT]. Mas na empresa eles disseram que nem precisava, porque foi um acidente leve (T4, auxiliar de atendente).

Lá na UPA foi que me orientaram para fazer a tal da CAT. Se não fosse isso, não sei se eles [empregadores] teriam feito (T12, auxiliar de produção).

Me falaram para ir lá no INSS, o hospital que falou (T13, chapeador).

Me falaram lá na UPA que eu tinha que fazer a CAT para conseguir me afastar do trabalho e receber enquanto isso (T16, vaqueiro).

O direito à saúde é apresentado na Constituição Federal de 1988 ao lado dos direitos sociais, educação, trabalho, lazer, segurança, previdência social, entre outros. Segundo Silva (2018), os acidentes de trabalho trazem repercussões que vão além das lesões físicas, podendo gerar

sofrimento em âmbito pessoal, financeiro, familiar, social, afetivo e até mesmo adoecimentos que podem ser acentuados devido ao desfecho. É importante conhecer as vivências do trabalhador e as relações trabalhistas para que os acidentes não sejam considerados como algo natural do ofício, evitando desta forma a negação dos direitos.

Em relação à CAT, 75% dos trabalhadores tiveram sua emissão realizada, seja através do empregador ou da unidade de saúde que os atendeu.

Foi sim, lá na empresa eles fizeram (T6, auxiliar de açougue).

Foi feito, foi com ele que fui lá no INSS para afastar (T7, auxiliar de açougue).

Se for aquele papel que levei no INSS foi sim (T10, pedreiro).

Para que haja reconhecimento do acidente de trabalho é necessário que a CAT seja emitida pela empresa empregadora e enviada à Previdência Social. Somente assim, o trabalhador terá o direito de ser afastado de suas atividades e, ao mesmo tempo, receber seus benefícios previdenciários. A CAT é um documento que deve ser preenchido obrigatoriamente pela empresa e que reconhece o acidente de trabalho, de trajeto ou doença ocupacional perante a Previdência Social. O registro deve ser realizado mesmo que não haja afastamento do trabalhador e até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Apenas em caso de morte, a comunicação deve ser imediata. O próprio trabalhador, o dependente, o sindicato da categoria, o médico ou autoridade pública também poderão realizar o registro. A empresa que não informar o acidente está sujeita à aplicação de multa (BRASIL, 2018a).

Apesar de ser um documento de registro oficial e obrigatório, para os empregados com contrato de trabalho regulamentado pela CLT, foi possível encontrar casos em que a CAT não foi registrada (25%), seja pela não emissão (12,5%) ou pela não contribuição à Previdência Social, no caso dos trabalhadores informais (12,5%):

Não. Eu trabalho por conta, não contribuo com INSS não (T11, electricista).

Não, não precisei disso não (T14, marceneiro).

Não, era só um bico. E eu estava recebendo seguro desemprego (T15, pedreiro).

Quando eu voltei na empresa, a empresa bancou tudo e falou pra mim: "Olha, vamos fazer assim nós vamos abrir um CAT e não vamos registrar não, nós vamos abrir um CAT...". Agora que tá vindo na minha cabeça direitinho, "- Nós vamos abrir um CAT e o senhor vai comprar isso aqui direitinho e em dois dias nós vamos atrás do senhor,

eu vou ligar pro senhor e nós conversamos” e eu falei: “Tá bom”, peguei e fui embora pra casa. Aí eles falaram [empresa] pra mim para eu não perder bônus nem nada, até hoje eu não vi bônus e nem nada, eles tinham que manter pra mim, eu não dar entrada no INSS e nem tampouco no CAT senão eu ia tá me arrebetando, senão eu ia perder o meu bônus, bônus que nunca recebi (T2, ajudante de agropecuária).

A fala do Trabalhador 02 é emblemática, pois revela graves distorções nas informações fornecidas pela empresa que implicam na não efetivação dos direitos do trabalhador. Situações como essa indicam a importância de fortalecimento da abordagem dos direitos do trabalhador e da necessidade da emissão da CAT nos serviços de saúde, o que pode evitar tais distorções.

As falas dos Trabalhadores 11, 14 e 15 remetem à precarização e à informalidade. Tal precarização, de acordo com Antunes (2013, p. 20), “vem se tornando a regra, e não a exceção. (...) o trabalho relativamente mais formalizado da era Taylor-fordista está sendo amplamente substituído pelos mais distintos e diversificados modos de ser da informalidade e da precarização”.

Para avaliar o impacto do acidente do ATG no trabalho, os entrevistados foram questionados sobre mudanças ou impactos no ambiente de trabalho após o acidente, se permanecem trabalhando na mesma instituição/empresa e como foram tratados pela instituição/empresa na qual atuavam. Dos entrevistados, 68,7% permaneceram trabalhando na mesma empresa. Sobre as mudanças ocorridas no ambiente de trabalho após o acidente, os entrevistados declararam que não houve mudanças significativas e, novamente, enfatizaram a crença de que foi “apenas um acidente”. Também transparecem narrativas que demonstram a preocupação da prevenção de outros acidentes, como o uso de equipamentos de segurança e a atenção redobrada durante as atividades laborais:

Estava do mesmo jeito. [...]. Só que quando eu comentei, eles não deram muita atenção (T2, ajudante de agropecuária).

Não. Foi realmente um acidente que aconteceu... (T16, vaqueiro).

Não. Tudo estava como antes. Não mudou nada não (T4, auxiliar de atendente).

Não mudou nada não (T7, auxiliar de açougue).

Ah, eu só presto mais atenção agora né? Uma telha pode quebrar a qualquer hora, ela desgasta muito no tempo (T11, eletricista).

Eu estou tomando mais cuidado e vou comprar os equipamentos. Mas ainda não comprei não (T13, chapeador).

Nós passamos a usar a capa de proteção e a ter mais cuidado (Trabalhador 14,

marceneiro, 2017).

Depois do acidente, eles me mandaram embora [demitiram], eu entrei noutra empresa... aí na outra empresa, eu trabalhando, senti muita dor na costela, que eu sinto até hoje (T2, ajudante de agropecuária).

As narrativas sobre o tratamento ofertado pela instituição trouxeram relatos que demonstram casos em que a empresa ofereceu apoio ao trabalhador acidentado, mas também em algumas situações nas quais ela se mostrou imparcial, como demonstra a fala do Trabalhador 03: “a empresa não ajuda, mas também não atrapalha”.

A empresa não ajuda, mas também não atrapalha. Teve esse negócio que eles recorreram contra o acidente de trabalho querendo transformar em benefício, mas eu não sei porque, se é alguma coisa que eles têm que pagar se é tipo Fundo de Garantia, não sei se foi depositado, quando foi passado ou não e só se foi por causa disso, né? (T3, mecânico de manutenção de veículos).

Tranquilo. Tudo que eu precisei eles me deram cobertura, tudo. Não deixou faltar nada. Me dava atenção (T1, mecânico de manutenção de veículos).

Eles falaram para ter mais cuidado, para não acidentar de novo. Mas eles queriam me ajudar, levar no médico, eu que não quis ir na hora (T5, trabalhador braçal).

Foi bom, eles fizeram tudo que precisava (T7, auxiliar de açougue).

Eles tinham que pelo menos me abordar, me ajudar, me socorrer. Não, simplesmente eles pegaram e viraram as costas. O que eles podem fazer, que até pagar um médico particular para ver esses negócios, eles pagaram, isso eu não nego. E pelo médico ter falado que eu estava com um pouco de “manha”, um pouco, era normal mesmo, mas que eu estava com um pouco de “manha”. A empresa simplesmente abordou o caso como vencido e deixou que ocorresse esse prazo, sentado lá cumprindo o meu horário e depois tentado voltar a trabalhar e usado isso para depois me mandar embora, como foi feito. Eles me esperaram chegar lá em um dia que eu estava no emprego, que eu estava lavando louça, às vezes estava no almoxarifado, às vezes estava vendo as pessoas trabalhar porque eu não podia fazer nada (T2, ajudante de agropecuária).

O relato do Trabalhador 02 aponta como a abordagem do acidente de trabalho pode ser diferente numa instituição da rede SUS e em uma instituição privada. É muito grave considerar que o trabalhador está com “manha”, o que desqualifica os impactos do acidente na saúde dos trabalhadores, culpabiliza o acidentado por sua condição e avalia moralmente sua condição para o desempenho de suas funções. Os desdobramentos do caso também são significativos: o trabalhador ficou “trabalhando” ao invés de ficar afastado para se cuidar e, em seguida, foi demitido.

É fundamental avaliar as reais condições de trabalho e do trabalhador antes e durante o seu

retorno da empresa, para que o mesmo volte a realizar suas atividades com segurança. Neste intento, a equipe do CEREST pode desempenhar papel significativo, o que ressalta a importância da investigação dos acidentes e acompanhamento posterior do acidentado.

Sobre os impactos do acidente na saúde e no trabalho, foi perguntado aos trabalhadores se o ATG deixou alguma seqüela e quais as conseqüências trouxe para si e para a família. Em relação às seqüelas após o acidente, 62,5% dos entrevistados não referiram seqüelas, exceção do Trabalhador 07:

Olha aqui para você ver, ficou faltando um pedaço do dedo (T7, auxiliar de açougue).

