

Políticas de saúde do trabalhador no Brasil: contradições históricas e possibilidades de desenvolvimento

Workers' health policies in Brazil:
historical contradictions and possibilities for development

Sandra Lorena Beltran Hurtado (<https://orcid.org/0000-0003-4059-2365>)¹

Angela Paula Simonelli (<https://orcid.org/0000-0003-4337-5796>)²

Vivian Aline Mininel (<https://orcid.org/0000-0001-9985-5575>)³

Thaís Vieira Esteves (<https://orcid.org/0000-0002-1230-6328>)⁴

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela (<https://orcid.org/0000-0002-8556-2189>)¹

Adelaide Nascimento (<https://orcid.org/0000-0002-4847-8762>)⁵

Abstract *The Workers' Health (WH) approach understands that it is necessary to expand the object of public policies to transform the work processes that determine the health-disease relationship. This broadening brings challenges that drive the development of the formulation and implementation of policies for the surveillance and prevention of diseases. This article aimed to analyze the development of Brazilian policies on WH from the perspective of historical contradictions. To this end, the analytical concept of contradiction from Cultural-Historical Activity Theory was used. This is a scoping review, including 64 theoretical and empirical studies and gray literature published between 1991 and 2019. The results of the analysis showed that: from the change of the object of prevention inserted by the WH approach, five new contradictions emerged that are related to the predominance of instruments of the previous activity model, normative and training instruments, division of labor for assistance and surveillance actions, intra and intersectoral articulations, and social control. These contradictions have driven some changes, but some limitations persist around a challenging object.*

Key words *Workers' health policy, Workers' health services, Workers' health surveillance*

Resumo *A abordagem de Saúde do Trabalhador entende que é necessário ampliar o objeto das políticas públicas para transformar os processos de trabalho que determinam a relação saúde-doença. Essa ampliação traz desafios que impulsionam o desenvolvimento da formulação e implementação das políticas para a vigilância e prevenção de agravos. O objetivo deste artigo é analisar o desenvolvimento das políticas brasileiras em saúde do trabalhador a partir das contradições históricas. Para este fim, foi usado o conceito analítico de contradição da teoria da atividade histórico-cultural. Trata-se de uma revisão de escopo que inclui 64 estudos teóricos, empíricos e literatura cinza publicados entre 1991 e 2019. Os resultados da análise mostraram que: a partir da mudança de objeto da prevenção inserida pela abordagem da Saúde do Trabalhador, emergiram cinco novas contradições que estão relacionadas ao predomínio de instrumentos do modelo de atividade anterior, instrumentos normativos e de formação, divisão do trabalho para as ações de assistência e vigilância, articulações intra e intersectoriais e controle social. Essas contradições permitiram impulsionar algumas mudanças, mas também existem limitações que persistem em torno de um objeto desafiante.*

Palavras-chave *Política de saúde do trabalhador, Serviços de saúde do trabalhador, Vigilância em saúde do trabalhador*

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715. 01246-904 São Paulo SP Brasil.

sandrabeltran@usp.br

² Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Paraná. Curitiba PR Brasil.

³ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu SP Brasil.

⁵ Conservatoire National des Arts et Metiers. Paris Île-de-France France.

Introdução

A saúde do trabalhador (ST) pressupõe a compreensão das relações trabalho-saúde-doença, num contexto de constantes transformações¹. Historicamente, esse caminho se inicia com a abordagem da medicina do trabalho, tendo o médico como ator principal, os trabalhadores como objeto passivo, e um modelo que explica as doenças de forma unicausal. O crescente questionamento sobre os elevados custos dos agravos à saúde e as lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida² demonstraram a insuficiência desse modelo para intervir nos problemas causados pelos processos produtivos.

A abordagem da saúde ocupacional (SO) aparece como alternativa, por meio de instrumental para intervir em um novo objeto: o ambiente de trabalho. Porém, nessa abordagem as ações multidisciplinares permanecem desarticuladas e o enfoque, ainda que multicausal, continua sendo mecanicista^{1,2}. No Brasil, esse movimento foi acompanhado pela criação de normas regulamentadoras (NR) que passaram a mediar relações entre órgãos fiscalizadores e empresas. Houve surgimento de departamentos de SO nas instituições acadêmicas e governamentais, representando uma expansão significativa da comunidade.

No contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), é realizada a primeira Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador (CNST), com o objeto alterado para a determinação dos processos de trabalho¹. Nessa perspectiva, passa-se a contestar a fundamentação científica dos “limites de tolerância” e de “exposição segura” e são utilizados mecanismos como Comissões Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho, previstas nas NR desde 1978, para promover a participação dos trabalhadores², e Programas de Saúde do Trabalhador (PST) para operacionalizar as ações³⁻⁵.

Mesmo com os avanços da abordagem de ST, que destaca a determinação social, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade, esse campo ainda opera dentro de uma lógica compartimentalizada, em que ações são executadas por órgãos distanciados institucionalmente³. Somado a isso, as constantes inovações tecnológicas causam o surgimento de novos riscos ocupacionais e novas lógicas produtivas, o que nem sempre é passível de acompanhamento².

Integrando-se aos estudos que têm discutido os avanços, desafios e possibilidades das políticas de ST no Brasil⁶⁻¹⁰, esta revisão pretende contribuir com a análise dessas políticas, sendo

norteada pelas seguintes perguntas: como foi o desenvolvimento histórico das políticas em ST no Brasil? Quais contradições históricas foram superadas e de que maneira promoveram mudanças no desenvolvimento dessas políticas? Quais as contradições que persistem, limitando a implementação e os avanços? Para respondê-las, foram adotados pressupostos teóricos e conceitos da teoria da atividade histórico-cultural (TAHC).

O conceito de contradição como fonte de desenvolvimento

O referencial teórico deste estudo parte da premissa de que a implementação de políticas públicas para prevenção de agravos à ST é uma atividade coletiva, determinada historicamente e mediada por relações sociais. Para compreender esses aspectos, é preciso entender três princípios da TAHC¹¹: o objeto, a historicidade e as contradições do sistema de atividade (SA). O primeiro princípio afirma que um sistema ou uma rede de atividades humanas é coletivo e orientado por um objeto; portanto, estudar as políticas em ST pressupõe a análise do objeto que direciona a atividade, isto é, compreender o que se pretende transformar com tais políticas. Outro princípio é o da historicidade: todo SA se transforma ao longo do tempo; assim, seus problemas só podem ser compreendidos estudando sua história. Por último, o princípio de que as contradições acumulam tensões estruturais entre os elementos que compõem a atividade, que quando se agravam, promovem questionamentos sobre a possibilidade de mudança e, em alguns casos, geram uma visão colaborativa acerca de possíveis soluções. Em outras palavras, as contradições geram distúrbios, mas também tentativas inovadoras de alterar a atividade¹¹.

As contradições podem se manifestar discursivamente na forma de dilemas, conflitos ou impasses, e essas manifestações são, em si mesmas, apenas hipóteses¹². Ao analisar somente as políticas públicas, teríamos uma percepção apenas do prescrito para a implementação dos diferentes modelos em ST. Foi na literatura existente onde encontramos as diferenças entre o prescrito e o real para elaborar as hipóteses das possíveis contradições subjacentes a esses distúrbios.

Método

Foi realizada uma revisão de escopo visando identificar o desenvolvimento histórico das políticas de

ST no Brasil. Este tipo de revisão permite mapear os conceitos-chave que dão suporte a um campo de pesquisa e as fontes de evidências disponíveis¹³. A revisão seguiu as seguintes etapas^{13,14}: 1) identificação da pergunta de pesquisa; 2) identificação de documentos a partir de bases de dados; 3) identificação de outros documentos a partir da consulta de ampliação; 4) consolidação da amostra; 5) extração de dados relacionados à pergunta de pesquisa; 6) análise e relato dos resultados.

Foi utilizada a opção de busca simples na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS Brasil, que inclui, além de base de dados científicos, fontes de literatura cinza, como as de órgãos responsáveis pela implementação dessas políticas. A escolha dos descritores foi feita em etapas de experimentação para, finalmente, traçar duas estratégias de busca por título, resumo e assunto ou no descritor do assunto: “Política de saúde do trabalhador” OR “Vigilância em saúde do trabalhador”. Foram incluídos textos em português e disponíveis na íntegra, sem limitação temporal. As etapas da revisão estão descritas na Figura 1.

Foram identificados 203 registros, sendo excluídos 73 duplicados, eliminados usando o gerenciador de referências bibliográficas EndNote. As revisoras 1 e 2 (R1 e R2) realizaram a leitura de 130 títulos e resumos provenientes da consulta à base de dados, identificando quais atendiam aos critérios de inclusão, com a eliminação de 92 registros. Após a seleção da amostra inicial para leitura completa dos textos, foi feita uma consulta de ampliação^{13,14}, com vistas a incluir publicações que abordassem o tema de pesquisa e que não estavam indexadas nas bases de dados consultadas. Para isso, foi realizada uma busca nas referências das publicações incluídas, obtendo-se 40 novos registros. Desses, sete não estavam disponíveis *on-line*, resultando em 33 registros, que foram analisados pelas R1 e R2, totalizando 29 novos documentos incluídos na análise.

Seis pesquisadores fizeram a leitura completa dos 67 textos incluídos, sendo que três foram eliminados por não responderem às questões de investigação. Assim, foram incluídos 64 textos, 35 provenientes da BVS Brasil e 29 da consulta de ampliação.

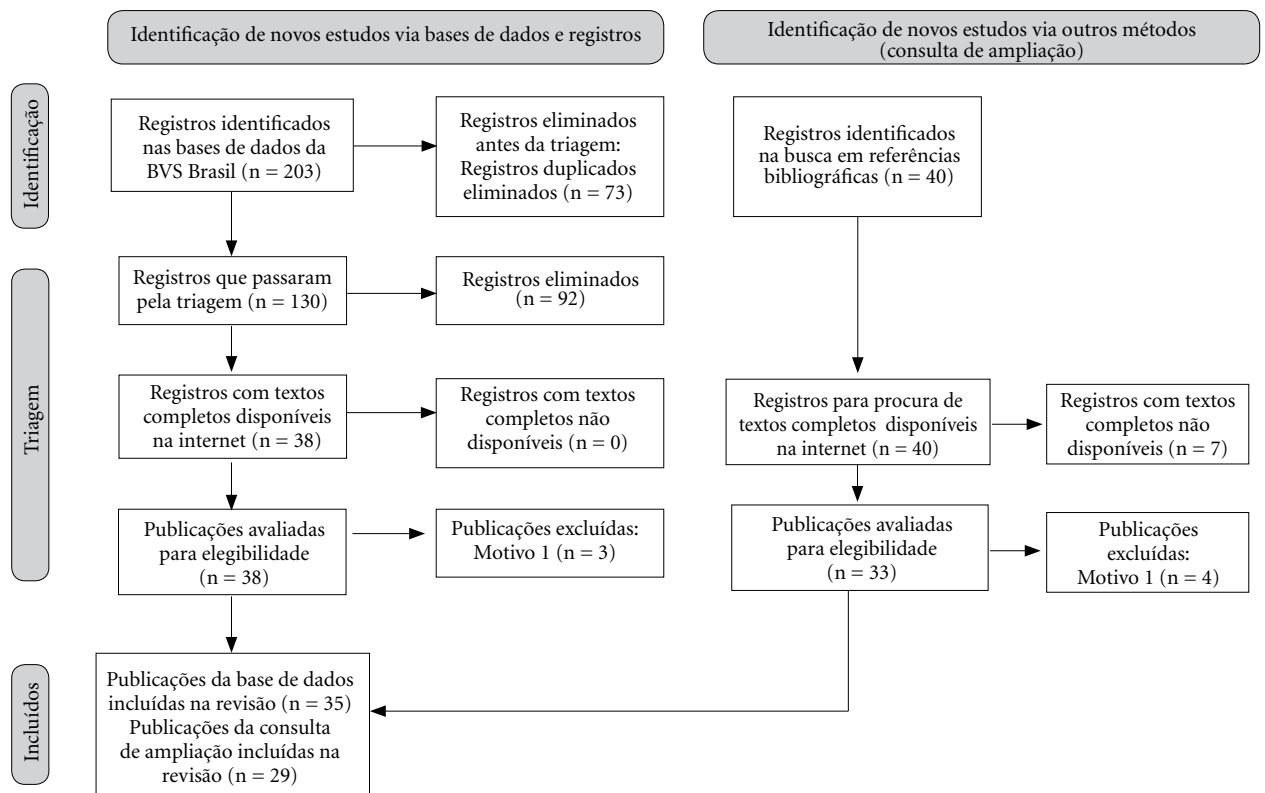


Figura 1. Fluxograma da revisão de escopo.