Outros trabalhadores mencionaram impactos do ATG em sua percepção da condição de saúde:

E de vez em quando me falta o ar, parece que a costela eu não sei se ela tá quebrada ou o quê que acontece com ela, parece que ela aperta o lado esquerdo do peito. Aí dá uma sensação, assim, de falta de ar aí dá uma parada, assim, para respirar normal, só isso (T2, ajudante de agropecuária).

Nunca tive problema de coluna assim, tive problema normal como qualquer um tem, depois desse acidente que eu fiquei desse jeito (T3, mecânico de manutenção de veículos).

De vez em quando sinto uma dorzinha, mas só às vezes, principalmente quando faz frio (T11, pedreiro).

Ainda dói um pouco, mas já consigo trabalhar (T13, chapeador).

Um acidente de trabalho pode fazer com que o trabalhador tenha limitações nas suas atividades profissionais e diárias. Sobre mudanças ocorridas no contexto familiar, apenas dois trabalhadores se referiram a esta temática:

A família teve que cuidar de mim por muito tempo. E como eu tive que parar de trabalhar ficou um pouco apertado. Mas agora está tudo bem (T11, pedreiro).

Ah, eu tenho esposa e filha. O seguro desemprego é pouco, então ficar sem trabalhar foi um pouco difícil financeiramente (T15, pedreiro).

Notadamente, o trabalho influencia nas condições de vida e de saúde de cada indivíduo e de seus familiares. É fato que grande parte dos trabalhadores chega a passar mais tempo no trabalho do que com os próprios familiares. Além da centralidade que o trabalho representa no cotidiano de vida dos trabalhadores, há os impactos econômicos no sustento de si e da família. Frente a um ATG, além da dor física e do sofrimento, as perdas financeiras e os gastos com tratamento de saúde

podem acarretar outros desdobramentos na família.

O apoio da família pode tornar a recuperação mais rápida e eficaz. Em decorrência, é importante que impactos pessoais e familiares sejam avaliados para a oferta de intervenções voltadas às melhorias na qualidade de vida de todos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ATG pode gerar diversas consequências para o trabalhador, dentre os quais os impactos físicos, sociais, financeiros e psíquicos. Os serviços de saúde que acolhem o acidentado, como as UPAs, hospitais, serviços de resgate e CEREST, assim como o sistema previdenciário, precisam atuar em conjunto a fim de prestar um atendimento integral ao trabalhador.

Um acidente de trabalho não é algo que acontece por “acaso”, pelo “destino” ou por “azar”. Todavia, foi um grande desafio interpretar as compreensões dos trabalhadores no que se refere à causalidade dos ATG, uma vez que em cada história há dimensões da organização e das condições do trabalho que nem sempre são ditos por medo de que haja repercussões prejudiciais em sua vida profissional ou talvez não sejam compreendidos pelo trabalhador tendo em vista os mecanismos institucionais que operam no sentido de reproduzir as condições do trabalho e de sua organização. Além disso, é importante considerar que as lembranças do acidente podem gerar angústia e sofrimento para os trabalhadores.

A causalidade dos acidentes é vista como fatalidade, culpabilidade e, em alguns casos, relacionada às condições de trabalho. A culpa é expressão da responsabilização do próprio trabalhador pela ocorrência do acidente. Por sua vez, a fatalidade retira da empresa a responsabilidade pelo ATG. Ambas as abordagens não resultam em mudanças no ambiente, na organização e nas condições de trabalho, observadas por exemplo, nos vários relatos de que não ocorreram mudanças após o acidente. Assim, um dos principais desafios na abordagem do ATG é equacionar a ocorrência individual dos acidentes à abordagem coletiva contribuindo para alterações que gerem melhorias para todos os trabalhadores.

As práticas profissionais e os discursos que circulam no mercado de trabalho influenciam a forma como o trabalhador visualiza, percebe e recebe as informações sobre segurança no trabalho. Os depoimentos dos trabalhadores reforçam a necessidade de mudanças que levem empregadores

e trabalhadores a adotarem medidas protetivas.

O estudo revelou que os trabalhadores da rede SUS podem desempenhar papel significativo no acesso aos direitos trabalhistas. Os entrevistados evidenciaram que estes trabalhadores têm envidado esforços para compreender se os acidentes são relacionados ao trabalho e esclarecido os usuários para a emissão da CAT. Cabe ampliar tal abordagem e valorizar a contribuição das instituições de saúde para o acesso aos direitos trabalhistas, especialmente por termos encontrado situações em que os empregadores omitem suas responsabilidades e manipulam os acidentados para que eles não busquem seus direitos trabalhistas.

Alguns trabalhadores relataram dores físicas que comprometem sua vida cotidiana e limitam seu desempenho profissional. Isso demonstra que o retorno ao trabalho pode ser difícil devido às incapacidades parciais que são consequências de um ATG. Tais situações acenam para a importância do acompanhamento dos desdobramentos do ATG, especialmente porque as queixas dos trabalhadores vítimas de ATG se referem não aos primeiros atendimentos na Rede SUS, mas às dificuldades para acessar os serviços especializados em momentos posteriores. Neste intento, a investigação dos acidentes de trabalho pelo CEREST pode contribuir sobremaneira para a Vigilância em Saúde do Trabalhador e para o aprimoramento da rede SUS.

No que tange aos direitos trabalhistas, a pesquisa evidenciou desafios para garantir o acesso aos direitos. Atualmente, com o desmonte operado pela reforma da previdência é de se esperar o agravamento de desproteção e de precarização já anunciado no momento da construção de dados.

Embora os resultados deste estudo não sejam generalizáveis, em decorrência da metodologia empregada e por explorarem as experiências de trabalhadores de um município mineiro, revelam a importância de ampliar a escuta dos trabalhadores como forma de aprimorar o atendimento aos acidentados no SUS e instituir canais de comunicação entre as diversas instituições de saúde e da previdência social de modo a garantir o acesso aos direitos.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Leandra. **Análise de acidente de trabalho sob uma perspectiva organizacional:** estudo de caso no setor ferroviário. Dissertação (mestrado), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018, 94p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6139/tde-15062018-132046/publico/LeandraAntunesREVISADA.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ANTUNES, Ricardo. A corrosão do trabalho e a precarização estrutural. In: NAVARRO, Vera Lucia; SOUZA, Edvânia Ângela de (orgs.). **Avesso do trabalho III:** Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Expressão Popular/FAPESP, 2013. p. 19-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico de acidentes do trabalho:** AEAT 2017.v.1, Brasília: MF, 2018a. 996 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora.** Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 136 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.125, de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. **Portaria nº 1.125, de 06 de julho de 2005.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1125_06_07_2005.html. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf

BRASIL. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do

Trabalhador e da Trabalhadora. **Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 26 jan. 2021.

CAMPOS, Adriana Guerra; GURGEL, Aline do Monte. Acidentes de trabalho graves e atividades produtivas nas regiões administrativas de saúde em Pernambuco: uma análise a partir da identificação de aglomerados produtivos locais. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, e15, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e15.pdf> Acesso em: 09 mar. 2021.

CARDOSO, Jorge; AREOSA, João; VELOSO NETO, Hernâni. Impacte do acidente de trabalho grave na vida do trabalhador. **CESQUA** - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente, v. 1 n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.cesqua.org/index.php/cesqua/article/view/45/30>. Acesso em: 09 mar. 2021.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alve; MEDEIROS, Soraya Maria de; MATA, Matheus de Sousa; CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira; CAVALCANTE, Eliane Santos; OLIVEIRA, Lannúzya Veríssimo. Acidentes de trabalho grave no Rio Grande do Norte: estudo transversal. **Online braz j nurs**, 2015 dez.; 14 (suppl.):543-55. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5221>. Acesso em: 09 mar. 2021.

COSTA, Cândida da. Morte por exaustão no trabalho. **Caderno CRH**, Salvador, v. 30, n. 79, pág. 105-120, abril de 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ccrh/v30n79/0103-4979-ccrh-30-79-0105.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antônio de; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.38, v.127, 2013, p. 11-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a03.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2021.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1988

JACQUES, Maria da Graça; JACQUES, Camila Corrêa. Acidentes de Trabalho e Implicações Psicossociais: Uma Discussão Introdutória. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 3(2), São João del-Rei, Mar. 2009. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/Jacques_e_Jacques.pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 15 ed. São Paulo: HUCITEC, 2017.

MORAES, Thiago Drumond; CUNHA, Kamilla Rocha; ANDRADE, Aleksandro Luiz de. Percepção de caminhoneiros sobre fatores associados à ocorrência de acidentes de trabalho. **Rev. psicol.**, Santiago, v. 28, n. 1, p. 28-41, jun. 2019. Disponível em:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v28n1/0719-0581-revpsicol-28-1-00028.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

OLIVEIRA, Fábio. **Acidentes de Trabalho e Práticas Discursivas** - Culpabilização e Resistência nas Relações de Trabalho. Curitiba: Juruá, 2019. 144p.