Para a extração de dados, desenhou-se uma matriz em planilha Excel com categorias relacionadas à caracterização dos estudos e às categorias de análise, construídas com base no referencial teórico. Um teste piloto dessa matriz foi efetuado por três autoras com cinco artigos selecionados da BVS Brasil, para análise da pertinência e relevância dos itens, com a versão final apresentada no Quadro 1.

O conjunto de metadados da revisão está disponível em: <http://repositorio.uspdigital.usp.br/handle/item/346>

Resultados

Os documentos incluídos apresentam as seguintes características: são 22 ensaios, 21 artigos de pesquisa, seis dissertações ou teses, cinco relatos de experiência ou estudos de caso, cinco capítulos de livro, três artigos de revisão e dois cadernos. Quarenta e um estudos são teóricos, e 23 empíricos; 44 têm abrangência nacional, e 20 regional. O texto mais antigo é de 1991, e o mais recente de 2019.

Os resultados foram categorizados com base no referencial teórico adotado e nas perguntas de pesquisa. O desenvolvimento das políticas em ST no Brasil foi analisado a partir das dificuldades e avanços, e com base nesses achados foram elaboradas as hipóteses das contradições históricas que promoveram mudanças.

Desenvolvimento histórico das políticas de ST: transformações a partir do novo objeto (contradição 1)

No contexto do MRSB, a nova abordagem da ST entende os processos de trabalho como objeto de transformação¹⁶. Quando este é adotado, surge uma contradição entre a nova e a antiga abordagem de prevenção. Na abordagem tradicional, os ambientes de trabalho apresentam fatores de risco majoritariamente mensuráveis (dimensão técnica, fixa, fragmentada), e na nova abordagem os processos de trabalho determinam socialmente a saúde da população (dimensão sistêmica, expansiva, inesperada). Porém, muitos sujeitos envolvidos na atividade mantêm a primeira abordagem e, por conseguinte, um não reconhecimento da segunda. Essa contradição se manifesta com uma atividade de prevenção que favorece ações sobre fatores de risco e desconsidera a atuação sobre os processos de trabalho.

Essa contradição se manifesta com uma atividade de prevenção que favorece ações sobre fatores de risco e desconsidera a atuação sobre os processos de trabalho.

O modelo de desenvolvimento econômico tem priorizado resultados a curto e médio prazos, em detrimento da saúde e do meio ambiente (por ex.: participação nula do SUS no Programa de Aceleração de Crescimento)^{16,17}. O interesse pela criação imediata de empregos, desconsiderando as alternativas de desenvolvimento sustentável, e a não intervenção em empresas que geram agravos à ST evidenciam a racionalidade política acima da racionalidade técnica^{4,6,18}. Esses problemas são percebidos na falta de autonomia dos agentes para executar ações¹⁹ independentes das interferências políticas e econômicas, no sentido previsto pela abordagem da ST, como prática político-ideológica para superação de relações de poder¹. Essas são manifestações de uma contradição anterior à abordagem da ST e inerentes aos próprios processos de trabalho. Os investimentos para o desenvolvimento da ST só têm resultados em longo prazo, o que entra em choque com a busca pelo retorno financeiro a curtíssimo prazo. Como o objeto da atividade também é seu verdadeiro motivo, a natureza inerentemente dupla do motivo fica visível²⁰.

O SUS ainda não incorporou o trabalho como categoria central na determinação social do processo saúde-doença. Se, por um lado, na atenção básica (AB) o usuário não é reconhecido enquanto trabalhador^{21,22}, em outros locais há ausência de registro sobre a sua história ocupacional²³. Muitos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), onde existem parcialmente essas informações, não atuam para melhorar o registro e as prioridades não são organizadas a par-

Quadro 1. Matriz para extração de dados dos estudos incluídos.

#	Autor(es)	Título	Ano	Tipo de documento	Objetivo	Método	População
Categorias de análise						Observações	Link
Contradições	Tipo de contradição	Elementos do SA envolvidos na contradição	As contradições promoveram avanços? Quais?	As contradições ficaram em limitações? Quais?	Foi identificado um objeto fugidio?		

Fonte: Autores.

tir do mapeamento de processos produtivos^{21,24,25}. Tudo isso se traduz em uma incapacidade crônica de estabelecer a relação doença-processos de trabalho²⁶. No entanto, algumas experiências documentadas buscaram superar essa contradição²⁷.

O surgimento da contradição primária no novo objeto (neste contexto, o modelo da ST) conduz a outras contradições que serão descritas a seguir.

Contradições entre novo objeto da ST e antigos elementos da SO (contradição 2)

O novo objeto (processos de trabalho) se apoia na abordagem teórica da ST, porém as ações ainda são mediadas predominantemente por instrumentos que surgiram para tratar o objeto antigo da SO (ambiente de trabalho). A publicação de protocolos, normativas e manuais para orientar as ações de ST na rede de serviços públicos²⁸ promove avanços na instrumentalização. Entretanto, a herança de instrumentos para interpretar o trabalho produtivo industrial, com forte predomínio do conceito de riscos²⁹, limita a compreensão e a transformação dinâmica dos processos de trabalho.

De maneira concomitante, as políticas atuais de ST definem uma equipe mínima para os Cerests, mas os concursos e as transferências não exigem formação ou experiência na área²⁶. Isso se traduz em um agravamento da contradição entre o uso de instrumentos conceituais desatualizados (do antigo modelo) para enfrentar o objeto dos processos de trabalho (proposto pelo novo modelo). Os Cerests que se deparam com essas dificuldades procuram investir em educação permanente ou fomentar mestrados profissionais, acumulando assim experiência e conhecimento^{28,30-32}. Entretanto, ainda existem muitos serviços que não têm profissionais especializados ou capacitados tecnicamente ou que não incluem temáticas de ST nas ações contínuas de educação^{19,26,28,29,33-35}.

Mesmo face à ausência de uma política de Estado para formação e capacitação desses recursos humanos³⁶, é possível observar um crescimento de programas de pós-graduação em ST, com consequente incremento de produção acadêmica e incorporação de novos conceitos que viabilizam práticas profissionais orientadas pelas políticas em ST⁸. Porém, há um descompasso entre a produção científica e o nível dos resultados empíricos, e uma produção de conhecimento fragmentada, com lacunas para subsidiar a elaboração de políticas públicas^{25,29,37-39}.

Entre assistência e vigilância – na divisão do trabalho (contradição 3)

Vários autores apontam dificuldades para a implementação de práticas em ST baseadas no princípio da integralidade. A estratégia inicial da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) permitiu o financiamento e a ampliação da rede com novos Cerests. Contudo, deu ênfase às ações assistenciais individuais, em detrimento das ações de vigilância e no reconhecimento predominante dos Cerests como centros para assistência especializada aos trabalhadores^{18,21,26,28,30-32,40-43}. Por outro lado, a estratégia de regionalização derivou em um elevado número de serviços regionais com acesso limitado de municípios distantes^{39,43}. Adicionalmente, apesar do financiamento promovido, alguns recursos foram destinados a cobrir outras necessidades do sistema de saúde^{28,30,31}.

Desde 2009, a Portaria 2.728 prevê a municipalização e inclusão de ações articuladas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) na AB e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Alguns Cerests têm investido em estratégias de formação das equipes de Saúde da Família (eSF), conseguindo melhorar o uso do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (Sinan), com aprimoramento da vigilância, embora houvesse inconsistências no banco de dados^{44,45}. Mesmo com essa iniciativa, o apoio técnico dos Cerests à eSF se limita a capacitações pontuais. Poucas vezes são usadas outras estratégias de apoio, como discussão de casos. As eSF trabalham com sobrecarga, alta rotatividade, vínculos precários e baixo uso dos instrumentos de vigilância. É reconhecida a necessidade de uma intervenção não só para institucionalizar o apoio dos Cerests, mas para aprimorar suas condições de trabalho^{21,40}.

Apesar da criação de indicadores de avaliação nos Cerests, muitos ainda estão na linha assistencial e faltam indicadores qualitativos de avaliação do impacto das ações e dos resultados de constituição da rede que contemplem diferentes processos de trabalho e necessidades de cada serviço^{36,41}.

Entre a capacidade de articulação e os resultados da vigilância e prevenção (contradição 4)

Autores incluídos nesta revisão manifestam a baixa capacidade de articulação intrasetorial e intersetorial da Visat, com ausência de uma base conceitual para ações transversais^{25,26,34,41}. Apesar de tentativas como a do Congresso da

Abrasco em 2003, que promoveu discussões integradas dos diferentes grupos temáticos entre as vigilâncias, persistem dificuldades para articular intrasetorialmente as ações da Visat com as das vigilâncias ambiental, epidemiológica e sanitária^{6,26,28,30,40,46,47}. A portaria de 2005 visava fortalecer a Renast mediante organização de serviços e municípios-sentinelas; no entanto, a notificação de agravos se restringia aos estes municípios⁴⁴. Mesmo com a ampliação das notificações a todos os municípios, alguns Cerests regionais ainda enfrentam dificuldades para desenvolver capacitação nos municípios-sentinelas sob seu apoio⁴⁵.

É possível destacar três exemplos de ações entre vigilâncias coordenadas e bem-sucedidas: o controle da exposição ao benzeno nos postos de combustíveis, a Visat no setor canavieiro^{19,31,48} e a inserção das ações de ST no plano de saúde da rede municipal do SUS pelo Cerest São Bernardo do Campo/SP³².

No plano organizacional, desde 2007 a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental e a Coordenação Geral de ST conformam o Departamento de Saúde Ambiental e de ST no Ministério da Saúde, procurando avançar na intrasetorialidade²⁴. Contudo, os autores incluídos na revisão não mencionam resultados específicos do novo departamento.

Quanto à dimensão intersetorial, os PST são referidos como antecedentes importantes, pois já articulavam a assistência aos trabalhadores com a vigilância dos locais de trabalho, sendo os sindicatos partícipes da gestão desses programas²⁵. Adicionalmente, é vista como um avanço a promulgação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), na Lei Orgânica de Saúde⁴⁹, integrada por representantes de oito ministérios com o objetivo de assessorar o Conselho Nacional de Saúde nos temas relativos à ST.

Mesmo antes da promulgação da Lei Orgânica, existia uma fragmentação das responsabilidades, com as Delegacias Regionais do Trabalho atuando na fiscalização, o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social cuidando da assistência e o Instituto Nacional do Seguro Social fazendo o reconhecimento causal^{3,6}. Assim, quando foi definida a Visat, apareceram conflitos históricos de competências entre os ministérios (Saúde, Trabalho e Previdência), inclusive com questionamentos sobre quem poderia fiscalizar ambientes de trabalho^{4,50,51}. Na tentativa de superar esses conflitos, foi publicada a Política Nacional de Segurança e Saúde no

Trabalho (PNSST)⁵², reafirmando atribuições já existentes para cada ministério^{23,31}, sem propor ações intersetoriais e mantendo a centralidade das ações de vigilância dos ambientes de trabalho no Ministério do Trabalho⁴⁸.