SILVA, Ana Paula Fernandes; NEGREIROS, Ana Cláudia Souza Vidal. A importância do programa 5S para a melhoria da qualidade de vida no trabalho: estudo de caso. **Humanidades & Inovação**, Tocantins, v. 7, n.16, p.472 – 481, out. 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2957>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SILVA, Juliana Lopes da. **Caiu no meu íntimo**: repercussões dos acidentes de trabalho na vida dos trabalhadores. Dissertação (Mestrado em Psicologia como profissão e ciência), Campinas, PUC, 2018. 117p. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/1028/2/JULIANA%20LOPES%20DA%20SILVA.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

UBERABA: Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: 2014-2017. Uberaba, 2017. 157p. Disponível em: http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

VELOSO, Cláudia Magarete Lacerda. **Formação profissional e segurança e saúde no trabalho**: um estudo sobre Acidentes de Trabalho na Construção Civil de Belo Horizonte/MG. 2013. 236 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Educação Tecnológica, Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: http://www.files.scire.net.br/atric/cefet-mg-ppget_upl/THESIS/203/cludia_veloso.pdf. Acesso em: 03 fev. 2021.

VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia; IGUTI, Aparecida Mari; ALMEIDA, Ildeberto Muniz. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 570-579, abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/26.pdf> Acesso em: 09 mar. 2021.

Reabilitação profissional no Brasil: o histórico no contexto do Sistema Único de Saúde

Keile Aparecida Resende Santos

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia

Keile.aparecida@inss.gov.br

RESUMO: A criação do Sistema único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) abraça o Bem-Estar Social, imputando a responsabilidade de intervenção do Estado na saúde, garantindo a igualdade de acesso a todos os cidadãos. Como consequência amplia-se o conceito de incapacidade baseado no modelo biopsicossocial de saúde propondo a implementação de um novo sistema integrado e intersetorial de reabilitação profissional (RP). Esse artigo se propõe a mostrar a evolução do serviço de RP com a conquista do SUS e as alterações por ele trazidas. Trata-se de um texto descritivo evolutivo da história da RP no Brasil antes e depois do SUS. O ganho com a chegada do SUS foi de grande monta, em especial, na igualdade de acesso à saúde e à alteração do conceito da incapacidade e suas repercussões no serviço de reabilitação profissional. Não obstante destoe a lógica do cuidado do SUS (assistência e prevenção) em relação à do INSS (agência seguradora), comprometendo o tratamento e a reabilitação profissional houve avanços, mas também retrocessos, que deverão ser trabalhados em prol da sociedade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde; Reabilitação Profissional.

Como citar este trabalho:

SANTOS, K.A.R. Reabilitação profissional no Brasil: o histórico no contexto do Sistema Único de Saúde. In: SILVA, V.P.S (Org.). 30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2023. 159. p. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260128>

INTRODUÇÃO

A preocupação e o compromisso com a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos trabalhadores têm sido objeto de debates e estudos ao longo de décadas. Conhecer a patologia do trabalho e seus determinantes de natureza econômica, política, tecnológica, atrelados ao modo de pensar, investigar e agir permite reconstituir os caminhos perpassados da medicina social para o da higiene e, por sequência, uma medicina de seguro e de saúde pública.

O trabalho e as doenças dos trabalhadores

Ao deslocar o eixo da patologia do trabalho para o lado de uma medicina de seguro, houve o estreitamento da ótica das doenças dos trabalhadores, termo esse introduzido por Bernardino Ramazzini, no século XVIII, para o das doenças profissionais, equivalentes aos acidentes de trabalho. O acidente do trabalho é o ocorrido pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo trabalho do segurado especial representado pela pessoa física residente no imóvel rural ou em aglomerado urbano ou rural próximo a ele que, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de terceiros, provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991a).

Diante desse contexto e necessidade de uma visão ampliada do binômio trabalhador-trabalho emerge a Saúde do Trabalhador (ST) e as políticas públicas de seguridade social. A ST contempla largamente os aspectos das relações que se estabelecem no trabalho. Esse processo de amadurecimento da medicina do trabalho permitiu a mudança de foco da análise em saúde ocupacional para a ST, transformando para o enfoque do processo saúde-doença (MENDES; DIAS, 1991).

Vale ressaltar que essa nova abordagem vem em resposta aos movimentos sociais e da necessidade de avaliação dos fatores de adoecimento na complexidade em que se apresentavam (MENDES; DIAS, 1991; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Contexto histórico da reabilitação profissional no Brasil

A legislação securitária (BRASIL, 1944) trazia inicialmente o termo “readaptação profissional” e “reaproveitamento do empregado acidentado”, tendo como objeto restituir-lhe, no todo ou em parte a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas. Ademais a forma expressa para alcançar esse objetivo seria determinada em regulamento mediante a prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora e do ensino conveniente em escolas profissionais especiais, o que retrata a limitação da capacidade laboral tão somente física, conseqüente a acidentes de trabalho traumáticos e com práticas terapêuticas simplificadas.

Cabia às antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923, criadas pela lei Eloy Chaves, a qual é conhecida como base da previdência social brasileira e substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias por categorias profissionais criadas em 1930, a execução de tais práticas. Os IAPs mantinham a exigência de contribuição trabalhista para a garantia do benefício, que era discriminado de acordo com a categoria profissional. Em 1966, foi criado o INPS, unificando os IAPs e centralizando a previdência social. Com a integração do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) na previdência social em 1967 o Estado assume o monopólio desse seguro, tornando-se responsável pelos programas de prevenção de acidentes e de reabilitação profissional (RP), sem manifestação expressa em seu texto quanto à execução desse programa. Entretanto a fonte de custeio torna-se responsabilidade exclusiva da empresa. No ano de 1976 a reabilitação profissional é reconhecida como um direito do acidentado do trabalho (BRASIL, 1976).

Até o final da década de 80, cabia ao Ministério da Previdência Social, através dos extintos Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica e Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da unificação dos diversos institutos pré-existentes, a assistência integral aos trabalhadores afastados do trabalho em razão de doença ou acidente de trabalho, que compreendia tratamento médico cirúrgico, reabilitação física (fisioterapia, terapia ocupacional e ainda assistência psicológica) e a RP.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) traz grandes modificações, cujos alicerces perduram até a presente data. Estabelece o sistema de Seguridade Social, como objetivo a ser alcançado pelo país, atuando simultaneamente na assistência social, saúde e previdência social, sendo as duas

primeiras sem custeio por parte do trabalhador. De acordo com a CF/88, as ações na área de saúde, destinadas a oferecer uma política social com a finalidade de reduzir riscos de doenças e outros agravos, ficará a cargo do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter descentralizado, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade firmados na própria Constituição.

A lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, define em sequência as atribuições do SUS (BRASIL, 1990). A reabilitação física, abarcada por serviços médicos e paramédicos, sejam eles hospitalares e ou ambulatoriais, passa a ser competência do SUS, enquanto a previdência social, representada pela autarquia Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) se responsabilizará pela RP com a reinserção ao mercado de trabalho e pagamento dos benefícios durante o período de afastamento laboral.

Inicia-se aqui um novo cenário, contemplado não só pela previdência social, mas principalmente por políticas públicas de saúde a serem definidas pelo Ministério da Saúde. O SUS rompeu definitivamente com o padrão político anterior, assumindo o compromisso de proteção social abrangente e imputando ao Estado o dever de promover a atenção à saúde mediante políticas sociais e econômicas, que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Ocorreu, portanto, a descentralização do poder decisório do governo federal para os vários níveis federal, estadual e municipal, sendo as responsabilidades redistribuídas quanto às ações e aos serviços de saúde (BAPTISTA, 2005; FALEIROS, 2006).

Embora houvesse todo um esforço legislativo e o anseio popular, com mobilizações sociais, para o funcionamento preciso do serviço de reabilitação e reinserção do reabilitado no mercado de trabalho o programa foi alavancado tão somente em 2008 com a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF inverteu o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade para uma óptica positiva, considerando as alterações funcionais e ou de estrutura do corpo que o indivíduo reabilitado pode desempenhar, assim como sua participação social (FARIAS; BUCHALLA, 2005). O NASF trouxe ainda a alteração da nomenclatura de “pessoa portadora de deficiência” para “pessoa com deficiência”, esclarecendo que a pessoa com deficiência tem deficiência e não porta ou carrega consigo a deficiência.

Enquanto o SUS trabalha a reabilitação profissional com acesso universal, no Ministério da Previdência Social esse acesso é limitado a uma clientela (Brasil, 1999a). O Decreto 3048/99 (BRASIL, 1999b), que regula a principal Lei de legislação de benefícios previdenciários (BRASIL, 1991b), traz em seu texto um capítulo específico para o atual programa habilitação e RP, com um conteúdo ampliado em execução, acompanhamento e reinserção do reabilitado no mercado de trabalho.

O caminho percorrido pelo trabalhador durante o processo de reabilitação profissional que a princípio surge como uma solução para o enfrentamento da doença e suas sequelas, torna-se muitas vezes árduo e doloroso, uma vez que o afasta das funções anteriormente exercidas e passa a desempenhar funções alheias à sua formação e experiência profissional, gerando novas dificuldades que impactam até mesmo na sua identidade profissional (FARIAS; MIGUEL, 2019). A proposta é reinserção no mercado de trabalho e não apenas a recolocação e desamparo em sequência.

No INSS, autarquia responsável pela RP, o trabalho de reabilitar, incluindo a análise da função oferecida pelas empresas para recolocação no mercado de trabalho era realizado por uma equipe multidisciplinar. Entretanto a partir de 2019, a perícia médica deixou de realizar a análise da compatibilidade da função, transferindo essa responsabilidade tão somente para os demais profissionais que compõe o programa (BRASIL, 2019). Entende-se que houve uma dissimulada fragmentação na equipe e conseqüente retrocesso para o reabilitando uma vez que doença, comorbidades, tratamento, limitações funcionais e avaliação do posto de trabalho serão definidas de maneira mais acertada com a visão da antiga equipe multidisciplinar, cujos olhares se complementam.