Nesse contexto, alguns estudos apontaram a fragilidade da CISTT e as limitações da PNSST ao não apresentar linhas práticas para os setores envolvidos^{53,54}. Oliveira e Vasconcellos⁵⁵ propuseram que a CISTT também incluísse sindicatos, Justiça do Trabalho e Ministério Público do Trabalho (MPT), e, adicionalmente, alertaram que na PNSST os ambientes de trabalho ficaram fora da intervenção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na linha das recomendações da Organização Internacional do Trabalho. A ênfase histórica da atuação da vigilância sanitária sobre produtos como fármacos e alimentos dificultou a incorporação dos processos de trabalho em sua atuação⁵⁶.

Em 2012, considerando a necessidade da definição de princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas do SUS, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)⁵⁷, mais um elemento contraditório que surge, pois as contradições entre PNSST e PNSTT se traduzem em duas vigilâncias e em nenhuma política de fato⁴².

Por outro lado, com a perda massiva de auditores fiscais de trabalho, algumas ações do Ministério do Trabalho foram substituídas pelas atuações do MPT. Nesse sentido, é destacado o uso de Termos de Ajuste de Conduta (TAC) como importante instrumento de ação^{17,54}, uma vez que a maioria dos Cerests não possui caráter de autoridade sanitária. Algumas Procuradorias Regionais do Trabalho usam os TAC como artifício para conferir poder de ação aos Centros^{48,58}. Esta também é uma manifestação de um avanço produzido pela contradição 2, pois os instrumentos da Visat, como multa e autuação, têm eficácia limitada para intervir nos processos de trabalho. Já a articulação com o MPT favorece o uso de instrumentos mais adequados para esse fim.

Como apontado anteriormente, a Renast possibilitou a transferência de recursos e a ampliação da rede. No entanto, há poucos avanços na “coerência” (cooperação entre atores) e na “conectividade” intra e intersetorial (comunicação fluida entre componentes da rede)⁴¹ (p. 89). Articulações com outros setores, como empresas e organizações, são mencionadas nos textos como propostas teóricas, sem relatos de experiência neste sentido.

Entre o controle social e a incorporação dos trabalhadores como sujeitos (contradição 5)

A ST emergiu em um contexto favorável, de forte participação social no MRSB. Iniciativas como a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho e a 1ª CNST traziam vários setores da sociedade a discutir as bases das futuras políticas em ST. As próprias PNSST e PNSTT foram colocadas para consulta pela sociedade. Entretanto, com as políticas neoliberais instaladas no país e a subsequente precarização das condições de trabalho, desemprego e aumento da informalidade, os vínculos entre trabalhadores e sindicatos foram fragilizados^{1,24,25}. Majoritariamente preocupados com pautas salariais, manutenção de empregos e benefícios previdenciários e de planos de saúde, os sindicatos tendem a defender menos as pautas de ST^{28,48,59} e a demandar dos Cerests cada vez mais respostas técnicas e de curto prazo²⁵.

A CISTT pressupõe a participação da sociedade civil como elemento de condução técnico-política para o desenvolvimento de ações de planejamento e avaliação⁴⁹. Mesmo assim, há baixa participação da população na construção das políticas de ST e no controle das ações governamentais^{56,58}. A portaria de ampliação e fortalecimento da Renast define que o controle social nos serviços que compõem a rede deve se dar por intermédio das Conferências de Saúde, dos Conselhos de Saúde e das CISTTs⁶⁰. Porém, as CISTTs locais em geral não existem ou não participam dos Conselhos Municipais de Saúde, de forma que há uma ausência de políticas municipais de ST estruturadas e aprovadas pelo controle social³⁶.

A expansão dos cuidados à população trabalhadora se dá, em algumas regiões, como produto de discussões entre gestores públicos, movimento sindical e instâncias de controle social, e da incorporação de ações no Plano Municipal de Saúde em uma perspectiva de universalidade e de inclusão de trabalhadores da economia informal¹⁸.

Em 2013, o município de São Paulo reconheceu o problema da “participação esparsa de entidades e movimentos sociais e dos trabalhadores na formulação das políticas de ST, bem como no controle social”⁴⁷ (p. 3). No plano plurianual da Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora são incluídos dois objetivos específicos orientados a: a) fortalecer a participação social na formulação da política de ST e b) conferir transparência à administração pública na saúde

de e resolver problemas apontados por meio da participação dos usuários⁴⁷. Contudo, a literatura incluída na revisão não faz referência à efetivação desses objetivos.

Para resumir a apresentação dos resultados, a Figura 2 destaca os principais eventos, publicações e momentos em que a literatura começou a identificar os desafios, aqui interpretados como manifestações de contradições no desenvolvimento das políticas em ST.

Discussão

Na implementação de políticas em ST, persiste uma contradição que emerge com a ampliação do objeto de atuação: a determinação social inserida na organização dos processos de trabalho¹⁶ como determinante dos agravos à ST⁶⁰. Antes de discutir especificamente essa atuação, é preciso destacar uma diferença conceitual.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos como fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde⁶³. O conceito chega ao Brasil “desprovido do peso teórico e político” quando se pretende “entendê-lo à luz marxista” do pensamento social⁶² (p. 7). Esse modelo reforça a abordagem positivista da epidemiologia tradicional, pois ao utilizar métodos das ciências naturais no mundo social, faz-se uma fotografia estática da realidade, obscurecendo a dinamicidade da teoria da determinação social^{62,64}. Adicionalmente, o modelo mantém a visão limitada sobre os fatores e impossibilitando a análise do nexos histórico acerca das dimensões da vida.

O modelo de determinação social, por sua vez, propõe uma compreensão dos fenômenos a partir das mediações dinâmicas entre os níveis nos quais se produzem os processos sociais⁶⁵. No campo da ST, a preferência pela abordagem de DSS favorece a implementação e manutenção de processos de trabalho adoecedores, uma vez que a determinação social do sistema produtivo, que se evidencia na sua estrutura, organização, metas, prazos etc., não é contestada, muito menos alterada.

A atuação do Estado é voltada principalmente aos interesses do mercado, de modo que a falta de articulação no campo da ST entre os ministérios acaba desvanecendo as principais ações de intervenção⁶⁶. Portanto, as relações entre os trabalhadores com os proprietários dos meios de produção não se alteram factualmente. A 3ª CNST, de 2005, também adverte para a desarti-

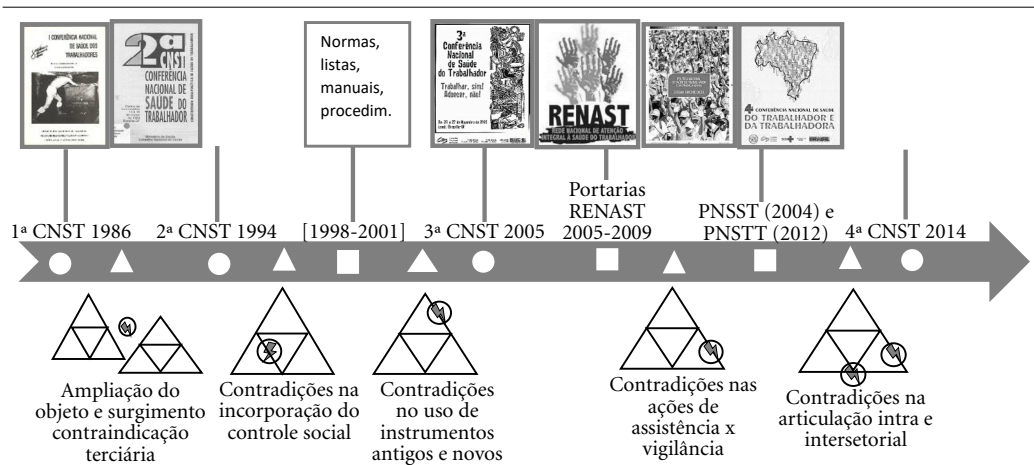


Figura 2. Linha do tempo das contradições históricas no desenvolvimento das políticas em ST.

Fonte: Autores.

culação das políticas industriais e econômicas que criam os riscos para a ST.

Chama a atenção dos revisores do presente trabalho que apenas duas publicações destacam a insuficiência de efetivo para desenvolver as ações em ST^{19,48}, o que interpretamos como uma contradição entre sujeitos e objeto. O conhecido desmonte e a alta rotatividade das equipes nos últimos anos provavelmente tem sido evidenciado em publicações mais recentes ou então são reduzidas às pesquisas que têm abordado esse problema.

Estudos publicados após a coleta de dados desta revisão, apontam persistência de contradições mencionadas. Por exemplo, na dimensão da integralidade (contradição 3: assistência e vigilância), Faria *et al.*⁶⁷ indicam que a inserção da linha de cuidado da ST na Estratégia de Saúde da Família ainda é frágil. Os autores alertam, igualmente, que estão ocorrendo transformações importantes no campo da Política Nacional de AB e na capacidade do Estado em garantir a seguridade social dos trabalhadores, e que é necessário defender o direito a políticas públicas para a classe trabalhadora.

Na contradição 4, da articulação intra e intersectorial, Lancman *et al.*⁶⁸ evidenciam falta de diretrizes que deem suporte à operacionalização das ações intersectoriais e de ações claras e efetivas de intersectorialidade entre gestores e trabalhadores.

Sobre a contradição 5, da participação social, Lacaz *et al.*⁶⁹ afirmam que as experiências sindicais abriram a possibilidade de reverter o modelo médico de atenção à saúde mediante controle so-

cial da atuação técnica. Por outro lado, os autores colocam como contradição persistente o foco dos sindicatos nas negociações com convênios e planos de saúde. Por último, assinalam que existe um divórcio entre o MRSB e o movimento sindical da ST, pois a reforma desconsiderou a relevância política da atuação sindical pela ST.

Os textos incluídos na revisão destacam dificuldades para implementação das políticas devido às subnotificações, aos processos de terceirização, à precarização do trabalho e ao trabalho informal^{17,36,48,53,70}. Além disso, transformações aceleradas nos processos produtivos e nas relações de trabalho, via novas tecnologias e reformas trabalhistas, trazem consequências que demoram a ser dimensionadas e reconhecidas, com consequente atraso nos ajustes das estratégias para enfrentamento deste problema^{2,16,24,29,35,37,71,72}.

Dessa forma, a determinação social dos agravos à ST, localizada na organização dos processos de trabalho, é um objeto complexo, multideterminado, que escapa ao controle de diferentes sistemas de atividade. Trata-se de um objeto fugidio⁷³, que na era da globalização muda rapidamente e escapa às ações isoladas dos sistemas que gravitam em torno dele na tentativa de transformá-lo (Figura 3). É um objeto que pode passar despercebido por longos períodos de tempo, mostrando aparentemente a superação das contradições que produz, até explodir em forma de crises agudas. O controle desse objeto depende da intenção e do gesto, mas essas iniciativas podem ser dispersas e pouco resolutivas⁴².