CONCLUSÃO

A Saúde pública e securitária perpassou diferentes fases ao longo da história brasileira, vislumbrando um salto na saúde, e aqui em especial do trabalhador, com a criação (SUS) pela Constituição de 1988.

Notadamente a temática da pessoa com deficiência se consolidou e diversas legislações surgiram a fim de estabelecer regras e organizar o funcionamento dos serviços de reabilitação

profissional. Entretanto a divergência entre a lógica do cuidado do SUS (assistência e prevenção) e a do INSS (agência seguradora) repercute em contradições e conflitos cotidianos, os quais comprometem o tratamento e a reabilitação profissional. A superação dos impasses referentes à deficiência da reabilitação profissional passa necessariamente pela compreensão do mundo do trabalho contemporâneo e pela importância das práticas de prevenção de agravos em todos os níveis de intervenção. Nesse contexto, é oportuna a discussão sobre a interdisciplinaridade e multidisciplinariedade na definição da incapacidade e condições de RP.

A reabilitação profissional, enquanto fonte de reinclusão social e reinserção dos trabalhadores deficientes no mercado de trabalho, provém de conquistas sociais em busca do estado de bem-estar social, o que exige diretrizes claras por parte do Estado, enquanto condutor desse processo, com definições conceituais, legais e intersetoriais. Sobretudo, urge que a Previdência Social incorpore no seu conceito de excelência, de forma efetiva, o caráter protetivo do trabalhador, com políticas de adequada avaliação da limitação funcional, avaliação da capacidade laboral residual, avaliação de postos de trabalho e quando possível um trabalho de RP com visão ampliada para o biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

DECRETO-LEI Nº 7.036, de 10 de novembro de 1944. **Reforma a lei de acidentes do trabalho.** Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036.htm>> Acesso em: 10 de abr. 2021.

LEI Nº 5.316, de 14 de setembro de 1967. **Integra o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social, e dá outras providências.** *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 18 set. 1967. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1967/5316.htm>> Acesso em 10 de abr. 2021.

DECRETO Nº 79.037, de 24 de dezembro de 1976. **Aprova o regulamento do seguro de acidentes do trabalho.** *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 dez. 1976. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1976/79037.htm>> Acesso em 10 de abr. 2021.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. **Constituição.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 15 de abr. 2021.

LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 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 12 de abr. 2021.

LEI Nº 8.213, de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8213cons.htm>>. Acesso em: 10 de abr. 2021.

DECRETO Nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências**. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 7 maio 1999. Republicado em 12 de maio de 1999. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em 10 de abr. 2021.

DECRETO Nº 9.746, de 8 de abril de 2019. **Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9746.htm>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BAPTISTA, TWF. **O direito à saúde no Brasil**: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. Pp. 11–41. [Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde].

FALEIROS VP; SILVA JFS; VASCONCELLOS LCF; SILVEIRA RMG. **A construção do SUS**: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

FARIAS N, BUCHALLA CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**. 2005, p187.

FARIAS J.V; MIGUEL, J.R. Readaptação Funcional: Uma voz silenciada no canto da Escola. **Rev. Mult. Psic**. V.13, N.44, pp.301-302, 2019.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, pág. 341-349, outubro de 1991. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 de abril de 2021.

OLIVEIRA, BRG; MUROFUSE, NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. Latino-Am**.

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, Jan. 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12. de abr. 2021.

Sofrimento psíquico no trabalho: perspectivas de servidores públicos federais

Mariana de Oliveira Rebello

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
marianaoliveira@ufu.br

Rosimár Alves Querino

Doutora em Sociologia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
rosimar.querino@uftm.edu.br

RESUMO: Objetivou-se compreender o modo como servidores públicos federais atendidos em Serviço de Acolhimento Psicossocial (SAP) relacionam dimensões da organização do trabalho na instituição, com seu sofrimento psíquico. O estudo descritivo, com metodologia qualitativa, envolveu treze servidores atendidos no SAP em 2019. A análise de conteúdo temático das entrevistas resultou em quatro categorias: organização do trabalho; sobrecarga de trabalho; relação entre pares e com chefias; e, reconhecimento. O referencial teórico foi a Psicodinâmica do Trabalho. Os servidores percebem o trabalho como algo que dá sentido à sua existência, fonte de independência; sustento e criação de vínculos. A sobrecarga e o foco na produtividade reproduzem a lógica do mercado, geram relações hierarquizadas entre servidores e chefias e conflitos relacionais entre pares. Os participantes se reconhecem como sujeitos ativos no trabalho, embora relatem falta de reconhecimento. O estudo sinaliza a importância de atenção integral à saúde dos servidores e transformações na organização do trabalho.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Sofrimento.

Como citar este trabalho:

REBELLO, M.O.; QUERINO, R.A. Sofrimento psíquico no trabalho: perspectivas de servidores públicos federais. In: SILVA, V.P.S (Org.). 30 anos de Saúde do Trabalhador no SUS: Avanços e Desafios 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2023. 159. p. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920260136>

INTRODUÇÃO

As Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) têm suas particularidades e modos de gestão diferenciados por fazerem parte da administração pública federal. As relações de trabalho entre os servidores e o Estado são unilaterais e construídas de acordo com os interesses da administração pública. Esse fato marca a “forma de trabalhar” dos servidores públicos. Embora a autonomia universitária seja uma prerrogativa, as diretrizes e modelos de gestão adotados pelo Estado impactam diretamente no cotidiano dessas instituições (FONSECA et al., 2019).

As características de cada modelo de gestão influenciam as relações intersubjetivas no trabalho, provocando distintas configurações do par prazer-sofrimento (LOUREIRO; MENDES; SILVA, 2017). Na abordagem da Saúde do Trabalhador de IFES, observa-se a complexidade dessas instituições tendo em vista a amplitude das áreas de atuação, diversidade de profissões, funções e ambientes organizacionais, motivo pelo qual tem se desenvolvido estudos focalizados no trabalho, sofrimento e adoecimento de segmentos específicos, como técnicos em assuntos educacionais (TAE) (RAMOS; MACEDO, 2018; ANDRADE et al., 2015; MOTA; SILVA; AMORIM, 2020) e docentes (FORATTINI; LUCENA, 2015; GOMES, 2018; FONSECA et al., 2019).

Os servidores trazem uma história singular. Assim, como quaisquer outros trabalhadores, lidam a todo tempo com questões relacionadas ao trabalho que podem desencadear sofrimento psíquico (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010). Em decorrência, considera-se oportuno conhecer as experiências dos servidores públicos de modo a contribuir para a construção de estratégias de enfrentamento. Neste intento, foi delineada a questão norteadora do estudo: quais são as relações que servidores públicos federais atendidos em Serviço de Acolhimento Psicossocial estabelecem entre dimensões da organização do trabalho na instituição com o sofrimento psíquico? Para responder a tal questionamento, o presente artigo visou compreender o modo como servidores públicos federais atendidos em Serviço de Acolhimento Psicossocial relacionam dimensões da organização do trabalho na instituição com seu sofrimento psíquico.

O referencial teórico adotado é o da Psicodinâmica do Trabalho (PT) de Christophe Dejours. Pesquisas iniciais em Psicopatologia do Trabalho traziam a perspectiva de um corpo adoecido por danos físico-químico-biológicos dos postos de trabalho, abordavam questões de saúde mental

relacionados à fadiga, stress e afecções psicossomáticas. Aos poucos, esboçou-se um modelo teórico que pretende dar conta dos dados empíricos, tematizando o sofrimento no trabalho e as defesas contra a doença. Os indivíduos permanecem sujeitos de seu trabalho, pensam sobre sua situação e organizam sua conduta, seu comportamento e discurso (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010). O foco não são as “doenças mentais, mas as estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar normalmente a situação de trabalho” (DEJOURS, 2011, p. 152).

Na abordagem de Christophe Dejours, a psicopatologia do trabalho consiste na análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. O termo psicopatologia vem das raízes da abordagem psicanalítica de Freud e contém a raiz *pathos*, que remete à sofrimento e não só à doença ou loucura (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010).

O sofrimento, o prazer e a doença mental pertencem ao domínio do privado, do individual. Já o trabalho é de natureza fundamentalmente social. Nesse conflito privado-social, as pressões do trabalho são incapazes, por si mesmas, de emergir uma psicopatologia de massa, isso porque entre o trabalho e a doença mental interpõe-se o indivíduo, capaz de reagir e defender, defesas estas singularizadas em função do seu passado, história e da estrutura de personalidade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010).

Pensando no servidor público, o mesmo tem como singularidade a relação com o Estado. Tal relação de trabalho é, assim como nas instituições privadas, mediada pelo modelo de gestão. A literatura aponta que a gestão em instituições estatais tem sido permeada pela ideologia gerencialista (DIAS et al., 2019; TRAESEL; MERLO, 2014); altamente hierarquizada e tomada pela racionalização burocrática (NUNES; LINS, 2009) e pela precarização e intensificação do trabalho (TRAESEL; MERLO, 2014).

Embora as universidades tenham desempenhado papel fundamental na visibilidade da Saúde do Trabalhador, o fato é que, como explicitado por Fonseca et al. (2019, p. 342), “em que pese a manutenção da visão crítica sobre a sociedade [...] ainda parecem ter dificuldades para olhar para si mesmas, especialmente nas dimensões relacionadas ao campo do trabalho.”

Urge compreender as relações entre o sofrimento psíquico dos servidores públicos federais e o trabalho, de modo a contribuir para a construção de intervenções que sejam pautadas nas experiências desses trabalhadores. Neste sentido, considera-se que o processo de escuta de

servidores que demandaram, espontaneamente, pelo Serviço de Acolhimento Psicossocial, constitui-se como estratégia privilegiada para analisar as relações, dimensões da organização do trabalho e o sofrimento psíquico.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, com metodologia qualitativa no qual empregou-se a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado (MINAYO, 2017).

Cenário do Estudo

O cenário de estudo foi o Serviço de Acolhimento Psicossocial (SAP). O SAP é um serviço de plantão psicossocial, ofertado por psicólogos e assistentes sociais e disponível aos servidores ativos ou aposentados com o intuito de acolher demandas em saúde mental em momentos de vida nos quais os mesmos percebem a necessidade de serem acolhidos.

O plantão psicossocial ocorre no contexto do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) cuja sede é uma IFES da Região Sudeste do Brasil. O atendimento no SAP envolve até quatro sessões e pode resultar em: alta; encaminhamento para outros programas e serviços ofertados no SIASS, inclusive atendimento em psiquiatria; orientações para acessar instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) ou utilizar a saúde suplementar, caso o servidor seja conveniado.

Participantes

Os sujeitos desta pesquisa foram servidores públicos de uma IFES da região sudeste do país atendidos no SAP de uma unidade SIASS. Os servidores públicos federais compõem o quadro de servidores da União e são respaldados pela Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais (BRASIL, 1990). A entrada no serviço público é feita por meio de concurso público. As duas categorias de servidores são os Técnicos Administrativos em Educação (TAE) e os Docentes.

Quanto à natureza do vínculo, os docentes ingressaram para carreira de magistério superior, respaldados pela Lei 12.772, de 28 de dezembro de 2012 e possuem uma carreira voltada ao ensino,

pesquisa e extensão (BRASIL, 2012). Os TAE atuam em diferentes setores da instituição e são servidores resguardados pela Lei 11.091 de 12 de janeiro de 2005, que dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das IFES vinculadas ao Ministério da Educação (BRASIL, 2005).

Os critérios de inclusão foram: atuar na instituição em regime estatutário como docente ou TAE; ter sido atendido ou estar em atendimento no SAP no ano de 2019; possuir 18 anos ou mais. Foram excluídos do estudo servidores que estavam afastados do trabalho por motivos de licença de saúde ou férias durante o processo de coleta de dados. O estudo adotou o critério de saturação de dados para encerramento da coleta (MINAYO, 2017).

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 02463718.3.3001.5152; parecer 3.150.911) e desenvolvida no contexto do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia.

O contato para participação no estudo foi realizado individualmente. Cada servidor foi esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e o processo de construção de dados. Os horários e locais para as entrevistas foram pactuados individualmente. Dos 15 convidados, 13 compareceram ao encontro. Em virtude do caráter voluntário da adesão ao estudo e de o SAP ser um serviço que acolhe os servidores em momentos de sofrimento e fragilidade, as pesquisadoras não insistiram nesse contato.

A leitura, os esclarecimentos e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido ocorreram antes do início da entrevista. Foi entregue a cada participante uma cópia do termo. As entrevistas ocorreram no período de junho a julho de 2019 e tiveram duração média de 40 minutos. Primou-se pela garantia de condições de sigilo e privacidade aos entrevistados. Por tratar-se de tema relacionado à eventuais condições/situações de sofrimento psíquico, foram considerados os preceitos éticos e formas de amenizar quaisquer desconfortos.

Nos trechos citados neste capítulo são indicados nomes de flores atribuídos aos participantes seguidos pelo tipo de trabalho desenvolvido na IFES: técnicos profissionais da saúde (S), técnicos educacionais (E), técnicos administrativos (A) e docentes (D).

Análise de dados

As entrevistas foram áudio gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática conforme Clark, Braun e Hayfield (2019). No processo analítico, a leitura flutuante foi realizada de modo individualizado pelas pesquisadoras. De posse do mapeamento temático elaborado individualmente, procedeu-se à identificação de convergências e de divergências dos códigos. As divergências foram novamente avaliadas.

Tal processo resultou na construção de quatro categorias temáticas: Organização do trabalho; Sobrecarga de trabalho; Relações entre pares e com as chefias; Reconhecimento. À luz do referencial teórico da PT foi possível compreender tais categorias com o par prazer-sofrimento no trabalho conforme exposto a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos treze participantes do estudo e os nomes de flores empregados para designá-los visando garantir sigilo e privacidade.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes segundo sexo, idade, atuação e escolaridade

Pseudônimo	Sexo	Idade	Atuação	Escolaridade
Azaleia	Feminino	49	Saúde	Especialização
Camélia	Feminino	49	Saúde	Especialização
Girassol	Masculino	24	Administrativo	Superior
Jasmim	Feminino	64	Docente	Doutorado
Lavanda	Feminino	32	Técnico Educacional	Especialização
Lírio	Masculino	35	Administrativo	Especialização
Lótus	Masculino	29	Técnico Educacional	Mestrado
Margarida	Feminino	36	Administrativo	Especialização
Orquídea	Feminino	56	Técnico Educacional	Especialização
Peônia	Feminino	46	Docente	Mestrado
Rosa	Feminino	36	Técnico Educacional	Superior
Tulipa	Feminino	27	Administrativo	Ensino Médio
Violeta	Feminino	44	Saúde	Ensino Médio

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020

Dos treze trabalhadores, onze são TAE (84,63%) e dois docentes. Quanto à área de atuação, os participantes são três técnicos profissionais da saúde, quatro técnicos educacionais, quatro técnicos administrativos e dois docentes. O sexo feminino foi maioria (76,92%). A idade dos participantes variou de 24 a 64 anos. Predominaram servidores na faixa etária de 30 a 59 anos (69,23%) e com ensino superior/pós-graduação (84,61). No tocante à cor auto referida, 69,23% se auto declararam brancos/amarelos e 30,76% pretos/pardos. Em relação ao estado civil, 53,84% se declararam fora de união.

Organização do trabalho

Conhecer o modo como o trabalho é organizado na instituição leva a apreender se o mesmo está propiciando saúde ou adoecimento dos trabalhadores (PACHECO; SILVA, 2018).

Entende-se por organização do trabalho a divisão do trabalho, que é divisão das tarefas entre os operadores, o modo operatório prescrito; e a divisão dos homens, a repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle. A organização do trabalho atua a nível do funcionamento psíquico. A divisão das tarefas incita o sentido e o interesse no trabalho para o sujeito, enquanto a divisão dos homens solicita as relações entre pessoas e mobiliza investimentos afetivos, o amor e o ódio, a solidariedade, a confiança (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010).

Uma das formas para compreender como o trabalho está organizado é entender a discrepância entre organização prescrita e a organização real do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010). As situações de trabalho comum são submetidas a eventos inesperados, incidentes, incoerências organizacionais, imprevistos tanto da matéria quanto dos outros trabalhadores. Assim, sempre ocorre uma discrepância entre o prescrito e a realidade da situação (DEJOURS, 2008).

Essa é uma realidade na instituição estudada. Os participantes da pesquisa afirmam que as funções discriminadas nas descrições de cargos não se limitam ao que está acordado para o cargo, mas podem ir além do que é prescrito. Duas participantes que ocupam o cargo de auxiliar e técnico de enfermagem percebem uma discrepância entre prescrito e real:

Apesar de trabalhar como auxiliar de enfermagem, a gente desenvolve em tudo como técnico de enfermagem, e às vezes até algumas funções que cabe ao enfermeiro também (Violeta - S).

Eu presto cuidados ao paciente, eu lido diretamente com ele, assistência de enfermagem, auxiliar em um banho, na alimentação, medicação. Toda essa parte que cabe à enfermagem eu pratico aqui, é sempre com o paciente o meu trabalho (Azaleia - S).

Essa diferença é vista, também, por outra participante que atua como secretária:

Às vezes ligava alguém, por exemplo, do centro cirúrgico e falava: “- Eu preciso saber o peso, a idade e o tamanho da pessoa.”. Se eu não localizasse o enfermeiro e, na maior parte das vezes, eu não localizava, eu tinha que entrar no quarto, conversar com o familiar para descobrir essas informações. Então, por mais que eu tentasse fugir, não ter contato, pois sou secretária e não lido diretamente com o paciente, volta e meia eu tinha contato (Tulipa - A).

Para Dejours (2008), o sujeito conhece essa discrepância entre real e prescrito através do fracasso, de onde pode surgir um sentimento de impotência, irritação, decepção, desânimo. Nas palavras de Dejours (2008, p. 39), “trabalhar é preencher o espaço entre prescrito e efetivo e isso não pode ser previsto, é um caminho que deve ser inventado e descoberto pelo sujeito que trabalha”. Cabe, então, ao sujeito acrescentar por decisão própria algo que faça funcionar e não se limite às prescrições. Uma das servidoras sente falta do que vai além do prescrito e sugere algo para melhorar o real do seu trabalho:

Eu me sinto satisfeita por conseguir fazer as minhas funções e me sinto às vezes insatisfeita pelo trabalho. Eu acho, como eu vou te explicar, não é que o trabalho é pouco, qualquer pessoa faria, mas eu penso assim, eu me sinto bem por conseguir, e às vezes me sinto frustrada por fazer algo tão repetitivo (Rosa - E).

A hierarquia faz parte da organização dos homens e é primordial para a análise do trabalho como causa de sofrimento ou saúde. Dejours e Abdoucheli (2010) afirmam que há sempre um contexto intersubjetivo, ou seja, no trabalho há sempre as relações com os sujeitos e com os coletivos. A relação com a técnica é mediatizada pelas relações hierárquicas, relações de solidariedade, de subordinação, de formação, de reconhecimento, de luta e conflituais.

Pode-se perceber pelos relatos dos participantes que as relações hierárquicas dentro da instituição levam em conta a produtividade e, em alguns momentos, somente ela.

O pessoal aqui tem uma característica bem deles, vamos colocar peculiar, porque eles sempre têm aquela questão de produtividade, mesmo estando no serviço público. A gente presta serviço também. Então, eles querem ver um retorno (Lótus - E).

Lótus complementa ressaltando o real objetivo da instituição:

A frustração maior que eu tenho é, por vezes, meus parceiros assumirem uma postura de submissão e falar: “- Estamos aqui é para trabalhar de acordo com o que a chefia mandar.”. Eu acho que não. Estamos aqui para trabalhar para o público e ensinar os alunos, dar o máximo de conhecimento para eles, não enriquecer um ou outro (Lótus - E).

Ao mesmo tempo em que o homem é beneficiário, ele é também vítima do trabalho. Ou seja, há um paradoxo, os objetivos da produção para o mundo exterior à empresa são promessa de felicidade, enquanto no interior, podem ser motivo de infelicidade (DEJOURS, 2011, p. 150). Neste sentido, Violeta retrata as vivências na prestação de serviços de saúde e as cobranças por produtividade que incidiram em sua mudança de setor:

Quando a minha chefia pediu para eu sair do setor, falou como estava meu desempenho, que eu estava atrasando muito. Aí eu disse: “- Eu não estava dando conta mais de produzir aquilo que vocês querem.”. Eu não estava vendo mais incentivo (Violeta - S).

Há, também, vivências impositivas e veladas de hierarquia. Peônia expõe essas vivências trazendo a contradição da tomada de decisão pelos servidores em situações nas quais caberia aos gestores agir, o que acontece de forma velada e gera conflitos relacionais.

Muitas vezes a gente está tomando uma decisão que vai nos prejudicar ou prejudicar o colega e nós somos obrigados a fazer isso. Isso é outra coisa que atrapalha muito as questões relacionais dentro da instituição. Nós nos sentimos pressionados a falar que a culpa é nossa. Nós nos sentimos culpados por decisões que tem que ser tomadas e, muitas vezes, nós preferíamos que isso fosse tomado pela administração. [...] a última palavra é do diretor, às vezes não abertamente, mas talvez velada. [...] Eu vejo que, por mais que sutil, é uma determinação. Então, muitas vezes é uma coisa que é para ser de uma forma e acontece sempre de outra (Peônia - D).

Quando a hierarquia adota um estilo de direção normativo e prescritivo podem surgir graves conflitos relacionais, desorganização da cooperação, desconfiança entre os trabalhadores, o que conseqüentemente altera a qualidade da produção (DEJOURS, 2011). O modelo de gestão hierarquizado e burocrático e as relações impessoais de trabalho são a chave para o sofrimento dos trabalhadores, levando à falta de autonomia e frustração (BLEICHER; SAMPAIO, 2015).

Sobrecarga de trabalho

A relação do homem com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho. Contudo, não é possível quantificar uma vivência que é qualitativa. O prazer, a satisfação, a

frustração, não são equacionados por números. Assim, na impossibilidade de quantificar a carga psíquica, Dejours (2010) propõe a abordagem econômica do funcionamento psíquico.

O trabalhador é submetido às excitações externas (informações visuais, auditivas) e internas (pulsionais, inveja, desejo) e, assim, ele retém energia. Quando a excitação se acumula, torna-se a origem de uma tensão psíquica, nervosa; e as formas de descarga destas podem ser por via psíquica, com representações mentais, fantasias; motórica, como fuga, crise de raiva motórica, atuação de agressividade, violência; ou visceral, pelas vias do sistema nervoso autônomo e pela desregulação das funções somáticas (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993).

A sobrecarga de trabalho pode dar origem a tensões psíquicas. Quando perguntado aos participantes do estudo como eles se percebem em relação ao trabalho que desempenham, a maioria traz um acúmulo de atividades que gera desgastes psíquicos.

Eu acho que o difícil realmente são as lacunas interpessoais e o excesso de trabalho. A universidade é uma mãe muito perversa, porque o nível de exigência de um funcionário é grande demais. E se você tem ética, se você tem respeito, se você tem comprometimento, a coisa fica mais pesada (Jasmim - D).

Às vezes você trabalha duas semanas, três, cinco... um mês, dois meses, e você não tem uma hora de lazer. Então, você já parece um robô, mecânico. Eu estou de doze horas, saio daqui às sete da noite, amanhã já estou de novo e, depois, de novo. Até no final de semana, e vai passando e vai ficando tudo muito automático (Violeta - S).

A falta de servidores para a quantidade de demandas e público a ser atendido é algo que chama atenção. A energia psíquica se acumula e pode se transformar em fonte de tensão e desprazer, podendo aparecer a fadiga, a astenia e, posteriormente, a patologia. A fadiga é uma testemunha não específica da sobrecarga (DEJOURS, 2010). Percebemos nas palavras de Peônia, Rosa e Orquídea, sofrimentos e adoecimentos:

A questão de nós termos que substituir os nossos próprios colegas, porque há um adoecimento muito grande na minha área. Esse grande número de aulas que te falei, muitas vezes ele é aumentado, porque, se existe um professor que sai porque está com um atestado durante 10 dias e não tem ninguém para cobri-lo, quem vai cobrir é a própria área. Nós já temos uma carga horária muito alta e o horário que a gente tinha planejado para fazer determinada atividade [...], a gente tem que ir para a sala do colega (Peônia - D).

Eu fazia uma demanda [...] aí no meio disso aparecia muito mais coisa. Então, eu pensava: “-Eu tenho que fazer isso.”. Mas não conseguia e aquilo me causava ansiedade e ainda interferia no trabalho (Rosa - E).

Chega até doer na gente, quando a gente pensa assim: tem ata para fazer e eu não consigo. A próxima reunião já vai acontecer e eu não consigo fazer as atas (Orquídea - E).

Se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante, se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante (DEJOURS, 2010). No caso dos servidores participantes da pesquisa, os relatos trouxeram a fadiga, a energia acumulada que gera desprazer.

Você sente o peso, se tem uma gama de funções para exercer você deve exercer. Na verdade, a cobrança vem da instituição para nós e eu não me cobro, eu sinto a cobrança e sinto o dever (Jasmim - D).

Às vezes a gente está muito sobrecarregado e acha que a se a gente ir embora as coisas não vão desenvolver, tamanha é a responsabilidade e o vínculo que a gente tem. Parece que a gente faz parte dessa saúde, para poder melhorar, para poder ficar [melhor]. Isso sobrecarrega muito a gente (Violeta - S).

Para Dejours (2010), a organização trabalho é, de certa forma, a vontade do outro, pois é a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, a divisão dos homens. Assim, é o exercício de uma vontade, de dominar, explorar o outro. E o trabalhador fica submisso a isso, o que pode aumentar a carga psíquica do trabalho como nas palavras de Peônia:

Um outro problema que eu vejo que nós temos, é que nós somos divididos por áreas, por matérias, por disciplinas. [...] tem algumas áreas que tem uma carga horária muito menor que a gente. Estamos numa constante luta, tentando conseguir professores que nos ajudem, para conseguir uma isonomia no número de aulas e todas as vezes que a gente luta por isso, é um desgaste emocional muito grande (Peônia - D).

Estou trabalhando num setor que tem muito serviço, muita responsabilidade e que às vezes tudo é para amanhã. Eu fui trabalhando e sentindo até um pouco de preocupação: “- Será que vou dar conta?”. Mas nunca reclamei administrativamente, ir lá na diretoria e reclamar que estou trabalhando muito (Orquídea - E).

Em se tratando da carga psíquica, o perigo é a subutilização ou repressão das aptidões psíquicas, fantasiosas ou psicomotoras, que ocasiona a retenção da energia pulsional. O bem-estar psíquico não provém da ausência de funcionamento, mas do livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Se o trabalho favorece isso, será fator de equilíbrio, se opõe, será fator de sofrimento e doença (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993).

Relações entre pares e com chefias

Os participantes da pesquisa têm visões diferentes quanto à instituição possuir um ambiente

favorável às relações de trabalho. Alguns deles referem não ser um ambiente favorável e mediador de saúde, mas sim de sofrimento.

Um dos grandes pesos que temos na academia é a fogueira de vaidades [...] é muito complicado o fato de você ter uma carreira sólida, é muito complicado você ter uma carreira que chegou ao topo e é um grande aprendizado você conviver com isso, o que gera no outro de ruim, o que traz pra você de negativo, o que traz pra você de relações complicadas [...] sai da questão da competência institucional e passa para uma inveja, um ciúme e isso tem um peso muito grande na medida que você vai subindo, mas a gente vai fazendo cara de paisagem e vai dando certo (Jasmim - D).

Não é um ambiente legal, não é um ambiente harmônico, por mais que na fachada tentem passar uma questão de harmonia, a gente vê muita reclamação, chegando até a discussões propriamente ditas e conflitos de ideias e posicionamentos (Lótus - E).

As pessoas, que compõem a mesma equipe, parecem ter uma melhor relação entre si do que quando pensamos em áreas, diretorias ou setores diferentes.

A questão humana a gente sente. Eu sinto uma falta muito grande. Gostaria de ter um relacionamento melhor com meus colegas das outras áreas. Agora em relação à área, nós temos uma amizade bem legal. A gente se encontra, a gente vê que temos problemas, mas tem sempre um tentando apurar, segurar, acolher o outro e isso é muito bacana dentro da área (Peônia - D).

Mesmo pertencendo à mesma diretoria, já aconteceu de precisar de ajuda de outro setor ou colegas e não ser atendida muito bem. Por outro lado, outros colegas superaram minhas expectativas (Margarida - A).

Embora haja sofrimento, como já relatado anteriormente, ele implica em estado de luta do sujeito contra as forças ligadas à organização do trabalho que empurram às patologias (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010).

Ao tratar do relacionamento entre os pares, os participantes descrevem suas relações como positivas, referem ter amizades que vão além da rotina do trabalho e isso ser grande suporte e vínculo.

É bom fazer amizade e aumentar o ciclo de amizades, e às vezes a gente passa por alguns problemas fora daqui, então muitas vezes é até uma distração (Violeta - S).

As nossas confraternizações, a amizade aqui do pessoal, a empatia que um tem com o outro (Margarida - A).

Tem dificuldades como todos os outros lugares, mas eu gosto daqui, porque aqui eu fiz amizades muito boas. Eu fico muito feliz porque tenho colegas de trabalho, têm algumas aqui que considero amigas para a vida inteira (Azaleia - S).

Nós temos uma equipe muito boa, o relacionamento entre nós é excelente. A gente

se ajuda muito, se preciso de alguma coisa e não estou dando conta, uma faz e vice-versa (Rosa - E).

No que se refere aos relacionamentos com chefias, os participantes relataram abertura por parte das coordenações no que se refere a poder propor novas ações e abertura ao diálogo.

A gente fez uma proposta para a diretoria de fazer uma distribuição, ter metas de trabalho, metas de entrega, e foi super receptivo. Eu achei um máximo. Eles aceitaram, ficaram empolgados e agora a gente vai colocar o plano em ação (Tulipa - A).

[...] a gestão de pessoas seria feita pela minha chefia imediata e a cada dois anos muda. Então, é muito relativo, começou uma agora. Ela chegou e conversou comigo e para mim foi muito importante. Então, isso me passou confiança de chegar nela e expor o que eu sinto, ou algo que eu não goste (Lavanda - E).

Relações de trabalho favoráveis são fatores mediadores de saúde. Favorecem um campo de ação ao trabalhador onde ele pode concretizar seus desejos, ideias, aspirações (DEJOURS; DESSORS; DESRIUAUX, 1993). A reflexão de Rosa nos traz o quanto o trabalho é central na vida dos indivíduos e quanto as relações nos impactam:

Eu tenho uma convivência muito boa com o pessoal do meu setor. Nós almoçamos juntos, a gente é outra família, porque passamos mais tempo juntos do que com nossos entes em casa (Rosa - E).

É uma temática que precisa ser cuidada no que diz respeito a resistir às pressões psíquicas do trabalho.

Reconhecimento

Para Gernet e Dejours (2011), o trabalho real não pode ser apreendido como um objeto separado daquele que o realiza. A contribuição do sujeito individual e, também, no coletivo faz parte do processo de trabalho e muito importa para que o trabalho seja executado.

O reconhecimento do trabalho participa da realização do "eu" no campo social. A partir daí, compreende-se que pelo trabalho é possível estabilizar a identidade e conjurar em risco de doença mental e somática (GERNET; DEJOURS, 2011).

O trabalho foi colocado pelos participantes da pesquisa como algo essencial em suas vidas, que traz o sentido da vida de forma subjetiva, da existência humana, do estar com os outros. Neste sentido, Violeta e Jasmim expuseram que:

Eu gosto de vir trabalhar para eu ver que existem pessoas que estão sofrendo, que precisam de mim, para eu poder dar um novo sentido na minha vida também e

continuar lutando. (Violeta - S).

Eu não reclamo. Eu gosto demais do que faço, mesmo sendo muita coisa, eu não sei quando que eu passei um final de semana sem trabalhar (Jasmim - D).

O trabalho também é visto com um sentido de reprodução da vida material, independência financeira, estabilidade e sustento da família.

É uma das minhas prioridades, é daqui que ganho o meu pão e é onde eu busco sustento para mim e para os meus filhos (Violeta - S).

Sem trabalho não dá para viver. Para mim, trabalhar é importante, muito importante, tanto que eu trabalho desde os meus 15 anos, pois sempre quis ser independente financeiramente e passar num concurso foi uma vitória muito grande (Lavanda - E).

Quando o indivíduo não se vê reconhecido e valorizado em seu trabalho, podem haver sentimentos negativos que levam ao sofrimento. O sentimento de desvalorização, reportado pelos participantes, impacta diretamente no sentido do trabalho e na saúde do indivíduo. Lírio expõe sobre isso:

A questão de o servidor ser considerado um número, eu sei que isso é [visto como] normal, mas não deveria ser [...]. A gente escuta: “-Ninguém é insubstituível!”. Realmente ninguém é insubstituível, mas eu acho que é uma defesa que nós temos, acreditar que nós somos diferentes (Lírio - A).

O trabalho é atravessado e estruturado pelas relações sociais de dominação que pesam sobre a subjetividade do sujeito e a identidade pode ser abalada (GERNET; DEJOURS, 2011). Lírio complementa sua fala e faz pensar como isso é presente. Para ele, ser considerado um número é desestabilizador, ele questiona qual a razão do existir se “somos só mais um”.

Eu pensava que era diferente, na verdade eu sei que eu sou, mas a administração, não. Acho que, em todos os ambientes em que existam pessoas, somos mais um, mais uma. E de novo a gente cria essa falsa ideia de que nós somos diferentes. Acho que é para a gente se proteger, porque se você não se considerar diferente, qual é a razão? (Lírio - A).

Em PT, o reconhecimento do trabalho passa por duas formas de julgamento, que demonstram o valor dado pelo outro à contribuição do sujeito para o trabalho. A primeira delas é relativa à utilidade técnica, social ou econômica, e é formulada pela hierarquia, funcionários, clientes. A segunda é a apreciação quanto à beleza do trabalho. Refere-se à qualidade do trabalho, e é acompanhada pelos colegas de trabalho, refletem a execução, as regras do ofício (GERNET; DEJOURS, 2011).

Por parte dos colegas, segundo Peônia, parece não haver reconhecimento e apoio ao trabalho do outro, da outra equipe.

Falta de reconhecimento das outras áreas, isso acaba com o nosso ambiente. A gente passa pelo corredor, a gente se cumprimenta, fala oi, mas não temos um vínculo com essas pessoas, porque a gente vê uma desvalorização muito grande com nossa área. [...] essa área é a que tem a maior carga horária da escola e nós vemos que nós somos desvalorizados [...] perante as outras áreas. O tempo todo tem alguém dizendo que somos menores (Peônia - D).

É por intermédio das apreciações do trabalho, do reconhecimento pelo outro que vão sendo criadas novas formas de fazer que fogem dos procedimentos clássicos, padronizados; vão sendo criadas novas “técnicas” que podem ser institucionalizadas (GERNET; DEJOURS, 2011). Contudo, caso esse reconhecimento seja abalado, isso vai sendo desconstruído, podendo gerar ambivalência de sentimentos, como vemos na expressão de Jasmim (D): “A universidade é pesada, não é para iniciantes, não é para amador, mas sem ela eu não sei o que eu faria.

A identidade é a “armadura da Saúde Mental” e sempre permanece incompleta. A maioria dos sujeitos não constrói a identidade unicamente por si mesmo e, por isso, tem constante necessidade de confirmação pelo olhar do outro (GERNET; DEJOURS, 2011).

Assim o reconhecimento é um fator de mediação de saúde. Sofrimento, nesse caso, se refere a vivência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o bem-estar psíquico, ou seja, sofrimento compatível com a normalidade e com o equilíbrio psíquico, mas que implica uma série de procedimentos de regulação (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou aspectos importantes mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Há uma discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Esse espaço é gerador de sofrimento, já que vai além das tarefas dimensionadas para o cargo, e os sujeitos precisam adaptar a essa realidade do trabalho.

No que diz respeito à hierarquia, a visão de produtividade destacou-se na perspectiva dos servidores, principalmente vinda dos cargos de direção. O trabalho com foco na produtividade reproduz a lógica do mercado na instituição federal. Quanto às relações hierárquicas, percebe-se vivências impositivas e veladas por parte de direções e chefias, o que gera conflitos relacionais entre

os pares, desorganização e, conseqüentemente, diminuição da qualidade do trabalho.

As vivências dos servidores são permeadas pela sobrecarga de trabalho que gera tensões psíquicas, acúmulo de atividades e, conseqüentemente, sofrimento. Os participantes avaliam que há falta de pessoal considerando o volume de atividades e o público a ser atendido.

Os servidores se veem como sujeitos ativos em seu processo de trabalho, porém quando não ocorre o reconhecimento do trabalho, não se sentem valorizados quanto as suas características pessoais, se sentem muitas vezes apenas como “um número”, que pode ser substituído a qualquer tempo. A falta de reconhecimento não é vista apenas nas relações hierárquicas, mas também entre os pares.

Na visão dos participantes, o trabalho traz sentido à vida, à existência humana. O sentido do sustento, da independência financeira e estabilidade também são significantes no trabalhar na instituição. Contudo, relações de trabalho podem ser fonte de sofrimento para os servidores. Percebe-se que há uma melhor relação profissional entre os pares, colegas de setores mais próximos; e relações difíceis, de pouca cooperação entre áreas e setores. Os servidores afirmam ter vínculos sedimentados de amizade, que oferecem suporte frente às dificuldades. Os relacionamentos com chefias parecem ser abertos com vistas a propor ações e, também, ao diálogo.

O estudo evidenciou o quanto a organização do trabalho incide no funcionamento psíquico, pois a todo tempo os servidores são investidos de regras, estatutos a seguir, hierarquias, comando, controles, repartição de responsabilidades, vivências subjetivas, relacionais que influenciam o ambiente privado, familiar, profissional e social. As vivências de trabalho intercorrem entre o sofrimento e o prazer e, no caso dos participantes da pesquisa, perpassam intensamente pelo sofrimento.

O estudo traz contribuições para a compreensão das relações do sofrimento psíquico de servidores públicos federais com a organização do trabalho. Ainda assim, os dados devem ser interpretados considerando-se suas principais limitações. O delineamento qualitativo e transversal, não permite estender os resultados para outras IFES. Por fim, as áreas de atuação dentro da instituição são vastas, exigindo estudos com ênfase em cada categoria profissional ou ambiente organizacional. Todavia, entende-se que o olhar panorâmico construído a partir das vivências dos diversos servidores possa contribuir com um mapeamento das faces do sofrimento psíquico nas

instituições federais de ensino de forma a delinear novos estudos.

REFERÊNCIAS

Andrade, T. F. *et al.* Valores humanos e satisfação no trabalho de professores e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública. **Revistas psicologia: organizações e trabalho**, Brasília, DF, v. 15, n. 4, p. 397-406, out./dez. 2015. DOI:

<https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2015.4.486>. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v15n4/v15n4a07.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BLEICHER, T.; SAMPAIO, J. J. C. Propuesta de actuación en atención psicosocial para el funcionario público federal brasileño. *In: ALCÁNTARA, M. S. et al. (coord.). Efectos psicosociales de la crisis laboral y la precarización del trabajo*. México: UAM, 2015. p. 399-410.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF, 11 dez. 1990. Este texto não substitui o publicado no DOU de 12.12.1990 e republicado em 18.3.1998. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreiras e Cargos de Magistério Federal; sobre a Carreira do Magistério Superior, de que trata a Lei nº 7.596, de 10 de abril de 1987 [...]. Brasília, DF, 28 dez. 2012. Este texto não substitui o publicado no DOU de 31.12.2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12772.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Brasília, DF, 12 jan. 2005. Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.1.2005. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

CLARK, V.; BRAUN, V.; HAYFIELD, N. Análise temática. *In: SMITH, J. A. Psicologia qualitativa: um guia prático para métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Vozes, 2019. p. 295-327.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, maio/jun. 1993. Disponível em: https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901993000300009.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

DEJOURS, C. Avaliação: uma problemática hesitante. *In:* SZNELWAR, L. I.; MASCIA, F. L. (org.). **Trabalho, tecnologia e organização**: a avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação. São Paulo: Blucher, 2008. p. 33-52. (Cadernos de TTO, nº 2).

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *In:* DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010. p. 119-145.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. *In:* DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010. p. 21-32.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. *In:* CHANLAT, J. F. (coord.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo, Atlas, 2011. v. 1, p. 150-73.

DIAS, C. *et al.* Ideologia gerencialista e adoecimento mental no trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 185-98, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v22i2p185-198>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/162257/160714>. Acesso em: 26 fev. 2021.

FONSECA, J. C. F. *et al.* Processos de gestão universitária e adoecimento: reflexões sobre saúde mental e trabalho docente em uma universidade brasileira. *In:* MONICO, C. (org.). **Capital psicológico, estratégia e gestão na diversidade das organizações**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2019. p. 327- 45. Disponível em: https://www.academia.edu/39523003/._2019__Capital_psicol%C3%B3gico_estrat%C3%A9gia_e_gest%C3%A3o. Acesso em: 23 fev. 2021.

FORATTINI, C. D.; LUCENA, C. A. Adoecimento e sofrimento docente na perspectiva da precarização do trabalho. **Laplage em Revista**, Sorocaba, SP, v. 1, n. 2, p. 32-47, maio/ago. 2015. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2016/2779-1452556088.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

GERNET, I.; DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. *In:* BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (org.). **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 61-70.

GOMES, L. I. **Trabalho do(c)ente e saúde do trabalhador**: compreensões de coordenadores de programas de pós-graduação stricto sensu de instituição federal de ensino superior. 2018. 211 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) -- Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21491/1/TrabalhoDo%28c%29enteSaude.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

LOUREIRO, T.; MENDES, G. H. S.; SILVA, E. P. Modelos de gestão e o sofrimento de servidores assistentes em administração. **Revistas psicologia**: organizações e trabalho, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 97-105, abr./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12328>. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v17n2/v17n2a04.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

MOTA, C. A.; SILVA, A. K. L.; AMORIM, K. Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores técnico-administrativos em educação. **Revistas psicologia**: organizações e trabalho, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 891-98, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.1.17691>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v20n1/v20n1a05.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: Uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revistas psicologia**: organizações e trabalho, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 51-67, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v9n1/v9n1a04.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

PACHECO, T. P.; SILVA, R. M. P. Risco psicossocial para servidores de universidade pública na região norte do Brasil. **Revistas psicologia**: organizações e trabalho, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 335-44, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v18n1/v18n1a08.pdf>.

RAMOS, L. F. C.; MACÊDO, K. B. (2018). Reflexões sobre o adoecimento dos servidores técnico-administrativos em educação. **Argumentum**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 107-22, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.16911>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/16911>. Acesso em: 26 fev. 2021.

TRAESEL, E.; MERLO, A. (2014). "Somos sobreviventes": vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 224-38, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v17i2p224-238>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112344/110308>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ÍNDICE

A	
avaliação	10, 41, 50, 58, 75, 76, 77, 79, 117, 129, 132, 133, 152, 153
C	
coletivo	25, 42, 51, 80, 91, 93, 143, 148
crônica	43, 125
E	
estados	19, 12, 14, 15, 16, 18, 23, 26, 27, 43, 46, 47, 71, 75, 76, 78, 7, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 97, 99, 100, 102
G	
guia	152
L	
lista	14, 15, 17, 19, 26, 27, 29, 30, 75, 96, 105, 125
S	
subnotificação	45, 105
R	
RENAST	11, 16, 14, 23, 24, 25, 28, 31, 33, 35, 39, 73, 78, 80, 96

SOBRE A ORGANIZADORA E AUTORES

[Organizadora]

Vivianne Peixoto da Silva |

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) É professora Adjunta do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Desenvolve pesquisas em Saúde Coletiva; Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Política, Planejamento e Gestão em Saúde; Migração, Saúde e Trabalho.

 <https://orcid.org/0000-0002-6653-5062>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6938875370335870>

[Autores]

Ailton de Souza Aragão

Doutor em Ciências

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

ailton.aragao@uftm.edu.br

Cristiane Neri Teixeira

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Universidade Federal de Uberlândia

crisneri77@gmail.com

Ileana Neiva Mousinho

Mestre em Direito

Universidade Federal do Ceará

Josiana Dias Silva Trajano

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Universidade Federal de Uberlândia

Josiana_dias@yahoo.com.br

Karol Teixeira de Oliveira

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Universidade Federal de Uberlândia

karol.to@gmail.com

Keile Aparecida Resende Santos

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Universidade Federal de Uberlândia

Keile.aparecida@inss.gov.br

Mariana de Oliveira Rebello

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
marianaoliveira@ufu.br

Maristela de Souza Pereira

Doutora em Psicologia Social
Universidade Federal de Uberlândia
maristela.pereira@ufu.br

Miriam Queiroz Braga Costa e Silva

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
miriam.silva@uftm.edu.br

Priscila Monteiro Viana

Graduada em Psicologia
Universidade Federal de Uberlândia
priscila.viana@educacao.mg.gov.br

Rosiane de Araújo Ferreira Polido

Doutora em Ciências
Universidade Federal de Uberlândia
rosianepolido@ufscar.br

Rosimár Alves Querino

Doutora em Sociologia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
rosimar.querino@uftm.edu.br

Ruy Fernando Gomes Leme Cavalheiro

Mestre em Direito
Universidade Católica de Brasília
ruy.cavalheiro@mpt.mp.br

Zenaide de Moraes Rodrigues

Especializada em Direitos Humanos e do Trabalho
Escola Superior do Ministério Público da União



Prefixo editorial ISBN 978-65-86920



contato@editoracolab.com



www.colab.com.br



(31) 99686-8879



@editoracolab