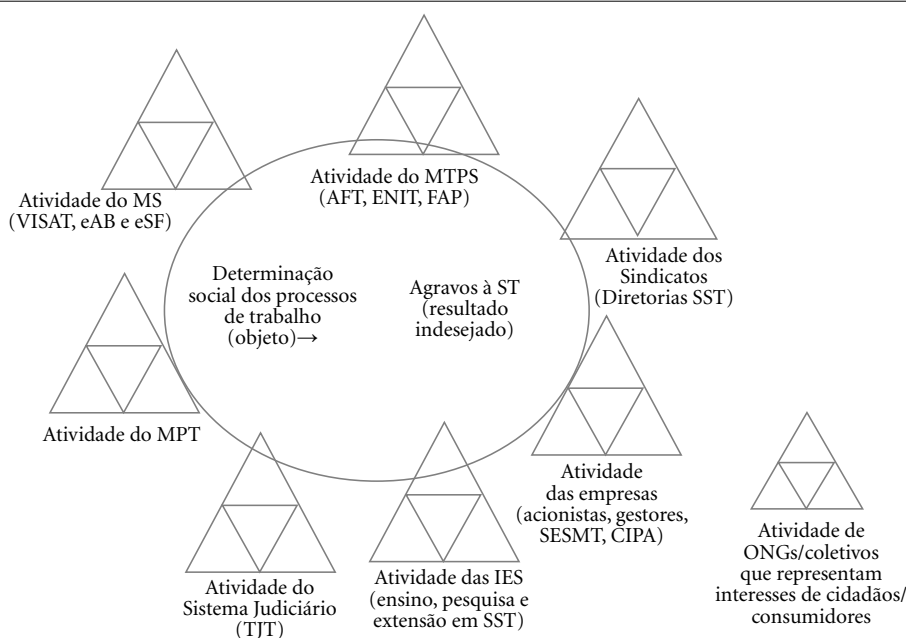


Figura 3. Atividades múltiplas que tentam controlar a determinação social dos agravos à ST vista como um objeto fugidio.

Fonte: Autores, adaptado de Engeström⁷³.

Por meio do desenvolvimento e da implementação de políticas em ST, algumas contradições promoveram ou continuam promovendo esforços pontuais ou locais para sua superação, com forte potencial para a transformação do campo ao longo do tempo. Alguns desses avanços foram mencionados em cada contradição, por exemplo: a vigilância em ambientes e processos de trabalho no Cerest Regional de Palmas (TO), na contradição 1; a instrumentalização trazida pela Renast, na contradição 2; a formação das eSF, a notificação de agravos via Sinan e o aprimoramento da vigilância, na contradição 3; tentativas de articular diálogos entre vigilâncias e exemplos bem sucedidos de ações coordenadas, na contradição 4; propostas para melhorar a participação social, na contradição 5. Outros avanços promovidos a partir dessas contradições, como o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho e os Cadernos de AB para a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, não apareceram nos textos revisados, mas sem dúvida constituem, um esforço para vencer a lacuna de informações sobre a ocorrência dos agravos à ST.

Considerações finais

Algumas das contradições históricas que surgiram no desenvolvimento das políticas em ST persistem limitando o avanço nas ações de Visat, e ao mesmo tempo, outras promovem inovações e transformações locais das práticas de prevenção. A compreensão profunda dessas contradições deve promover a revisão das políticas em ST, especialmente nas dimensões de instrumentalidade, para atuar nos processos de trabalho, integralidade, articulação intra e intersetorial e controle social.

A revisão de escopo limitou a busca a bases de dados de saúde, deixando de fora possíveis publicações de outras áreas, que influenciam ou são influenciadas pelas políticas em ST. Além disso, foi necessário excluir textos não disponíveis na internet, principalmente capítulos só disponíveis em livros impressos, pois a pandemia do SARS-CoV-2 manteve as bibliotecas fechadas para consulta. A busca nas bases foi realizada no primeiro semestre de 2020, assim as publicações relacionadas com pandemia e ST ainda não tinham sido indexadas. Já as discussões sobre novas formas

de organização de trabalho e avanço de políticas neoliberais apareceram em algumas publicações mais recentes, sem usar ainda termos como “uberrização do trabalho”.

As influências do quadro internacional nas políticas brasileiras não apareceram nas publicações incluídas. Se fazem necessários novos estudos que ajudem a refletir como os modelos de ST predominantes no mundo promovem contradições ou avanços dentro do Brasil.

A formulação e implementação de políticas em ST requer estudos de intervenção participa-

tiva e formativa com atores que elaboram e aplicam essas políticas em diferentes níveis e sistemas de atividade. Esses esforços devem ter em vista formular e validar as hipóteses das contradições aqui apontadas, para enfrentá-las por meio de coalizões estáveis e duradouras, de modo a pensar em cenários de trabalho decente. O objeto que enfrentamos também é poderosamente emancipador e pode potencializar iniciativas comuns a todos os envolvidos, bem como abrir novas possibilidades de desenvolvimento, bem-estar e proteção daqueles que produzem riqueza social.

Colaboradores

SLB Hurtado: concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; e aprovação da versão a ser publicada. AP Simionelli: concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada. VA Mininel: concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada. TV Esteves: análise e interpretação dos dados; redação do artigo; e aprovação da versão a ser publicada. RAG Vilela: concepção e delineamento; revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada. A Nascimento: concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

Agence Nationale de la Recherche (ANR) – ANR-19-CE26-0021. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – 2020/08413-6.

Referências

1. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):757-766.
2. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica* 1991; 25:341-349.
3. Oliveira MH, Vasconcellos LC. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cad Saude Publica* 1992; 8(2):150-156.
4. Machado JM. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad Saude Publica* 1997; 13(Supl. 2):S33-S45.
5. Leão LHC, Castro AC. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):769-778.
6. Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: MS; 2009. p. 175-204.
7. Jackson Filho JM, Lacaz FA, Costa D, Vilela RAG. Resposta dos autores. Dossiê temático. atenção integral em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública – III. *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38(128):197-198.
8. Silveira AL, Merlo AR. Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador: campo prático e de disputa simbólica. *Estud Pesqui Psicol* 2017; 17(3):877-894.
9. Gomez CM, Vasconcellos LC, Machado JM. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1963-1970.
10. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev Bras Saude Ocup* 2020; 45:e14.
11. Engeström Y. Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *J Educ Work* 2001; 14(1)133-156.

12. Engeström Y, Sannino A. Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts: a methodological framework. *J Organ Chang Manag* 2011; 24(3):368-387.
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Social Research Methodology* 2005; 8(1):19-32.
14. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, Kastner M, Moher D. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol* 2014; 67(12):1291-1294.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.
16. Vasconcellos LC, Machado JM. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 37-65.
17. Lacaz FAC. Continuum a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saude Ocup* 2016; 41:e13.
18. Albuquerque MD, Costa AM, Lima LP, Melo Filho DA. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2011; 11(1):73-82.
19. Lourenço EA, Lacaz FA. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38:44-56.
20. Engeström Y. *Aprendizagem expansiva*. Campinas: Pontes; 2016.
21. Amorim LA. *Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João Pessoa, PB* [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 2016.
22. Silva A, Ferraz L, Rodrigues-Junior SA. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na atenção primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Rev Bras Saude Ocup* 2016; 41:e16.
23. Dias EC, Silva TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38:31-43.
24. Dias EC, Silva TL, Almeida MH. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. *Cad Saude Colet* 2012; 20(1):15-24.
25. Dias EC, Chiavegatto CV, Silva TL, Reis JC, Silva JM. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(Supl. 2):S66-S74.
26. Lacaz FAC, Santos APL. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(Supl.2):13-23.
27. Silva RF, Fonseca BMC. A Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho em Palmas – Tocantins: diagnóstico situacional e contribuições ao setor. *Tempus* 2021; 11(2):199-217.
28. Dias EC, Hoefel MD. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Cien Saude Colet* 2005; 10:817-827.
29. Gomez CM, Lacaz FA. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):797-807.
30. Dias EC, Silva TL, Chiavegatto CV, Reis JC, Campos AS. Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST). In: Minayo C, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 107-22.
31. Ribeiro FS, Leão LHC, Coutinho SR. Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. *Revista em Pauta* 2013; 11(32):39-63.
32. Garbin AD, Pintor EA. Estratégias de intra e intersectorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. *Rev Bras Saude Ocup* 2019; 44:e18.
33. Facchini LA, Nobre LCC, Faria NMX, Fassa AG, Thumé E, Tomasi E, Santana V. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):857-867.
34. Machado JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):987-992.
35. Dias MD, Bertolini GC, Pimenta AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trab Educ Saude* 2011; 9(1):137-148.
36. Daldon MT, Lancman S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38:92-106.
37. Gomez CM. Introdução – Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 23-34.
38. Moisés M, Machado JM, Peres F, Hennington E, Beltrami AC, Beltrami Neto AC. Reflexões e contribuições para o Plano Integrado de Ações de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) de Populações Expostas a Agrotóxicos. *Cien Saude Colet* 2011; 16(8):3453-3460.
39. Santos AP, Lacaz FA. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 87-105.
40. Evangelista AI, Pontes AG, Vale J, Saraiva AKM. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. *Rev Rene* 2011; 12(n. esp):1011-1020.
41. Leão LH, Vasconcellos LC. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiol Serv Saude* 2011; 20(1):85-100.
42. Vasconcellos LC. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38(128):179-98.
43. Rosa LS, Cardoso LS, Costa VZ, Camponogara S, Busanello J, Cezar-Vaz MR. Rede de saúde do trabalhador: planejamento e execução do processo de trabalho. *J Nurs Health* 2016; 6(1):103-115.

44. Cardoso EM. *Análise conjuntural da vigilância em saúde do trabalhador no estado do Amazonas* [tese]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 2014.
45. Costa FSM. Política nacional de saúde do trabalhador: a estratégia RENAST no município de Castanhal/PA. *Pegada Eletrônica* 2014; 15(1):16-32.
46. Leão LHC. *Nas trilhas das cadeias produtivas: subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 2011.
47. São Paulo. *Política municipal de saúde do trabalhador e da trabalhadora: plano plurianual*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
48. Costa D, Lacaz FA, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38:11-21.
49. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
50. Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):319-322.
51. Servo LMS, Salim CA, Chagas AMR. Saúde e segurança no trabalho no Brasil: os desafios e as possibilidades para atuação do executivo federal. In: Chagas AMR, Salim CA, Servo LMS, organizadores. *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. São Paulo: IPEA; Fundacentro; 2012. p. 113-32.
52. Brasil. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial da União* 2011; 7 nov.
53. Chiavegatto CV, Algranti E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38:25-7.
54. Gomez CM. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saude Ocup* 2013; 38:21-5.
55. Oliveira MH, Vasconcellos LC. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador tempos de avaliação. *Saúde Debate* 2000; 24(55):92-103.
56. Porto MFS, Lacaz FAC, Machado JHM. Promoção da saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Debate* 2003; 27(65):192-206.
57. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União* 2012; 23 ago.
58. Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiol Serv Saude* 2003; 12(3):121-130.
59. Pina JA, Castro HA, Andreazzi MFA. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):837-846.
60. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 7 dez.
61. Vilela RAG, Jackson Filho JM, Querol MAP, Gemma SFB, Takahashi MAC, Gomes MHP, Duracenko SRC, Almeida IM. A expansão do objeto da vigilância em acidente do trabalho: história e desafios de um centro de referência em busca da prevenção. *Cien Saude Colet* 2018; 23(9):3055-3066.
62. Nogueira RP. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
63. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
64. Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(6):1403-1409.
65. Breilh J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125.
66. Rafagnin MS, Rafagnin TR. Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma reflexão sobre a gestão da saúde e doença da classe-que-vive-do-trabalho. *Barbarói* 2020; 5(57):88-102.
67. Faria MG, Silveira EA, Cabral GR, Silva RO, Daher DV, David HM. Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura. *Esc Anna Nery* 2020; 24(4):e20200027.
68. Lancman S, Daldon MT, Jardim TD, Rocha TD, Barros JD. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? *Cien Saude Colet* 2020; 25(10):4033-4044.
69. Lacaz FA, Reis AA, Lourenço EA, Goulart PM, Trapé CA. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde Debate* 2020; 43:120-132.
70. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SM. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saude Publica* 1997; 13(Supl. 2):S21-S32.
71. Lourenço EA, Bertani IF. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Rev Bras Saude Ocup* 2007; 32:121-134.
72. Vilela RAG, Almeida IM, Mendes RWB. Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2817-2830.
73. Engeström Y. The future of activity theory: a rough draft. In: Sannino A, Daniels H, Gutierrez KD, editors. *Learning and expanding with activity theory*. New York: Cambridge University Press; 2009. p. 303-328.

Artigo apresentado em 08/11/2021

Aprovado em 09/04/2022

Versão final apresentada em 11/04/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva