



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Adriana Rodrigues Fernandes

**O trabalho na produção intelectual em
Saúde Coletiva: uma análise da
experiência brasileira de 1990 a 2008**

Rio de Janeiro

2009

Adriana Rodrigues Fernandes

**O trabalho na produção intelectual em
Saúde Coletiva: uma análise da
experiência brasileira de 1990 a 2008**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

F363 Fernandes, Adriana Rodrigues.

O trabalho na produção intelectual em saúde coletiva: uma análise da experiência brasileira de 1990-2008 / Adriana Rodrigues Fernandes. – 2009.

73f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde Pública – Teses – Brasil – 1990-2008 – Teses. 2. Saúde Pública – Pós-graduação – 1990- 2008 – Teses. 3. Teses – Brasil – 1990-2008 – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614(81):001.981

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Adriana Rodrigues Fernandes

**O trabalho na produção intelectual em
Saúde Coletiva: uma análise da
experiência brasileira de 1990 a 2008**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de novembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (Orientador)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Fábio de Silos Sá Earp
Instituto de Economia da UFRJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Isilda e Abílio e ao meu irmão, Marcos,
pelo incentivo, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

A meus familiares, Isilda, Abílio e Marcos que praticamente fizeram este mestrado comigo, escutando e apoiando em todos os momentos.

A meus colegas do mestrado, principalmente à Carina Tatiane Carneiro e Danielle Garcia, pelos momentos de troca de angústias e experiências.

Ao meu orientador prof. Dr. George Edward Machado Kornis, por me escolher como sua orientanda.

À Prof.^a Dra. Mônica Kornis que participou do processo de elaboração desta dissertação.

À Leila Senna Maia, autora da dissertação referente ao campo da Saúde Bucal que me inspirou a realizar um trabalho em moldes parecidos para o campo do Trabalho.

Às minhas amigas: Ana Paula Pozzobom, Franciele e Naira Neri Santana, Gisele Aline da Cruz Santos, Mariana Sandri Hellú, que souberam compreender minhas ausências em alguns momentos.

Ao meu amor, Thiago Rodrigues Vaz que me apoiou nas etapas mais difíceis desse desafio.

Quem escolhe aquela classe de atividade em que mais pode fazer em prol da humanidade jamais fraquejará diante das cargas que podem impor-se, já que estas não serão outra coisa que sacrifícios assumidos em interesse de todos; quem trabalha assim, não se contentará com prazeres egoístas, pequenos e mesquinhos, senão que se sua felicidade será o patrimônio de milhões de seres, seus feitos viverão caladamente, porém por toda uma eternidade, e suas cinzas se verão regadas pelas ardentes lágrimas de todos os homens nobres.

MARX

RESUMO

FERNANDES, Adriana Rodrigues. *O Trabalho na produção intelectual em Saúde Coletiva: uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2008*. Brasil, 2009. 73 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A presente dissertação focaliza a produção intelectual no tema do trabalho, realizada sob a forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado defendidas entre 1990 e 2008. Na pesquisa, deu-se prioridade à produção em Saúde Coletiva, sendo investigados 25 centros de pesquisa filiados à ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Foi possível identificar, entre 1990 e 2008, um total de 564 produções acadêmicas distribuídas entre dissertações de mestrado e teses de doutorado. Desta produção, 75% são dissertações e 25%, teses. A produção total apresentou-se concentrada nos Estados de São Paulo (221 publicações) e Rio de Janeiro (208 publicações), compondo juntos 76% de toda a produção no país. As cinco universidades que mais se destacam na produção da área são: FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), com 26,06% da produção nacional; USP (Universidade de São Paulo), com 18,79%; UNICAMP (Universidade de Campinas), com 14,54%; UFBA (Universidade Federal da Bahia), com 7,98% e UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), com 6,56%. Além da produção espacial, as dissertações e teses foram classificadas por áreas temáticas, sendo classificadas em 13 descritores. Os resultados revelam uma concentração nas áreas de saúde do trabalhador, higiene e segurança no trabalho e recursos humanos. Temas referentes a trabalho e desenvolvimento tecnológico; emprego e renda; mudanças nas relações de trabalho; qualidade de vida e trabalho, gênero e saúde foram identificados como os de mais baixa densidade. Esses segmentos constituem lacunas a serem superadas por centros não-hegemônicos. Uma sugestão é a consolidação de linhas de pesquisa, por meio de alianças institucionais em torno de temas com baixa produção. As instituições com índices menores de publicação podem concentrar seus esforços em uma expansão da produção no tema do trabalho, garantindo um crescimento e a desconcentração da produção intelectual do Brasil.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde coletiva. Pós-graduação. Produção intelectual no trabalho.

ABSTRACT

This dissertation focuses on the intellectual production in the theme of work conducted in the form of master's and doctoral theses, defended between 1990 and 2008. In the survey, priority was given to the production in Public Health, which investigated 25 research centers affiliated to ABRASCO (Brazilian Association of Collective Health). We identified, between 1990 and 2008, a total of 564 productions distributed among academic dissertations and doctoral theses. From this amount, 75% are master's and 25%, doctoral theses. Total production was concentrated in the states of São Paulo (221 publications) and Rio de Janeiro (208 publications), together making up 76% of all production in the country. The five universities that are most noticeable in the production area are: FIOCRUZ (Oswaldo Cruz Foundation), with 26.06% of the national production; USP (Sao Paulo University), with 18.79%; UNICAMP (University of Campinas), with 14.54%; UFBA (Federal University of Bahia), with 7.98%; and UERJ (Rio de Janeiro State University), with 6.56%. Besides the spatial production, the theses were classified by subject areas, and divided into 13 descriptors. The results show a concentration in the areas of occupational health, hygiene and safety and human resources. Topics related to work and technological development, employment and income, changes in labor relations, quality of life and work, gender and health were identified as the ones of lower density. These segments are gaps to be overcome by non-hegemonic centers. One suggestion is to consolidate lines of research, through institutional alliances around issues with low production. Institutions with lower rates of publication can concentrate their efforts on an expansion of production in the theme of work, ensuring growth and distribution of intellectual production in Brazil.

Keywords: Work. Collective health. Graduation. Intellectual production on Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Comparação dos Totais de Dissertações de Mestrado e de Teses de Doutorado no período de 1990 a 2008.....	50
Tabela 1	Produção Anual das Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado entre os anos de 1990 e 2008.....	51
Gráfico 2	Produção Anual das Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado entre os anos de 1990 e 2008.....	52
Gráfico 3	Produção Anual das Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado entre os anos de 1990 e 2008.....	53
Tabela 2	Produção Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado ao longo das décadas por universidade.....	55
Gráfico 4	Distribuição Total dos Trabalhos Pesquisados Relacionados a seus Respectivos Temas.....	57
Gráfico 5	Distribuição dos Trabalhos Pesquisados Relacionados aos Temas Relativos à área do Trabalho e Saúde e Outros Temas.....	58
Gráfico 6	Distribuição Percentual da Produção de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado por Instituições de Ensino Superior (IES).....	60
Tabela 3	Números de trabalhos publicados por Instituição do Ensino Superior (IES).....	61
Gráfico 7	Produção Intelectual da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) distribuída por Áreas Temáticas.....	61
Gráfico 8	Produção Intelectual da Universidade de São Paulo (USP) Distribuída por Áreas Temáticas.....	62
Gráfico 9	Produção Intelectual da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Distribuída por Áreas Temáticas.....	63
Gráfico 10	Produção Intelectual da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Distribuída por Áreas Temáticas.....	64
Gráfico 11	Produção Intelectual da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Distribuída por Áreas Temáticas.....	64
Gráfico 12	Produção Intelectual dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e outros.....	65

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	OBJETIVOS	13
1.1	Objetivos gerais	13
1.2	Objetivos específicos	13
2	METODOLOGIA	14
3	AS METAMORFOSES DO MUNDO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO ..	23
3.1	As metamorfoses do trabalho no Brasil	30
4	TRABALHO E SAÚDE	37
4.1	O campo da Saúde do Trabalhador	41
4.2	Trabalho e Saúde Coletiva.....	47
5	RESULTADOS E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS	50
6	CONCLUSÕES E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES	66
	REFERÊNCIAS	70

INTRODUÇÃO

A presente dissertação inclui-se em um projeto que tem como objetivo traçar um perfil da produção brasileira em algumas áreas do conhecimento relacionadas à Saúde Coletiva, que por enquanto são: saúde bucal, farmacêutica e trabalho. O estudo foi realizado com base na metodologia utilizada por Kornis, Maia e Fortuna (2006) e Kornis, Braga e Zaire (2006).

Devido à insuficiência de dados acerca da produção científica no campo do trabalho relacionado à Saúde Coletiva e tomando como referência o trabalho de Kornis, Maia e Fortuna (2006) no campo da Saúde Bucal, bem como o trabalho de Kornis, Braga e Zaire (2006) no campo da farmacêutica, foi realizado um levantamento da produção científica considerando exclusivamente as dissertações de mestrado e teses de doutorado produzidos de 1990 até 2008, no Brasil, com temas voltados para o trabalho.

Ao pesquisar os estudos relacionados à produção científica do tema trabalho já existentes para compor o corpo desta dissertação, notou-se que as produções estudadas estão associadas ao campo da Saúde do Trabalhador, sem o foco na Saúde Coletiva. Um exemplo é o trabalho de Mendes (2003), que realiza um traçado de toda a produção científica brasileira na forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado, relacionadas à saúde e ao trabalho nos anos de 1950 a 2002, neste estudo, o autor apresenta de forma sistemática e descritiva as 862 produções encontradas.

Outra pesquisa identificada foi realizada por Louzada (2005) que buscou a palavra saúde do trabalhador como um descritor em algumas bases de dados para traçar a pesquisa nesta área no Brasil. Foram identificados 53 grupos de pesquisa que estudam o tema, sendo que os dez primeiros grupos criados no país foram: Saúde Ambiental e Ocupacional (UFBA – 1976); Segurança e Saúde no Trabalho Rural (FUNDACENTRO – 1977); Centro de Pesquisas Epidemiológicas (UFPEL – 1982); Estudos Fenomenológicos Sobre a Morte e o Morrer (USP – 1986); Trabalho/Produção, Ambiente e Saúde (UFRJ – 1986); Organização do Trabalho e Saúde Mental (UFRJ – 1988); Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (USP – 1989); Laboratório de Educação Ambiental e Saúde (FIOCRUZ – 1990) e Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Reinserção Social (FUNREI – 1990). Neste estudo a autora identificou que a USP é a instituição com

maior número de grupos de pesquisa, em seguida vem a FIOCRUZ, UFRJ, UNICAMP, UFRGS, UERJ, UFPB, UFBA, UFF, UFPEL. Com relação à área de conhecimento, a maioria dos trabalhos se encontram na área da Saúde Coletiva, em seguida Enfermagem, Psicologia e Medicina. A região sudeste foi a eleita com o maior número de grupos de pesquisa, com destaque para São Paulo, com 16 grupos em 9 instituições.

Santana (2006) investiga a pesquisa na pós-graduação no campo da Saúde do Trabalhador entre 1970 e 2004, sendo encontrados 1025 trabalhos, com o foco das pesquisas nos temas: doenças ósteo-musculares, saúde mental e trabalhadores da área da saúde. Percebeu-se um pequeno número de trabalhos que se referem à questão do desemprego, câncer e suas relações com a ocupação, bem como a respeito dos trabalhadores da construção civil e setor primário da economia. Neste estudo, concluiu-se que com o crescimento dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e Saúde Coletiva ocorridos no país, houve um aumento significativo da produção científica na área da saúde do trabalhador.

É diante da interface trabalho e Saúde Coletiva que se investiga a produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado, buscando verificar como o campo da Saúde Coletiva está tratando desta importante área do conhecimento e de vida econômico-social.

A presente dissertação está estruturada em alguns seguimentos, a saber: na introdução é relatada a origem do tema e da construção da dissertação, o objeto da pesquisa, bem como algumas produções intelectuais realizadas no campo do trabalho. Apresentam-se também os objetivos, nos quais se expressam o que se pretende atingir por meio deste estudo de maneira geral e específica. Na metodologia são apresentados os procedimentos de trabalho adotados na pesquisa, a justificativa dos cortes temporais, os centros de pesquisa inclusos no estudo, algumas informações sobre a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), as bases de dados, bem como os descritores pesquisados. Os capítulos seguintes referem-se à fundamentação teórica, destacando-se as metamorfoses no mundo do trabalho no mundo e no Brasil. Ao retratar sobre as metamorfoses do mundo do trabalho contemporâneo, destacam-se os modelos de produção adotados deste a Revolução Industrial e sua evolução ao longo dos anos. Discorre-se sobre modelos como o fordismo e taylorismo, bem como a crise desses modos de produção, o surgimento de alternativas e o novo sistema característico da sociedade pós-

industrial. Relatam-se também as consequências do sistema de acumulação flexível na vida dos indivíduos, no mercado de trabalho e na sociedade como um todo. No mesmo capítulo destacam-se as metamorfoses do trabalho no Brasil, discutindo os aspectos específicos do país com relação às mudanças globais. Faz-se um retrocesso histórico buscando compreender os estágios em que o país passou com o processo de industrialização e também se retrata a especificidade do mercado de trabalho brasileiro. O próximo capítulo retrata as questões relacionadas ao trabalho e saúde, explicitando os conceitos do processo saúde e doença e os conceitos do trabalho, reconhecendo este último como um fator importante no processo saúde-doença. No mesmo capítulo destaca-se o surgimento e a evolução do campo da Saúde do Trabalhador, passando pela Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional até chegar ao campo da Saúde Coletiva, aspecto que é realçado no capítulo, havendo uma discussão referente à importância da interdisciplinaridade e das estratégias de promoção da saúde. Nos resultados e principais evidências são apresentados e sistematizados os principais dados coletados no curso do trabalho, bem como algumas análises deste material. As conclusões são articuladas no capítulo chamado: Conclusões e Possíveis Implicações, onde é realizado um exercício de análise para o futuro da produção científica, a partir dos resultados obtidos na presente investigação. Nas Referências, estão relacionadas as obras pesquisadas para a elaboração da presente dissertação.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivos gerais

- Racionalizar, reorientar e redimensionar a produção intelectual relativa ao campo do trabalho na área da Saúde Coletiva;
- Analisar a produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado no sentido de melhorá-la quantitativa e, sobretudo, qualitativamente.

1.2 Objetivos específicos

- Contribuir para ampliar a presença de pesquisas, publicações e, sobretudo, de titulações ancoradas em dissertações de mestrado e teses de doutorado centradas no trabalho enquanto um campo temático relevante para o avanço da Saúde Coletiva;
- Contribuir para reorientar a produção intelectual em Saúde Coletiva de modo a estimular a geração de novos conteúdos de conhecimento, bem como desconcentrar a produção intelectual, sobretudo no tocante às produções realizadas nos centros emergentes de formação e desenvolvimento.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa concentrou-se no levantamento, sistematização e análise da produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado realizado pelos centros de pesquisa da ABRASCO (Associação Brasileira em Saúde Coletiva), para o campo do trabalho.

A ABRASCO, criada em 1979, reúne os principais centros com programas de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva do país. Foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades-membro e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil. Esta instituição apóia e desenvolve projetos, seminários, oficinas, publicações e realiza os maiores congressos na área de Saúde Coletiva da América Latina.

Os 25 centros de pesquisa de pós-graduação filiados a ABRASCO que fizeram parte do escopo desta pesquisa são: Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP (Programa de Mestrado em Epidemiologia); Departamento de Saúde Comunitária FM / UFC (Programa de Mestrado em Saúde Pública); Núcleo de Saúde Pública NUSP / UFPE; Instituto de Saúde Coletiva ISC / UFBA (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado); Universidade Estadual do Ceará; Departamento de Saúde UEFS (Programa de Mestrado em Saúde Coletiva); Departamento de Medicina Social / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP (Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunidade – Mestrado e Doutorado); Instituto de Medicina Social IMS / UERJ (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado e Doutorado); Departamento de Medicina Preventiva NESC / UFRJ (Programa de Mestrado em Saúde Coletiva); UNICAMP (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado e Doutorado); Faculdade de Saúde Pública / USP (Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública); Departamento de Medicina Preventiva / Faculdade de Medicina / USP (Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva – Mestrado e Doutorado); Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ (Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher); Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Mestrado e Doutorado); Departamento de Medicina

Preventiva / Faculdade de Medicina / UFMG (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Mestrado); Departamento de Medicina Preventiva e Social/UFPEL (Programa de Mestrado e Doutorado em Epidemiologia); Centro Ciência da Saúde / UEL (Programa de Pós -graduação em Saúde Coletiva – Mestrado); Universidade Federal do Rio Grande do Sul / UFRGS (Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Mestrado e Doutorado); Centro de Ciências da Saúde / UFSC (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Mestrado); Universidade Luterana do Brasil / ULBRA (Programa de Pós-graduação, Mestrado em Saúde Coletiva); Universidade Federal do Espírito Santo (Programa de Pós-graduação em Atenção a Saúde Coletiva); Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado); Unisantos Saúde Coletiva; FIOCRUZ (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente); Universidade de Fortaleza / UNIFOR (Unifor Educação em Saúde).

Os cortes temporais que delimitaram o escopo da pesquisa configuram-se como um procedimento metodológico relevante. Foi selecionado o ano de 1990, pois ele é o ano da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080) que regulamenta o SUS segundo os princípios da Constituição Brasileira de 1988. A aprovação da nova Constituição desloca o foco da atuação política para a formulação e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, fundamental para a concretização dos avanços obtidos.

Nesta década, conforme citam Lima e Santana (2006), novos desafios se apresentaram, o que ocasionou novos questionamentos ao processo de formação na área de Saúde Coletiva. A necessidade de formar profissionais comprometidos com a implantação do SUS se confrontava com a necessidade de alinhamento entre academia e serviços. Uma vez que a área de Saúde Coletiva se constituía como uma nova área de conhecimento, outras iniciativas seriam adotadas para que fossem assegurados a qualidade e o reconhecimento institucional necessários às escolas de pós-graduação nesta área. Para isso, foi constituído, após uma avaliação dos cursos de mestrado e doutorado realizados no decorrer dos anos de 1995 e 1996, um comitê próprio no CNPq, que buscava discutir e desenvolver indicadores compatíveis com as especificidades da área de Saúde Coletiva (BELISÁRIO, 2002 *apud* LIMA e SANTANA, 2006).

Ao longo da década de 1990 foram desenvolvidas também, iniciativas destinadas a aproximar a área da saúde da área de ciência e tecnologia. Com isso vem se fortalecendo o diálogo entre esses dois campos de ação, o que implicou também em

novos debates e iniciativas por meio da reflexão teórica sobre os desafios postos pela concepção do Sistema Único de Saúde e por sua efetivação e, de outro, o fortalecimento da produção científica na área.

Após as etapas iniciais do desenvolvimento do SUS, surge a necessidade de retomar de maneira mais incisiva a produção de conhecimentos para apoiar esse processo. É nesse contexto que a produção acadêmica da ABRASCO, relacionada com a formação de pesquisadores e a produção de conhecimentos científicos, ganha relevância. A necessidade de demonstrar a competência e a capacidade técnica para concretizar as propostas políticas impõem à associação um novo rumo: o fortalecimento da pós-graduação e da produção científica. Este interesse respondia a dois tipos de problemas: de um lado, a necessidade de produzir novos conhecimentos que embasassem o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, e de outro, o questionamento que ainda existia, do caráter científico do campo.

No âmbito do CNPq, a associação passou a organizar de modo mais sistemático o processo de indicação de membros para o comitê assessor, garantindo maior organicidade à representação. Ao mesmo tempo foram promovidos seminários para discutir critérios para auxiliar no julgamento dos pedidos de bolsas e financiamentos a projetos, de modo a preservar os recursos destinados à Saúde Coletiva para pesquisadores realmente do campo.

Traçando um mapeamento dos Congressos realizados pela ABRASCO nesta década, Lima e Santana (2006) afirmam que neste momento, propício para se trabalhar com assuntos relacionados ao SUS, realiza-se o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (CBSC), em 1989, na cidade de São Paulo, apresentando como tema central o “Sistema Único de Saúde – conquista da sociedade”. Participaram cerca de 2.500 pessoas advindas tanto dos serviços de saúde quanto das instituições acadêmicas. Ocorre em um momento importante para a sociedade brasileira, quando irá se realizar a primeira eleição direta para presidente da República desde o Golpe Militar de 1964, numa conjuntura que contribui para que o congresso se transforme em espaço de definição de políticas, passíveis de serem cobradas dos futuros candidatos à presidência.

Tendo como tema central “Saúde como direito à vida”, ocorre em Porto Alegre (RS), em 1992, o III CBSC, em conjunto com o I Encontro de Saúde Coletiva do Cone-Sul. Observa-se que a ABRASCO amplia sua perspectiva como associação em defesa dos interesses da América Latina, chamando a atenção para as recentes

conquistas de toda a nação brasileira, como a Constituição e a criação do SUS, entre outras.

Com o tema “Saúde, o feito por fazer”, realiza-se em Olinda (PE), em 1994, o IV CBSC, a ABRASCO reúne cerca de 3.800 participantes nesse evento que conta, em sua programação, com um grande contingente de trabalhos científicos e diversas atividades.

Em 1997, em Águas de Lindóia (SP), acontece o V CBSC, com o tema “Saúde, responsabilidade do Estado contemporâneo”. Em número especial dedicado ao evento, a revista Tema, do Projeto Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde (Radis), *apud* Lima e Santana (2006), ressalta que poucos os momentos na história do Brasil tiveram a oportunidade de reunir um número tão expressivo de autoridades, gestores, profissionais, pesquisadores e usuários do sistema de saúde, com o objetivo de propor alternativas para o setor (NASCIMENTO, 1997 *apud* LIMA E SANTANA, 2006).

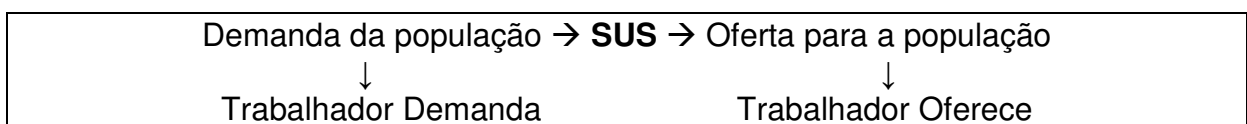
Embora nenhum nível de ensino, inclusive o de graduação, tenha ficado esquecido em toda a trajetória da ABRASCO, na década de 90 se observou um investimento maior na perspectiva de formação de recursos humanos nos níveis de mestrado e doutorado. Da metade da década de 80 até o início dos anos 90 – correspondendo ao período da VIII Conferência, da Constituição de 1988, da elaboração da Lei Orgânica da Saúde e do início do Sistema Único de Saúde, o SUS –, a associação enfatizou mais seu papel na formulação das políticas de saúde e na assessoria ao seu desenvolvimento. A partir de 1992, retornou ao seu papel precípua no âmbito da formação de recursos humanos, agora dando ênfase ao nível de mestrado e de doutorado. Esta última é uma etapa de reestruturação e reafirmação, pressionadas por transformações pelas quais o setor saúde vinha passando, o que exigia um novo perfil profissional na área da Saúde Coletiva. Tal momento também foi marcado por uma intensificação da divulgação da produção científica da entidade, com investimento numa livraria que passou a atender a leitores, professores e estudantes de todo o país, além do incremento dos veículos de divulgação e de publicações próprias, com a criação de duas revistas especializadas.

Essas informações nos permitem inferir que a partir da década de 90, houve uma consolidação da área da Saúde Coletiva, o que proporcionou uma grande

reorganização dos mestrados e o início dos doutorados, tendo como consequência um aumento do número de cursos de pós-graduação, congressos e publicações.

É também nesta década que o tema trabalho e suas transformações começam a ficar mais claras e intensas. Antunes (1995) afirma que o Brasil também passa pelas influências das transformações ocorridas no mundo do trabalho, principalmente na década de 80, quando o sindicalismo brasileiro vivenciou todas essas tendências: houve um enorme movimento grevista, ocorrendo uma expressiva expansão do sindicalismo dos assalariados médios e do setor de serviços, deu-se continuidade ao sindicalismo rural, houve o nascimento da CUT (Central Única dos Trabalhadores) e vivenciou-se um aumento no número de sindicatos. Paralelamente a esse processo, acentuavam-se tendências como a automação, robótica e a microeletrônica, que inseriam o sindicalismo em uma onda regressiva. O projeto de neoliberalismo de Collor impulsionou as propostas de desregulamentação, flexibilização, privatização acelerada e desindustrialização, o que fez com que o sindicalismo no Brasil recuasse.

Diante destas circunstâncias, pode-se entender que o trabalho atravessa o sistema de saúde por meio da demanda e oferta de serviços de assistência à saúde. A população, composta por trabalhadores (formais e informais) juntamente com seus dependentes (diretos e indiretos) são demandantes de assistência à saúde. Ao mesmo tempo em que os profissionais de saúde, que representam a oferta dos serviços, são representados pelos profissionais com formação direta e indireta na área de saúde, bem como os trabalhadores não especializados com atuação direta ou indireta na prestação de serviços de assistência a saúde (conforme quadro abaixo). Esses profissionais também vivenciam as transformações do mundo do trabalho.



Tal como reconhecido pelo artigo 3º da Lei 8.080 / 90, citada em Brasil (2005), a maioria de usuários do SUS é composta por trabalhadores rurais e urbanos, constituindo a População Economicamente Ativa (PEA), que totaliza cerca de 60%

da população brasileira, de acordo com dados do IBGE (1995). À população brasileira é assegurada, nos termos do artigo 7º, inciso II, dessa Lei, a:

“integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, **exigidos para cada caso**, em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 2005, p. 107)

Esses dispositivos justificam as exigências legais de incorporação das ações de saúde do trabalhador entre as ações do SUS, como estabelece o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, em todas as esferas de governo e em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde.” (BRASIL, 2005, p. 107)

O motivo pela escolha do recorte no ano de 2008 se justifica pela data da defesa da dissertação, em novembro de 2009, não havendo, portanto a produção total deste ano. O levantamento de dados foi realizado no período de 20 de maio a 13 de setembro de 2009.

Para a busca das dissertações de mestrado e teses de doutorado do presente estudo foram utilizadas as seguintes bases de dados:

- Portal CAPES de teses e dissertações (<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/>);
- Portal de Teses e Dissertações em Saúde Pública da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (<http://thesis.cict.fiocruz.br>), nas seguintes bases de dados bibliográficas:
 - Bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde), também acessado por: <http://www.bireme.br/php/index.php>;
 - Bases de dados Thesis;
 - Bases de dados BDTD (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações), também acessado por <http://bdt.d.ibict.br/busca/avancada.jsp>;
- UFRGS (<http://www.lume.ufrgs.br>);
- UFSC (<http://aspro02.npd.ufsc.br/pergamum/biblioteca/index.php>);
- UNICAMP (<http://libdigi.unicamp.br/>);
- UNESP (http://www.athena.biblioteca.unesp.br/F/?func=find-b-0&local_base=BDTD);
- USP (www.teses.usp.br);

- UFBA (<http://www.odo.ufba.br/>)
- UERJ (<http://www.bvsims.uerj.br>)

Para a pesquisa, não foi utilizada a bases de dados da PUC-SP (utilizada na pesquisa da área de Kornis, Maia e Fortuna, 2006) devido ao fato desta instituição não ser filiada à Abrasco.

Foram utilizados descritores de assunto, que expressam áreas da produção, definidos por SPINK *et al* (2007), como nomeações de temáticas de interesse de pesquisadores e referências teóricas que definem identidades em redes de complexidade, exercendo o papel de estratégias da comunicação para propiciar o diálogo entre pesquisadores. Todos os dados foram cruzados entre as diversas bases para corrigir possíveis distorções na contagem.

Os descritores de assunto utilizados foram: **saúde/trabalhador, saúde mental/trabalho, mudanças/trabalho, trabalho/gênero, segurança/trabalho, qualidade/vida/ trabalho, emprego, trabalho informal, trabalho/tecnologia, recursos humanos e trabalho/subjetividade.**

Os trabalhos selecionados foram categorizados em 13 áreas: **Trabalho e Saúde do Trabalhador; Trabalho e Saúde Mental; Mudanças nas Relações de Trabalho; Trabalho, Gênero e Saúde; Trabalho, Higiene e Segurança; Trabalho e Qualidade de Vida; Trabalho, Emprego e Renda; Trabalho Informal e Vulnerabilidade Social; Trabalho e Desenvolvimento Tecnológico; Trabalho e Recursos Humanos; Trabalho e Políticas Públicas; Trabalho e Subjetividade; Outros temas relativos ao trabalho.**

Após a busca das dissertações de mestrado e teses de doutorado nas bases de dados, a autora agregou os trabalhos nas categorias descritas acima. Em um primeiro momento foi elaborada uma lista prévia com algumas áreas categorizadas como: Trabalho e Saúde do Trabalhador; Trabalho e Saúde Mental; Mudanças nas Relações de Trabalho; Trabalho, Gênero e Saúde; Trabalho, Emprego e Renda; Trabalho Informal e Vulnerabilidade Social; Trabalho e Desenvolvimento Tecnológico; Trabalho e Recursos Humanos; Trabalho e Políticas Públicas; Trabalho e Subjetividade. Após a leitura e análise dos resumos foram acrescentadas mais duas categorias, a saber: Trabalho, Higiene e Segurança; Trabalho e Qualidade de Vida.

A categoria **Trabalho e Saúde do Trabalhador** incluiu os trabalhos que estão relacionados à epidemiologia; doenças ocupacionais; processos relacionados à saúde/doença dos trabalhadores; promoção da saúde no trabalho e reabilitação profissional.

Na área temática **Trabalho e Saúde Mental**, foram classificados os trabalhos que tratam da questão da saúde/doença mental relacionadas ao trabalho; psicodinâmica do trabalho e algumas psicopatologias relacionadas ao trabalho.

Os trabalhos incluídos na categoria **Mudanças nas Relações de Trabalho** abrangem as discussões relacionadas à flexibilização das relações de trabalho e novas formas de organização do trabalho.

Trabalho, Gênero e Saúde foi a maneira escolhida para categorizar os trabalhos que relatam o trabalho feminino; as novas formas de inserção da mulher no contexto do trabalho e a sua relação com o processo saúde/doença.

Em **Trabalho, Higiene e Segurança** foram classificadas as teses e dissertações que investigam as exposições ocupacionais; trabalhos de risco e acidentes de trabalho.

A categoria **Trabalho e Qualidade de Vida** refere-se, como o próprio nome diz, a estudos relativos ao processo de saúde relacionado à Qualidade de Vida no trabalho.

Trabalho, Emprego e Renda incluem os trabalhos que discorrem sobre as questões relacionadas ao desemprego e ao mercado de trabalho.

Para classificar as produções que tratam do foco da precarização do trabalho e trabalhos relacionados ao setor informal foi utilizada a categoria: **Trabalho Informal e Vulnerabilidade Social**.

Trabalho e Desenvolvimento Tecnológico é o nome da categoria criada para descrever as produções que retratam a tecnologia como fator de interferência nas questões do trabalho.

A categoria **Trabalho e Recursos Humanos** relaciona os trabalhos que verificam a formação e desenvolvimento dos trabalhadores; questões referentes ao processo, gestão do trabalho e recursos humanos no SUS.

Trabalho e Políticas Públicas agregam as produções que discorrem sobre a legislação relacionada ao trabalho; questões referentes à assistência do trabalhador e a políticas na área de saúde dos trabalhadores.

Com a área temática **Trabalho e Subjetividade** buscou-se englobar as produções relacionadas às percepções e representações sociais dos trabalhadores com relação a seus respectivos trabalhos e questões relacionadas ao prazer e sofrimento psíquico no trabalho.

Os trabalhos classificados em **Outros temas relativos ao trabalho** envolvem temas que não se encaixam em nenhum dos anteriores, como: questões relacionadas ao absenteísmo, assédio moral, psicologia do trabalho, entre outros.

3 AS METAMORFOSES DO MUNDO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO

O presente capítulo apresenta as transformações pelas quais a concepção do trabalho vem passando, desde a época do fordismo até o chamado sistema de acumulação flexível. Trata também das mudanças no comportamento, no modo de vida das pessoas e do surgimento de novas formas de emprego, em decorrência das alterações nos processos de trabalho. Em um segundo momento, argumentam-se as transformações ocorridas no Brasil, passando por um traçado que dá destaque aos principais pontos históricos governamentais, referentes à economia e ao processo de industrialização brasileiro. Retratam-se também as peculiaridades do mercado de trabalho nacional.

O trabalho é um importante vetor das transformações sociais desde o século XVIII até o presente. Por ser uma atividade que envolve as dimensões física, psíquica e social do homem em seu cotidiano, exerce importante papel na própria construção da subjetividade humana. A organização do trabalho e as relações de produção exercem influência na saúde física e mental do trabalhador, visto que este significa sua atividade de maneira subjetiva e objetiva, constituindo sua identidade, representações e sentidos. O trabalho, ao produzir processos de formação e transformação da consciência das pessoas vai se converter em processos de significação como a criação de significados sociais e sentimentos pessoais para a atividade.

Com o objetivo de entender a elaboração da noção de trabalho, assinala-se a organização do processo fabril, emergente no final do século XVIII na Inglaterra, como uma referência histórica importante (BLASS, 1997). Por esse motivo, realizar-se-á uma breve retrospectiva na história da sociedade industrial, antes do início da discussão sobre a sociedade pós-industrial e as transformações consequentes ocorridas no mundo do trabalho.

Nesse primeiro modo de organização, a Escola da Administração Científica (teoria elaborada por Frederick Winslow Taylor e aperfeiçoada por Henry Ford), é a escola que se destaca apresentando a ideia de trabalho associada à execução de tarefas de caráter profissional, portanto pagas, assalariadas e exercidas predominantemente pelos homens nas fábricas (FREYSSINET, 1993, *in* BLASS, 1997). Esse sistema de trabalho colocava grande ênfase na busca da maior eficiência nas etapas do processo produtivo, utilizando-se da chamada Organização

Racional do Trabalho como instrumento de aperfeiçoamento das tarefas, criando um novo modo de produção em grande escala, denominado produção em série, que condicionaria a produção industrial do século XX.

Para Antunes (1995), o fordismo é a forma que a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo do século XX. Seus elementos constitutivos fundamentam-se na produção em massa, por meio da linha de montagem e de produtos mais homogêneos, produção em série e do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro *taylorista*, pela fragmentação de funções e pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho.

No Modelo de Desenvolvimento Fordista (1940-1970), a organização do trabalho era voltada para a racionalização e a mecanização, o Estado funcionava como o regulador da economia e no plano internacional a regulação era negociada entre parceiros, os EUA funcionavam como um modelo para os outros países e sua moeda, o dólar, era reconhecida internacionalmente. Mas no período de 1965 a 1973, a incapacidade desse sistema se tornou cada vez mais evidente.

Como causas para essa crise, destacam-se a decrescência dos ganhos de produtividade, a competitividade do Japão e da Europa, que em meados dos anos 60, encontravam-se recuperados do pós-guerra, seu mercado interno estava saturado e o impulso para criar mercados de exportação para os seus excedentes tinha de começar (HARVEY, 2000). O Choque do Petróleo em 1973, também contribuiu para a mudança do paradigma fordista, quando a OPEP (Organização dos Países Exportadores de Petróleo) decidiu aumentar os preços e os árabes decidiram embargar as exportações para o Ocidente, durante a guerra árabe – israelense deste mesmo ano.

Harvey (2000), afirma que isso mudou o custo relativo dos insumos de energia, levando todos os segmentos da economia a buscarem modos de economizar através da mudança tecnológica e organizacional. A forte deflação de 1973 – 1975 indicou que as finanças do Estado estavam além dos recursos, criando uma profunda crise fiscal e de legitimação. A recessão de 1973 pôs em movimento um conjunto de processos que solaparam o compromisso fordista. O Estado passou por uma crise, com problemas de rigidez nos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo. Os sistemas de produção em massa impediam a flexibilidade de planejamento e presumiam crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Havia problemas de rigidez nos mercados, bem como nos

contratos de trabalho. Toda tentativa de superar esses problemas encontrava a força do poder da classe trabalhadora – o que explica as ondas de greve e os problemas trabalhistas do período de 1968 a 1972 (HARVEY, 2000).

Em conseqüência, as décadas de 70 e 80 foram um conturbado período de reestruturação econômica, de reajustamento social e político, o que se torna um campo fértil para o desabrochar dos primeiros ímpetos da passagem para um regime de acumulação novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinto. A partir dos anos 70, o capitalismo começou a dar sinais de um quadro crítico.

Antunes (1995), afirma que a década de 80 presenciou “profundas transformações no mundo do trabalho, nas suas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação sindical e política”. Fatores como o grande salto tecnológico ocorrido na época, o desenvolvimento da automação, da robótica e da microeletrônica nas indústrias, trazem conseqüências para as relações de trabalho e para a produção de capital. O fordismo e o *taylorismo* já não são os únicos e mesclam-se com outros processos produtivos.

O entendimento dos elementos constitutivos dessa crise, para Antunes (1999), é de grande complexidade, uma vez que neste período ocorreram mutações econômicas, sociais, políticas, ideológicas com fortes repercussões na subjetividade e nos valores dos trabalhadores.

É neste momento histórico (entre as décadas de 80 e 90) que ocorre a passagem da produção em massa para a produção flexível, denominada de Pós-Fordismo, ou sociedade Pós-Industrial. Iniciada após a crise do fordismo, traz consigo o paradigma capitalista da acumulação flexível. Esse paradigma aponta diversas mudanças políticas, sociais e econômicas mundiais, nas quais estão inseridas transformações nas relações de trabalho. A utilização de novas tecnologias, processos produtivos mais flexíveis como a redução da força de trabalho e a introdução de vínculos variados entre trabalhador e empresa, são alguns exemplos dessas transformações.

Como resposta à crise, de acordo com Antunes (1999, p.31):

“iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal (...); a isso se seguiu um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o

capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores.”

Castells (1999) afirma que com o surgimento das novas tecnologias, as linhas de montagem típicas das grandes empresas passaram por uma transformação, formando unidades de produção de fácil programação que poderiam atender as variações do mercado com relação à necessidade de flexibilização dos produtos e dos processos.

Entre os exemplos de um modelo alternativo ao binômio *taylorismo* / *fordismo*, destaca-se o *toyotismo*, modelo japonês ou *ohnismo* (de Ohno, engenheiro que o criou na fábrica Toyota após 1945). Este modelo surge mesclando-se ou até mesmo substituindo o padrão fordista dominante, pela necessidade de se operar simultaneamente várias máquinas, com a introdução da indústria automobilística japonesa e a experiência no ramo têxtil. As empresas tiveram que buscar recursos para lidar com a crise financeira, necessitando aumentar a produção sem aumentar o número de trabalhadores. Para isso, foram utilizadas novas técnicas e processos de produção, como o *kanban*, advinda dos grandes supermercados americanos, pela necessidade de atender a demanda por produtos diferenciados e pedidos pequenos, dadas as condições limitadas do pós-guerra no Japão. (ANTUNES, 1995).

O *toyotismo* diferencia-se do *fordismo* por se tratar de uma produção muito vinculada à demanda, fundamentando-se no trabalho operário em equipe e tendo como alguns de seus princípios o *just in time* (melhor aproveitamento possível do tempo de produção) e os CCQs (Círculos de Controle de Qualidade, nos quais os trabalhadores discutem seu trabalho e desempenho visando a melhoria da produtividade). As empresas que trabalham de acordo com este modelo, possuem também uma estrutura horizontalizada, ao contrário do modelo fordista. (ANTUNES, 1999).

A acumulação flexível, de acordo com Corsi (1997), visa a busca de espaços mais amplos e desregulamentados de acumulação bem como uma reestruturação e reorganização da produção. Os traços principais são: a utilização intensa de novas tecnologias; a organização de processos produtivos mais flexíveis e prontos a responder de forma ágil às necessidades do mercado ao lado da continuação da produção em massa; a redução da força de trabalho, com a introdução de vínculos variados e relativamente frouxos entre o trabalhador e a empresa e a realocação espacial entre alguns países de vários segmentos produtivos.

Castells (1999), chama esse novo sistema de sociedade informacional, atribuindo a esta algumas características como: eliminação gradual do emprego rural; declínio do emprego industrial tradicional; aumento e diversificação das atividades dos setores de serviços e uma elevação do emprego para profissionais especializados e técnicos.

Blass (1997) afirma que o sistema de acumulação flexível implica na fragmentação e dispersão geográfica das unidades produtivas que são definidas e distribuídas conforme atividades-fim. O seu objetivo seria atender melhor as demandas de mercado e reduzir custos, eliminar os excessos de força de trabalho e de matéria-prima. Implanta-se a “produção enxuta”, que implica no aparecimento de um número significativo de pequenas e microempresas, organizadas em rede e, muitas vezes, funcionando a domicílio. Os diferentes processos de trabalho articulam-se e são centralizados numa empresa principal à qual estão atreladas. O trabalho torna-se flexível numa rede de firmas independentes capazes de reagir a mudanças no mercado mundial (conjunto de firmas ou desintegração de grandes empresas). Castells (1999) chama esta nova organização de sociedade em rede, explicitando que a economia atual está organizada em “redes globais de capital, gerenciamento a informação cujo acesso a *know-how* tecnológico é importantíssimo para a produtividade e competitividade.” (p.567).

Nascimento (1997) cita algumas das características da sociedade pós-industrial, afirmando ser uma sociedade movida por informações e dirigida por técnico-cientistas: a proeminência do setor de serviços, com o correspondente crescimento dos trabalhadores de “colarinho branco”; a primazia do saber técnico e o planejamento do desenvolvimento tecnológico.

Harvey (2000) detalha esse novo sistema, que se apóia na flexibilidade dos processos e mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de novos setores de produção, por novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, criando um vasto movimento do emprego no “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais novos em regiões até então subdesenvolvidas. De acordo com esse mesmo autor, a *acumulação flexível* implica níveis relativamente altos de desemprego estrutural,

rápida destruição e reconstrução de habilidades, ganhos modestos (quando há) de salários reais e o retrocesso do poder sindical.

Harvey (2000) ainda cita que o mercado de trabalho passou por uma radical reestruturação. Diante de sua forte volatilidade, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os empresários tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregados ou subempregados) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. Surge então a aparente redução do emprego regular em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado. O resultado é uma estrutura de mercado de trabalho que contém alguns tipos de grupos:

- O grupo central de mercado de trabalho primário, que tem uma condição permanente e uma flexibilidade funcional, que seriam os empregados em tempo integral;
- Um primeiro grupo periférico caracterizado pelo mercado de trabalho secundário, com uma flexibilidade numérica, adotando um trabalho rotineiro e manual menos especializado e facilmente disponível no mercado;
- E um segundo grupo periférico, contendo os contratos de curto prazo, trabalho em tempo parcial, empregados casuais, temporários, que têm menos segurança de emprego.

Em conseqüência, surgem as agências de temporários, o aumento dos deslocamentos das multinacionais em outros países, a subcontratação e os autônomos. A atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores “centrais” e empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos quando as coisas ficam ruins. A subcontratação e a produção em pequenos lotes conseguiram superar a rigidez do sistema fordista e de atender uma gama bem mais ampla de necessidades do mercado, incluindo as rapidamente cambiáveis.

De acordo com Antunes (1995), o resultado mais brutal das transformações do capitalismo contemporâneo é a expansão do desemprego estrutural, que de um lado, reduz o operariado industrial e fabril; e de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento do setor de serviços. Ocorre, portanto, um processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe

trabalhadora, incorporando também o trabalho feminino e excluindo os mais jovens e mais velhos. Pode-se constatar um processo de intelectualização do trabalho manual e ao mesmo tempo, uma desqualificação e subproletarização intensificadas, presentes no trabalho precário, informal, temporário, parcial, subcontratado, etc.

Em meio a um mundo de rápidas mudanças de gostos e necessidades e de sistemas de produção flexíveis (em oposição ao mundo relativamente estável do fordismo padronizado), o conhecimento científico e técnico é agora uma mercadoria muito valorizada. O conhecimento da última técnica, do mais novo produto, da mais recente descoberta científica, implica a possibilidade de alcançar uma importante vantagem competitiva. O próprio saber se torna uma mercadoria – chave a ser produzida e vendida.

Sennett (2001) afirma que este sistema de produção em que o trabalhador está inserido traz consequências a sua saúde mental e vida cotidiana: novas angústias emergem e merecem uma reflexão. Em um primeiro momento, o que se percebe é que as pessoas estão perdendo seus vínculos. Antigamente, antes do novo capitalismo, os trabalhadores exerciam a mesma função durante anos em uma mesma empresa. O que se percebe hoje é um afrouxamento dessa relação: o sistema capitalista atual está moldado de tal maneira que a sociedade organiza-se de maneira diferente. Não se espera mais uma grande estabilidade do trabalhador, mas sim, uma imensa capacidade de se adaptar a diversas situações e ambientes. É raro hoje as pessoas encontrarem um trabalhador que está há 30 anos em uma mesma empresa, o que acontece são profissionais que circulam em várias corporações e permanecem nestas em um período mais curto, de 5 ou 6 anos, por exemplo. Em meio a essa eterna busca de adaptação, surgem necessidades de viagens, mudanças de cidade, novos meios e modos de trabalho como supervisão de pessoas via *internet* e trabalho em casa, com jornada diversificada e horário flexível.

Bauman (2008) relata que a vida laboral está repleta de incerteza, principalmente pela força individualizante que rodeia a contemporaneidade. Os trabalhadores não enxergam razão para se apegarem a seus empregos ou desenvolverem relações duradouras com seus colegas de trabalho, visto que hoje em dia o que predomina é a mentalidade de curto prazo. Casamentos tradicionais com a frase “até que a morte os separe” constituem raridades, os sócios não ficam por muito tempo nas companhias uns dos outros, a ideia de interesses comuns fica

cada vez mais distante, sendo que medos, ansiedades e tristezas passam a ser sofridos sozinhos.

De acordo com Jacques e Codo (2002), as palavras de ordem são: qualidade, produtividade, autonomia, criatividade, versatilidade, polivalência, e claro, flexibilidade. Luta-se contra a burocracia, contra a rotina, buscam-se no mercado de trabalho pessoas ágeis, que gostem de trabalhar com desafios e novas experiências, com capacidade criativa e argumentativa, que assumam e corram riscos. A palavra carreira (com estabilidade de emprego, de forma estruturada) parece estar em extinção. O que ocorre é uma migração de um trabalho para outro e grandes corporações “brigando” pelos funcionários considerados competentes. Ser competente na sociedade pós-industrial significa poder “sobreviver” de maneira “saudável” em meio a todas as mudanças do dia a dia.

Os indivíduos da pós-modernidade estarão sujeitos a menos estabilidade no emprego, a maiores dificuldades para a mobilização social, a empregos de contratos temporários sem direito a vínculos empregatícios e benefícios, à contínua preocupação quanto a sua formação teórico-prática, etc. O mundo contemporâneo segundo Batista e Codo *apud* Jacques e Codo (2002) busca um sujeito ao mesmo tempo senhor de si e escravo das exigências da nova ordem.

3.1 As metamorfoses do trabalho no Brasil

Diante da discussão das transformações no mundo do trabalho, passa-se a refletir quais são os reflexos dessas mudanças globais no Brasil. Vargas (2003) afirma que as relações entre trabalho e saúde neste país assemelham-se a uma “colcha de retalhos” (p. 24) visto que há a predominância de várias situações de trabalho em diferentes estágios de incorporação tecnológica, com diversas formas de gestão, organização e contrato de trabalho. Modernidade e traços históricos coexistem, tendo uma profunda relação com as conjunturas políticas e econômicas do Brasil. Baltar e Proni (1995) afirmam que a rapidez dos processos de industrialização e urbanização no país, em uma sociedade ainda muito marcada por um passado colonial-escravagista, torna o Brasil um país com algumas peculiaridades. O processo de industrialização brasileiro foi marcado por uma intensa repressão à atividade sindical, bem como pela despreocupação das autoridades públicas para com as formas de uso do trabalho e o nível dos salários.

Mattoso (1992) realiza um traçado histórico do Brasil retratando cenários políticos e econômicos que refletem as questões da crise e do trabalho no Brasil. Inicia sua discussão no pós-guerra, em meados de 30 quando o país se transforma em uma economia urbana, industrial e cada vez mais complexa. Quadros (1991) afirma que a diferença entre o Brasil e os países do capitalismo central (Europa, por exemplo) no pós-guerra se concentra no fato de que nestes últimos, após a expansão econômica houve a elevação dos salários reais e uma intensificação da ação social do Estado, o chamado "*Welfare State*". Já o Brasil, teve seu desenvolvimento sob um comando conservador, que circunscrevia as melhorias sociais como um mero desdobramento do desenvolvimento econômico, o que acarretou em um elevado dinamismo econômico, mas um enorme descaso social, com agravo na miséria e marginalidade urbana.

Várias dificuldades foram encontradas entre os anos 40 e 50, visto que houve uma brusca transformação: os trabalhadores passaram de funções rurais, sem direitos, para empregados assalariados e urbanos. Nos anos 50, surgem tentativas de organização popular, com foco em reformas estruturais e conquistas sociais, mas estas não tiveram sucesso devido ao golpe de estado de 1964. (BALTAR e PRONI, 1995).

Pontos históricos importantes tratam do governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), que lança mão do plano econômico desenvolvido por Vargas (1951-1954), abandonando suas propostas de desenvolvimento social. A ditadura militar em 1964 favoreceu o processo de concentração de renda por meio do impedimento da força sindical e da organização popular, propiciando um ambiente excludente e desigual. O governo militar abandonou completamente a tentativa de 1964 de manutenção e elevação do salário mínimo legal e substituiu o instituto da estabilidade no emprego pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o que permitiu a maior rotatividade da mão-de-obra não qualificada. (BALTAR e PRONI, 1995)

De 1968 a 1970, ocorre o chamado "milagre brasileiro" no período de enfrentamento da crise econômica, quando ocorrem certa ascensão e mobilidade social, mas ainda com um caráter excludente e socialmente perverso (QUADROS, 1991). Na década de 70, o padrão de utilização da força de trabalho foi a exploração predatória por meio da aceleração do ritmo, da jornada e das horas-extras, bem como uma política de manter os salários bem abaixo da produtividade. Em meados

da década de 70, o movimento sindical rompe as barreiras da repressão e do regime militar e se manifesta através das greves de 1978 e 1979, bem como com o “Movimento das Diretas Já”, nas quais foram reconquistados direitos com a ampliação da sindicalização.

Apesar desses avanços ocorridos ao longo da década de 80, as forças de esquerda não conseguiram competir com as forças conservadoras, ocorrendo uma crise econômico-social. Esta crise dá-se devido ao foco no pagamento da dívida externa, com ajustes recessivos, dificuldade nas importações e juros altos, o que favoreceu um processo de estagnação tecnológica no país, expandindo-se a inflação e um período de incertezas (MATTOSO, 1992). Devido a incertezas como a diminuição das importações e a proteção indiscriminada do mercado interno, passaram a ser produzidos no país, bens de uso final, como peças e componentes, que em outra época seriam comprados de outros países (BALTAR E PRONI, 1995).

No ponto de vista econômico, Ferreira (1993) aponta que a década de 80 foi marcada pela forte desaceleração do crescimento, ao mesmo tempo em que houve um processo de modernização tecnológica e organizacional das atividades econômicas com foco nos setores financeiro e ramos da indústria de exportação. Paralelamente a isso, introduz-se a automação microeletrônica, com um caráter ainda restrito ao ser comparado com os mesmos processos nos países centrais ou periféricos como a Coreia do Sul. De acordo com Baltar e Proni (1995), ocorre nesta década o começo de uma modificação na organização dos processos produtivos e empresariais na indústria, refletindo na racionalização, aumento da produtividade e a terceirização de funções.

Baltar e Proni (1995) afirmam que nos anos 90, evidentes mudanças no mercado de trabalho foram identificadas: enxugamento do quadro de pessoal das grandes empresas, instabilidade de emprego e baixos níveis salariais. A situação se agrava quando se pensa em termos de mercado de trabalho: índices de desemprego, subemprego, dificuldade para inserção do jovem e trabalhadores com idade avançada no mercado de trabalho.

A crise dos anos 80 se prolongou até os anos 90, como reflexo da incapacidade da incorporação dinâmica à economia internacional. Para a retomada do crescimento, há a necessidade à reordenação dos “parâmetros de produção, acumulação e consumo” (MATTOSO, 1992, p.10). Concordando com a posição de Vargas (2003) no que se refere a “colcha de retalhos”, Mattoso (1992) afirma que o

Brasil tem a necessidade de enfrentar ao mesmo tempo as questões resultantes do seu passado (exclusão social, concentração de renda, heterogeneidade do mercado de trabalho, altos índices de subemprego e baixos salários, legislação trabalhista de cunho corporativo, sindicatos pouco organizados e empresariado não acostumado a dividir poder e resistente à negociação direta) e os problemas relacionados ao futuro (consequências das recentes transformações financeiras, produtivas e tecnológicas, flexibilização de máquinas, equipamentos e organização industrial, desemprego estrutural, fragmentação e dispersão de mão-de-obra, novas exigências de qualificação, expansão de postos de trabalho precários, etc.).

Para Ferreira (1993), no que diz respeito ao mercado de trabalho brasileiro, há a existência de um contingente extremamente numeroso de trabalhadores que estão inseridos no mercado informal da economia, trabalhando de maneira autônoma ou sem carteira assinada, mesmo nos centros considerados desenvolvidos do país. Com a disponibilidade de mão-de-obra e profunda segmentação do mercado de trabalho no início da industrialização, havia força de trabalho disponível e considerada adequada. Na medida em que as indústrias se expandiram, foi-se criando uma camada de trabalhadores considerados centrais (estáveis e qualificados) e outra camada de trabalhadores considerados não-qualificados ou semiquilificados que migravam para diferentes empresas.

Baltar e Proni (1995) afirmam que no Brasil é elevada a frequência de troca de emprego, as empresas baseiam suas contratações de acordo com o ritmo de produção e a venda de produtos, contratando apenas a medida que a produção cresce, dispensando parte do pessoal quando as vendas diminuem. A facilidade de contratar e demitir provoca uma relação contratual muito flexível: um núcleo pequeno de trabalhadores com emprego estável e a flutuação sazonal e cíclica da atividade econômica. Ocorre também a conhecida distribuição assimétrica, dispersa e desigual de remuneração.

O próprio trabalhador considerado no auge de sua fase produtiva pode também encontrar dificuldades para continuar empregado, mesmo trocando várias vezes de empregador. Sem muitas oportunidades de acumular tempo de serviço, o trabalhador com pouca escolaridade dificilmente consegue elevar sua remuneração. Em contrapartida, os trabalhadores com grau de instrução mais elevado começam a carreira com uma remuneração média bem maior e distanciam-se cada vez mais de seu salário inicial a partir do aumento da experiência profissional. Verifica-se um

núcleo muito pequeno de trabalhadores com emprego estável, muitas vezes relacionado diretamente ao setor de atividade para o qual trabalha. Por exemplo: trabalhadores empregados na administração pública têm mais estabilidade ao serem comparados com trabalhadores do segmento da construção civil. (BALTAR e PRONI, 1995)

Os mesmos autores supracitados afirmam que a recuperação da economia brasileira se deu entre 1993 e 1994, quando os recursos do mercado financeiro internacional voltaram a ser investidos em ativos de países endividados como o Brasil, que foi favorecido pela entrada de recursos financeiros internacionais. Este fato viabilizou a tentativa de atacar a inflação pela valorização da moeda nacional e pela abertura da economia ao comércio externo. O avanço da democracia deixou evidente algumas demandas sociais, vários questionamentos e algumas mudanças nos processos de produção, organização e gerenciamento do trabalho, hierarquias de supervisão e controle, bem como nos requisitos de qualificação, escolarização e comportamento dos trabalhadores. Devido à alta competitividade, as empresas estão buscando eficiência e qualidade, embora se comparadas às empresas internacionais, o Brasil ainda fica atrás nos quesitos referentes aos padrões ideais de uso da força de trabalho sob as novas condições técnicas e organizacionais das empresas.

Outra questão apontada pelos autores citados acima é ainda o escasso poder de barganha e de representação dos sindicatos. As empresas trabalham com toda liberdade para contratar, dispensar, estabelecer horas extras, definir as funções e o ambiente de trabalho, a chefia intermediária ainda continua extremamente autoritária e o trabalhador não se envolve nas tomadas de decisão sobre a organização da produção. As questões referentes à remuneração ainda permanecem muito diferenciadas, com níveis muito baixos e o emprego continua instável, impedindo maior especialização e treinamento dos trabalhadores. Em algumas empresas a introdução de novos equipamentos e as mudanças na organização e gestão da produção e do trabalho tem provocado a redução das chefias intermediárias, integração do escritório com a fábrica, envolvimento do trabalho operacional com o trabalho de inspeção e controle de qualidade, o que reflete na diminuição do número de funcionários nas empresas, com foco na desverticalização e terceirização das funções.

“As consequências mais visíveis são uma redução do refugo, do retrabalho, do tempo de entrega, do *set up*, do tempo perdido por quebra de equipamentos. Ou seja, busca-se uma maior e melhor produção com um quadro funcional menor e melhor preparado.” (BALTAR e PRONI, 1995, p. 36).

Esta racionalização da produção apontada pelos autores tem consequências negativas ao mercado de trabalho nos principais centros urbanos, uma vez que se reduz o emprego formal, atingindo inclusive as categorias profissionais mais organizadas. Uma reação a esta tendência é o aumento das ocupações informais. De acordo com Baltar e Proni (1995), este aumento das ocupações informais ocorreu de maneira diferente nos períodos de 1989 a 1992 e pós 1993. No primeiro período, durante a recessão, o número de trabalhadores autônomos aumentou consideravelmente, bem como os empregos domésticos, enquanto que o aumento dos empregados sem carteira de trabalho foi mais lento. No segundo período, já na recuperação da economia brasileira, tornou-se mais rápido o crescimento dos autônomos que prestam serviços às empresas, aumentou também o número de trabalhadores sem carteira e o crescimento dos empregos domésticos estagnou.

Diante dessa realidade, propostas de desregulamentação do trabalho têm ganhado força, no sentido de proporcionar menores custos aos empregadores: busca-se o impedimento do aumento do desemprego através de um maior volume de emprego desregulamentado. Um dos desafios apontado por Quadros (1991) é a indagação referente à inserção do Brasil no novo padrão de desenvolvimento do capitalismo mundial. A geração de novas oportunidades de emprego necessita de um crescimento substancial da economia, com ampliação da infra-estrutura básica, o que exige uma expansão dos processos produtivos. Outro foco a ser encarado é com relação à reversão do quadro de extrema desigualdade sócio-econômica, que requer um esforço político de um lado para pressionar o Estado em atuar em prol da retomada do desenvolvimento econômico. Por outro lado, há a necessidade do fortalecimento do sindicato no local de trabalho para que possa contribuir com a redefinição do regime de trabalho vigente, “que tem acentuado a enorme assimetria, dispersão e desigualdade da distribuição dos salários”. (BALTAR e PRONI, 1995, p.45). Os mesmos autores reforçam que é fundamental a participação dos trabalhadores organizados na luta por um desenvolvimento sócio-econômico mais equilibrado e socialmente mais justo.

A partir da discussão das mutações do mundo do trabalho no mundo e no Brasil, torna-se necessário argumentar a respeito da relação entre as questões da saúde e do trabalho, uma vez que um tem consequência direta sobre o outro.

4 TRABALHO E SAÚDE

Com o objetivo de refletir a relação entre trabalho e saúde, será iniciada, neste capítulo, uma discussão referente a alguns conceitos da saúde e logo após serão relatados alguns conceitos do trabalho, bem como a inter-relação entre ambos. A seguir apresenta-se uma discussão relacionada ao campo da Saúde do Trabalhador, passando por sua evolução histórica desde a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional até os conceitos da saúde no trabalho e sua relação com a Saúde Coletiva. Destacam-se também algumas produções acadêmicas relevantes neste campo do conhecimento.

De acordo com Sawaia (1994), o homem é um ser que constrói, transforma e é moldado pela sociedade em que vive, num movimento dinâmico e indivisível. Este conceito tem seu reflexo na recusa da dissociação entre indivíduo e sociedade na explicação de fenômenos ocorridos na vida das pessoas.

Laurell e Noriega (1989) afirmam que a saúde é um dos produtos deste movimento dinâmico entre o homem, a realidade e o exterior. Os acontecimentos ocorridos na vida do homem são dependentes principalmente do modo de vida numa determinada época, sociedade, grupo e comunidade. Os modos de vida são determinados socialmente e o homem vai se adaptando por meio de mudanças em seus processos biológicos e psíquicos.

A abordagem do processo saúde-doença tem sido foco de estudo de áreas além das Ciências Médicas, disciplinas relacionadas às Ciências Humanas e Sociais, têm sido fundamentais na ampliação desse conceito e no desenvolvimento de modelos de atenção e políticas de programas de saúde. O processo saúde doença não pode ser reduzido a determinações anátomo-fisiológicas, existindo outros determinantes que disputam a causalidade das doenças.

Batistella (2007) afirma que diante da força e da hegemonia do modelo biomédico, para a maioria da população, saúde é não estar doente. Mas sabe-se que nem sempre a ausência de sinais e sintomas indica uma condição saudável. A saúde implica a capacidade de instituir novas normas com o meio externo. Canguilhem (2005) *apud* Batistella (2007) aponta o reducionismo da concepção biomédica e mecanicista e afirma que saúde não é um conceito científico, mas sim uma questão filosófica.

“Pensar saúde como acesso à educação, trabalho, transporte, lazer, alimentação, etc. implica superação do modelo biomédico e a adoção de outros princípios norteadores capazes de auxiliar na necessária reorganização do modelo de atenção à saúde”. (BATISTELLA, 2007, p. 76).

De acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a relação entre trabalho e saúde é constituída de um marco histórico longo, intenso e extenso, permeado pela história da evolução do trabalho manual ao industrial. Foi constatada na Antiguidade, mas passou a ser foco de maior atenção a partir da Revolução Industrial. A necessidade de acumulação rápida de capital, bem como do aproveitamento de equipamentos, fez com que o trabalhador começasse a trabalhar em jornadas extenuantes, em ambientes desfavoráveis à saúde, o que acelerou a proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que se aumentavam as mortes e mutilações devido à periculosidade das máquinas.

O trabalho torna-se foco de discussão e possui vários sentidos atribuídos, que são destacados por Pereira (2005): pode referir-se tanto ao ato de laborar, produzir (“estou trabalhando”), quanto ao esforço despendido (“me deu muito trabalho”), ou mesmo ao produto final obtido (“como no caso de trabalhos acadêmicos”). Albornoz (1986 *apud* Pereira, 2005), relata ainda outras aplicações da palavra trabalho, como nas deliberações de uma assembléia, ou no trabalho de parto de uma mãe, ou até mesmo trabalhos relacionados a práticas religiosas.

De acordo com o *Oxford English Dictionary apud* Bauman (2008), o primeiro uso da palavra trabalho foi registrado em 1776 e teve o significado de “exercício físico dirigido a suprir as necessidades materiais da comunidade” (p. 27). No século seguinte, passou a representar “o corpo geral dos trabalhadores e operários que participam da produção” (BAUMAN, 2008, p.27). De acordo com o mesmo autor, a ideia do trabalho como fonte de riqueza vem dos dois últimos séculos.

Brito (2005) realiza um traçado histórico com início na Grécia Antiga, na qual o termo trabalho não existia, eram utilizadas algumas palavras que se aproximam ao conceito como: *ergon*, *scholè*, *techné*, *ponos*, *práxis*, *poièsis*. Nos séculos IX e X, o termo adquiriu um conceito relacionado ao cristianismo, com foco na pena, penitência e até mesmo sofrimento, por meio da palavra *tripalium* (que era um instrumento de tortura utilizado na época).

No século XIII, o conceito passava pela ideia do exercício de um ofício e no século XVIII, passa a ser relacionada às atividades produtivas que se desenvolvem sobre o capitalismo. A noção moderna de trabalho está relacionada ao conceito de

economia política, às trocas entre homem e natureza sob condições sociais determinadas, com foco na ideia de trabalho assalariado. Nos anos 70, começou-se a pensar nas relações de trabalho não assalariadas, com a inclusão de trabalho prescrito (tarefa) e trabalho real (atividade realizada). Na década de 90, percebe-se a discussão do tema trabalho relacionado a conceitos de desemprego, tecnologia e ao fim do trabalho. (BRITO, 2005)

Além das suas evoluções, o trabalho constitui uma relação íntima com o sujeito que realiza alguma atividade (trabalhador), fazendo parte de um todo em sua vida. O trabalho então, de acordo com Codo (1993), remete a uma questão de existência, e é um marco na história do homem. Para o autor, o processo de trabalho é visto da seguinte maneira: a transformação intencional da natureza que realiza, “a produção de utilidades que irão satisfazer necessidades humanas”. (CODO, 1993, p.149). É necessário entender que na sociedade capitalista o produto do trabalho é antes uma mercadoria, que precisa ter valor de consumo, assim, precisando de mão-de-obra que haja de acordo com as necessidades da sociedade.

Este conceito vem das ideias de Marx, quando desenvolve o conceito de trabalho alienado, sugerindo a noção de trabalho como atividade vital e transformadora da natureza e do próprio ser humano:

“(...) o trabalho, a atividade vital, a própria vida produtiva, se apresenta ao homem como meio para a satisfação de uma necessidade, da necessidade de conservação da existência física. Porém, a vida produtiva é a vida da espécie. É a vida engendradora de vida. O tipo de atividade vital carrega em si todo o caráter de uma espécie, seu caráter genérico, e a atividade livre e consciente é o caráter genérico do homem. (MARX, 1982, p.80 *apud* TITTONI, 1994, p. 22)

As características do trabalho apontadas por Marx são vinculadas à consciência e objetivação do ser humano, tornando-se um elemento fundamental para análise da espécie humana, sua relação com o mundo material e com a sua própria vida psíquica. O significado do trabalho “pode orientar e dar sentido às formas como o trabalhador se inscreve no processo de trabalho, que é, em última análise, a materialização do trabalho propriamente dito.” (TITTONI, 1994, p. 24). A mesma autora afirma que o processo de trabalho torna-se o meio pelo qual são colocados em prática desejos, aspirações e possibilidades, a partir do significado atribuído para a vida de cada trabalhador.

Mas é devido à organização do trabalho na sociedade capitalista que nem sempre este possibilita o exercício de elementos subjetivos. A questão da alienação

desenvolvida por Marx (1982 *apud* Tittoni, 1994) traz certo estranhamento do trabalhador diante do produto de seu trabalho, bem como este ser apenas seu meio de subsistência, tendo impedido o exercício da potencialidade criativa. O trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não-reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico.” (BRASIL, 2001, p.161)

Em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico ou pelo aspecto cultural, tendo, assim, importância na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas. (BRASIL, 2001)

“O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população, na rede de serviços de saúde.” (Brasil, 2001, p. 27).

Dejours (1994) aponta que o trabalho pode ser tanto um processo que opera a saúde ou que gera patologia, portanto, este tema é apontado como uma atividade que não é considerada neutra ao ser relacionado com a saúde.

É por meio do trabalho que o homem realiza ações sociais, regulando-as de acordo com possibilidades e necessidades percebidas nele próprio e em seu ambiente, ou é impedido de tal feito, em decorrência de uma organização do trabalho rígida e hetero-determinada. (TAVARES, 2003)

Morin (2001 *apud* Tavares, 2003) constata que a organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, deve possibilitar a prática e o desenvolvimento das suas competências, de exercer os seus julgamentos, o seu livre-arbítrio e de se ajustar. Além de ajustar-se, o trabalhador precisa ajustar também a tarefa e suas as condições de realização às suas necessidades, seus desejos, suas capacidades e seu modo de ser (SATO, 1991 *apud* TAVARES, 2003)

“É preciso entender o gesto, o significado do gesto para o capital, para a produção do produto específico e para o trabalhador. É preciso entender as possibilidades que o trabalhador tem de se identificar ou não com o produto, de reconhecê-lo como seu, de saber que se torna um pouco mais eterno através de cada coisa que faz. Se o trabalhador não pode fazer isto, ele não vive a cada gesto,

ao contrário, ele morre a cada gesto.” (SAMPAIO, HITOMI e RUIZ, 1995, p.70)

O trabalho ocupa, também, um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis à livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores têm sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças. Dejours (2007) afirma que o trabalho não é sempre patogênico, “ele tem, ao contrário, um poder “estruturante” em face tanto da saúde mental como da saúde física” (DEJOURS, 2007, p. 46).

A partir desta discussão entra em questão o campo da Saúde do Trabalhador, de como a sociedade lida com esta área do conhecimento, seu desenvolvimento histórico e a atuação de políticas públicas relacionadas à preocupação referente aos processos de adoecimento e promoção da saúde no trabalho. A seguir apresentam-se exposições e argumentações de alguns conceitos importantes para esta compreensão.

4.1 O campo da Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é um conceito que vem da medicina do trabalho, que de acordo com Mendes (1991), surge no século XIX, com a Revolução Industrial, quando o trabalhador torna-se preso à máquina e ao ritmo de produção para atender as necessidades de acumulação rápida de capital e do aproveitamento máximo dos equipamentos. Expostos a jornadas extenuantes, homens, mulheres e crianças aglomeravam-se em espaços inadequados, facilitando a proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que aconteciam acidentes devido à periculosidade das máquinas. (MYNAYO-GOMES e THEDIM-COSTA (1997).

A saúde do trabalhador é fruto dos movimentos trabalhistas ingleses, que após o “Massacre de Peterloo” resultou em 1802, na primeira lei de proteção aos trabalhadores, a “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”. Devido à falta de um órgão fiscalizador, em 1833 é instituída a “Lei das Fábricas” que cria um órgão governamental com o objetivo de verificar se a saúde do trabalhador estava sendo protegida contra os agravos do trabalho. Estas são os primeiros indícios das

preocupações com a importância da saúde do trabalhador. (NOGUEIRA *apud* FISCHER, GOMES E COLACIOPPO, 1989)

Ao buscar os motivos pelos quais o tema da saúde do trabalhador não preocupava a administração pública, nem para a classe médica até a bem pouco tempo, notam-se as interferências de interesses políticos e econômicos. De acordo com Lima, 1961 e Franco, 1969 (*apud* Mendes, 1995), para o Brasil, um país que utilizou mão-de-obra escrava até o fim do século passado, não havia interesse na questão dos trabalhadores de modo geral. Com a industrialização incipiente, ainda no século XIX, a questão do trabalho livre não era um interesse, muito menos uma prioridade das empresas, talvez apenas nas graves epidemias de febre amarela, de cólera, etc. Nessas ocasiões, a mão-de-obra passava a ser atingida pela mortalidade, gerando prejuízos para a economia da época.

A saúde pública nasce em 1854, com a origem da epidemia de cólera em Londres e consolida-se durante a chamada “era bacteriológica”, que tem início em 1875, com as descobertas de Pasteur, com aparecimento da vacinação e com o desenvolvimento da epidemiologia, estatística, administração, saneamento, educação sanitária e a aplicação destes conhecimentos nas ciências sociais. Surge a importância da saúde pública sobre as comunidades humanas. No entanto, nota-se uma dicotomia no que diz respeito aos que praticavam saúde pública, não se preocupavam com os problemas da saúde ocupacional e, ao mesmo tempo, os que praticavam atividades relacionadas à saúde ocupacional nem sempre o faziam dentro dos princípios da saúde pública. (NOGUEIRA *apud* FISCHER, GOMES E COLACIOPPO, 1989).

Após a II Guerra Mundial, nota-se o custo provocado por acidentes e doenças do trabalho, o que passou a ser sentido tanto pelos empregadores como pelas companhias de seguro, o que irá revelar a relativa impotência da medicina do trabalho, essa questão reflete na ampliação “médica direcionada ao trabalhador, pela *intervenção* sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões” (MENDES, 1991, p. 343). A multi e interdisciplinaridade trazem à tona a questão da “Saúde Ocupacional”, refletindo a influência das escolas de saúde pública, com o foco principalmente na tentativa de controle dos riscos ambientais.

A preocupação por esse tipo de serviço começou a ser de interesse internacional, quando em 1953, por meio da Organização Internacional do Trabalho

(OIT), pelo documento chamado Recomendação de 97, referente à “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, comentava a necessidade de formação de médicos do trabalho qualificados, bem como o estudo da organização de “Serviços de Medicina do Trabalho”. (MENDES, 1991)

Em 1957 é a Comissão Mista da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial de Saúde (OMS) definem os objetivos da Saúde Ocupacional:

“A Saúde Ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho”. (NOGUEIRA *apud* FISCHER, GOMES E COLACIOPPO, 1989, p.223)

Em 1958, na Conferência Internacional do Trabalho, o termo “Serviços Médicos do Trabalho” foi substituído por “Serviços de Medicina do Trabalhador”, que designa um serviço destinado a: assegurar a proteção dos trabalhadores contra os riscos no trabalho; adequar o trabalhador em lugares de trabalho de acordo com sua aptidão física e mental e contribuir para o estabelecimento de bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Essa visão retrata a visão mecanicista e de certa onipotência da medicina, ao buscar a “adaptação” do trabalhador ao trabalho, bem como a tentativa de “manutenção” da saúde (MENDES, 1991).

Em um primeiro momento, as expectativas com relação aos trabalhos relacionados à medicina do trabalho tinham o foco no aumento da produtividade e desempenho humano, voltado aos valores do capital e com os serviços centrados na figura do médico. Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) citam que a presença dos médicos no interior das indústrias representava ao mesmo tempo, um esforço para a identificação de processos que seriam prejudiciais a saúde, bem como uma espécie de braço do empresário para manter sua força de trabalho. Identifica-se aqui certa distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, uma vez que a sociedade visa a solução de problemas de maneira imediata, com foco em interesses econômicos que acabam por não contemplar a garantia da dignidade e da vida no trabalho.

A saúde do trabalhador é resultante de um patrimônio acumulado da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana, por meio do avanço científico da Medicina Preventiva, Social e da Saúde Pública nas décadas de

60 e 70. No decorrer destes dez anos, predominavam as discussões acerca do processo saúde-doença, sua articulação com o trabalho e relações sociais.

No Brasil, a área da Saúde do Trabalhador acontece em uma conotação própria, de acordo com o que afirmam Mynayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), manifestando-se de acordo com a construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos de cidadania e do direito à livre organização dos trabalhadores. Introduz-se na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, em meio às propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Incorporam-se alguns referenciais das Ciências Sociais e amplia-se a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, instalando-se um novo paradigma, ampliando a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

O tema “Saúde do Trabalhador”, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), passa a ter nova definição e novo delineamento institucional no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação como área de competência própria da saúde. Tal resultado, conquistado a partir de um processo com a participação dos movimentos social e sindical, ensejou estados e municípios a reforçarem suas práticas no novo campo da Saúde do Trabalhador.

O desenvolvimento da saúde ocupacional no Brasil, segundo Mendes (1991), estendeu-se a várias direções, na vertente acadêmica, destaca-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que cria a “área de Saúde Ocupacional, responsável como referência irradiadora de conhecimento, sendo este modelo reproduzido em outras instituições. Na década de 50, é criada a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO). No aspecto legal, regulamenta-se na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), na década de 70, a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho, a avaliação quantitativa dos riscos ambientais e adoção de “limites de tolerância” (conforme as Normas Regulamentadoras 7 e 15). Mas apesar da reforma na legislação trabalhista, ainda mantém-se nesta década a legislação previdenciária, que reforça o foco de atuação individual, retratando a insuficiência deste modelo para atender as necessidades do trabalhador.

No cenário mundial, o modelo da saúde ocupacional passa a ser insuficiente, o que leva em alguns países, a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança no trabalho. A década de 70 retrata grandes transformações no

mundo do trabalho, como a tendência a terceirização, declínio do setor secundário e crescimento do setor terciário, a transnacionalização da economia, surgimento de novas tecnologias como a automação e informatização. Iniciam-se questionamentos à concepção do caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas, com a proposta de desmedicalização da sociedade, adquirindo uma discussão mais aprofundada a determinação social do processo saúde-doença, aumentando os questionamentos referentes à medicina do trabalho e saúde ocupacional.

As consequências desses questionamentos apontam para uma maior participação dos trabalhadores nas questões de saúde; são abalados os conceitos de “limites de tolerância” e “exposição segura”; surgem novas estratégias para a modificação das condições de trabalho; o que contribuiu para o campo de atuação que chamamos hoje de “Saúde do Trabalhador”.

No Brasil, a emergência da Saúde do Trabalhador é mais bem identificada no início dos anos 80. O surgimento do apoio sindical e organizações como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), somam esforços na luta por melhores condições de trabalho, na busca de integração entre as dimensões individual X coletivo; biológico X social; técnico X político; particular X geral. (MENDES, 1991).

O campo da saúde do trabalhador, de acordo com Mendes (1991), pode ser definido como o processo dos grupos humanos com relação à saúde e doença no trabalho, buscando a compreensão deste processo, considerando não apenas fatores ambientais, mas também a subjetividade do trabalhador, por meio do estudo dos processos de trabalho, articulando as crenças e valores dos sujeitos envolvidos.

O papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença ganha novo foco, são denunciadas as dificuldades do sistema e das políticas públicas de saúde, surgindo novas práticas sindicais em saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, contribuíram para as discussões das questões referentes à saúde do trabalhador, sendo estabelecida a mudança de enfoque na Constituição Federal de 1988. Sua denominação foi incorporada na Lei Orgânica da Saúde, definido as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) neste campo.

A expressiva maioria de usuários do SUS é constituída de trabalhadoras e trabalhadores urbanos e rurais, constituindo a População Economicamente Ativa

(PEA), que totaliza cerca de 60% da população brasileira, de acordo com dados do IBGE, 1995. À população brasileira é assegurada, nos termos do artigo 7º, inciso II, dessa Lei, a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Esses dispositivos são, por si só, explicativos para as exigências legais de incorporação das ações de saúde do trabalhador entre o elenco de ações do SUS, como estabelece o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, em todas as esferas de governo e em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde.” (BRASIL, 2005,p. 107)

Mas conforme apontam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), apesar dos avanços ocorridos no campo da Saúde do Trabalhador, depara-se ainda com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, o que coloca em questão a distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, num campo onde a busca de soluções se defronta muitas vezes com interesses econômicos. A saúde do trabalhador se torna questão na medida em que outros dilemas são enfrentados pela sociedade, como a busca por uma sociedade democrática, da conquista de direitos de cidadania, bem como o crescimento dos setores sindicais.

Lacaz (1996) *apud* Tambellini e Câmara (1998) afirmam que nos últimos 25 anos a produção acadêmica brasileira com relação ao tema Saúde do Trabalhador cresceu muito, o que pode ser comprovado pela expressiva publicação especializada nos congressos e outros eventos da área da Saúde Coletiva.

Santana (2006) realizou um estudo referente à saúde do trabalhador no Brasil utilizando os seguintes descritores de assunto: saúde do trabalhador, ergonomia, higiene ocupacional, toxicologia e saúde ocupacional. As unidades de estudo da autora foram teses e dissertações elaboradas por pesquisadores brasileiros em cursos de pós-graduação no país ou no exterior. Pôde-se verificar, por meio deste trabalho, que as teses e dissertações sobre este tema focalizam problemas conhecidos como de grande impacto para a saúde pública, tendo uma projeção também para temas pouco visíveis na literatura, como os riscos em pequenas empresas, foco no trabalho infantil e nas profissões como lixeiros e prostitutas. Na década de 80, realizaram-se estudos referentes ao trabalho das mulheres, com o foco nas questões do controle social, relacionando a ocupação com a reprodução. Nas décadas seguintes, os estudos mais encontrados passaram a ser referentes às

doenças físicas, mentais e acidentes de trabalho, sendo as categorias mais estudadas a saúde, o ensino e a agricultura. Neste estudo também é relatada a questão da escassa produção sobre a avaliação da efetividade dos programas de prevenção e em especial de intervenções que tiveram êxito.

Diante da evolução dos conceitos e das pesquisas no campo da Saúde do Trabalhador, abaixo se traça uma tentativa de exposição do tema trabalho relacionado à Saúde Coletiva.

4.2 Trabalho e Saúde Coletiva

O campo da Saúde Coletiva se propõe a pensar a saúde como “pública, preventiva, integral, comunitária, equitativa, construída de coletivos socialmente distribuídos, politicamente atuantes e sadios” (TAMBELLINI E CÂMARA, 1998, p.49).

Santana (2006) afirma que é no século XX que o conhecimento relacionado à prevenção de agressões contra a saúde e integridade física relacionados ao trabalho surge, a partir da incorporação da medicina social do século XIX, reconhecendo as condições de trabalho como um aspecto importante na vida do indivíduo. É no século XX que este conhecimento na área do trabalho toma força, uma vez que passa a ser absorvido além das áreas da medicina e Saúde Pública, também pelas áreas da engenharia de segurança e higiene do trabalho, toxicologia e ergonomia. São estes aspectos que esclarecem quando o modelo da Saúde do Trabalhador entra em consonância com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva.

Sendo o trabalho uma atividade fundamental da vida, Brito (2005) afirma que é importante compreender suas dimensões e analisá-las a partir do olhar da Saúde Coletiva. A autora constata que o campo da Saúde do Trabalhador ainda não foi absorvido pela área da saúde em toda a sua magnitude e acaba sendo tratado como uma área específica, não sendo considerado, portanto, de interesse geral da Saúde Coletiva. Percebe-se que ainda se entende que “apenas as situações em que o trabalho está clara e diretamente associado às formas de adoecimento devem ser objeto de uma análise do campo” (BRITO, 2005, p. 880).

Observa-se com estas discussões, que o campo da Saúde do Trabalhador está constantemente associado ao campo da Saúde Ocupacional, sendo o primeiro,

um conceito com o foco nas relações entre trabalho e saúde e o segundo, com o foco na relação saúde e doença. Há ainda a necessidade de se integrar o trabalho nas análises da saúde da população em geral, bem como um esforço para compreender o que é trabalhar e a importância do trabalho na vida dos sujeitos. Estas questões poderão contribuir para uma maior incorporação das problemáticas da Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Coletiva. (BRITO, 2005)

Avanços podem ser percebidos nesta área quando se notam cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu*, de caráter multiprofissional, no campo da Saúde Coletiva, que contribuem com uma visão crítica das relações tecnicistas e reducionistas que ainda prevalecem na área. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Formular uma política de Saúde do Trabalhador significa enfrentar os seus avanços e limitações como uma tarefa coletiva, com empenho recíproco no estabelecimento de parcerias entre centros acadêmicos, instituições públicas e da sociedade civil e comissões de trabalhadores. O estudo dos processos de saúde do trabalhador desafia “a capacidade explicativa simples, exigindo uma teorização dialética e complexa, particularmente quando se ultrapassam os muros das unidades/locais de trabalho”. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997, p. 26)

Brito (2005) propõe uma discussão de que as estratégias de promoção da saúde no campo do trabalho devem considerar que a saúde implica algo mais do que a minimização da exposição aos riscos, devem buscar a “maximização da capacidade dos indivíduos para enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte de nossa história”. (BRITO, 2005, p. 885).

A autora aponta a necessidade da construção de parcerias entre profissionais de saúde e trabalhadores, sendo fundamental a perspectiva focada em ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores. Pelo fato deste tema ser bastante complexo, reconhecem-se as limitações dos conceitos científicos diante das questões relacionadas à saúde e trabalho, os efeitos das intervenções utilizadas muitas vezes ainda não atendem às necessidades dos trabalhadores e ainda ficam aquém do que é esperado. Escontra-se aí o esforço da Saúde Coletiva em busca de alternativas para que a vida no trabalho seja mais favorável à saúde e ao prazer. Alternativas com foco na interdisciplinaridade e do diálogo entre diferentes saberes, romperia com uma visão centrada nas formas de adoecimento, nos aspectos danosos e na visão estática do trabalho. Estas são formas de saída apontadas para

a ampliação do diálogo com diferentes grupos de trabalhadores de modo que as soluções sejam encontradas de maneira conjunta. A partir dessa ideia, desenvolvem-se ações que contemplam as singularidades de situações reais do trabalho, incorporando ideias não hegemônicas com a ampliação dos espaços de formação, análise e intervenção sobre as questões que intervêm da relação saúde-trabalho.

5 RESULTADOS E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

Neste capítulo serão apresentados os resultados referentes à pesquisa realizada pela autora, que serão expostos por meio de gráficos e tabelas que contabilizam e ajudam a ilustrar os dados obtidos a partir do esforço realizado na tentativa de mapear a produção nacional referente o tema trabalho nas instituições filiadas à ABRASCO. Realizam-se, também, algumas articulações teóricas visando explicitar algumas evidências que podem ser visualizadas no decorrer do capítulo.

No Brasil, de acordo com os critérios desta pesquisa, no período de 1990 até 2008, foram contabilizados 564 trabalhos, sendo 425 dissertações de mestrado e 139 teses de doutoramento. O gráfico 1 ilustra esta distribuição, evidenciando que há forte concentração nas dissertações de mestrado, com 75% da produção, enquanto que as teses de doutorado ocupam 25% do total da produção.

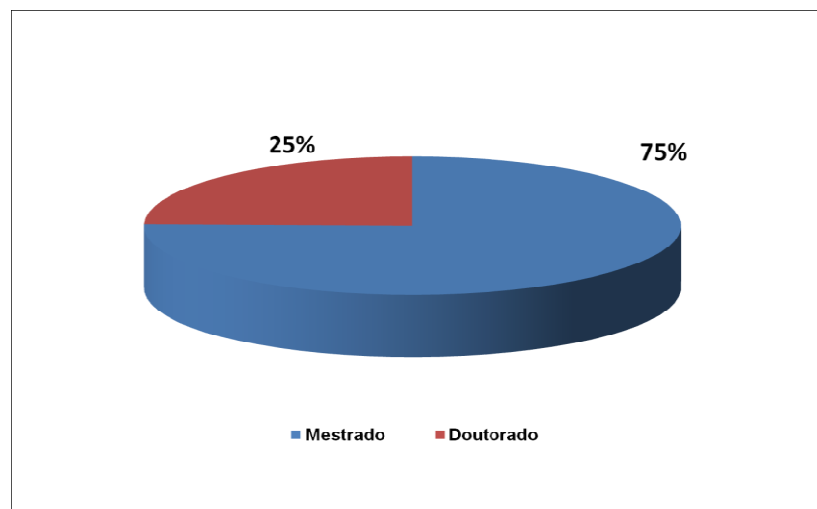


Gráfico 1: Comparação dos Totais de Dissertações de Mestrado e de Teses de Doutorado no período de 1990 a 2008.

Fonte: Do Autor

Esta alta concentração das dissertações de mestrado justifica-se pelo maior número de cursos de Pós-Graduação no nível de mestrado existente no país, haja vista a grande complexidade dos cursos de doutoramento, o que exige uma infraestrutura maior por parte das Instituições de Nível Superior (IES) com relação à grande necessidade de uma alta especialização de seus profissionais.

As instituições que possuem cursos de doutorado que tiveram teses publicadas na área do trabalho são: Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ; doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de

Saúde Pública da FIOCRUZ; Doutorado em Saúde Coletiva da UNICAMP; Doutorado em Saúde Coletiva e Saúde Pública da UFBA; Doutorado em Saúde Pública e Epidemiologia da USP; Doutorado em Saúde Pública da UFMG; Doutorado em Epidemiologia da UFPEL. Nota-se que as instituições que promovem cursos de doutoramento são as mesmas que apresentam destaque em sua produção acadêmica, evidenciando que estas instituições já possuem um corpo de conhecimento mais estruturado do que as outras IES do país.

Foi possível identificar a distribuição das dissertações e teses ao longo do período pesquisado. A Tabela 1 apresenta a produção de mestrado e doutorado em cada ano analisado.

Tabela 1: Produção Anual das Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado entre os anos de 1990 e 2008.

Ano	Mestrado	Doutorado	Total
1990	2	0	2
1991	5	0	5
1992	8	0	8
1993	6	0	6
1994	8	2	10
1995	12	2	14
1996	13	8	21
1997	13	4	17
1998	20	3	23
1999	22	9	31
2000	22	5	27
2001	33	7	40
2002	42	13	55
2003	44	17	61
2004	32	14	46
2005	34	16	50
2006	42	17	59
2007	41	11	52
2008	26	11	37
TOTAL	425	139	564

Fonte: Do autor

O gráfico 2 apresenta a distribuição anual da produção, realizando-se uma comparação entre a produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado.

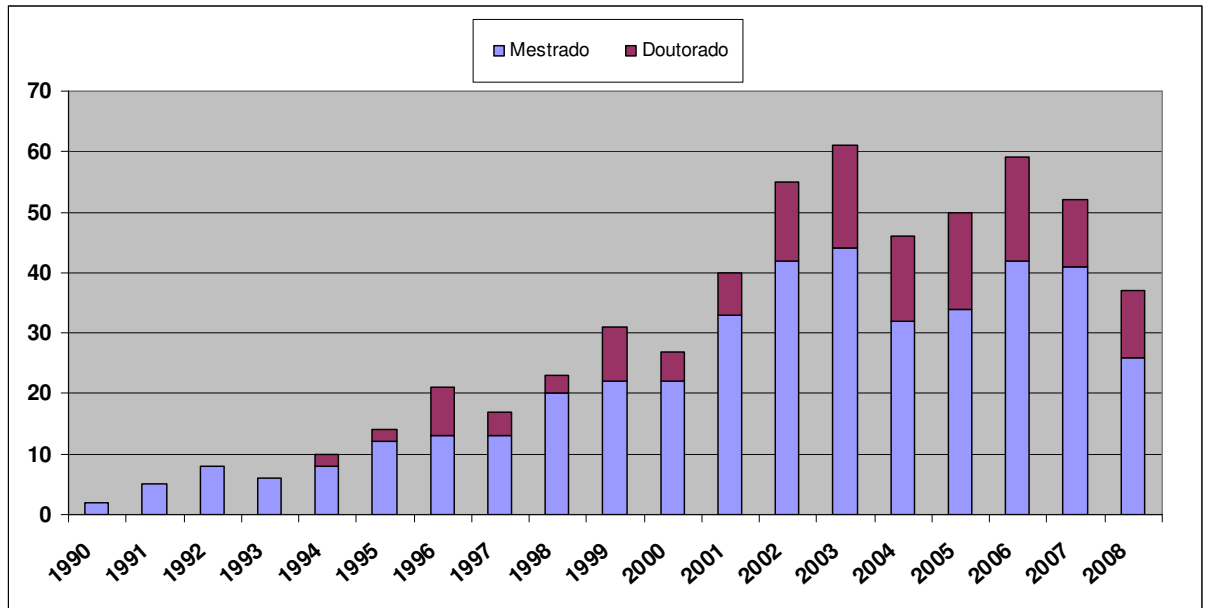


Gráfico 2: Produção Anual das Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado entre os anos de 1990 e 2008.

Fonte: Do autor

Nota-se a partir do gráfico 2 e da tabela 1 que a produção de teses de doutorado teve seu início no ano de 1994, esta informação se justifica devido ao fato de que os cursos de doutorado na área da Saúde Coletiva começaram a surgir no país a partir do ano de 1990, que coincide com o ano de implantação do SUS. As duas primeiras teses com o ano de 1994 fazem parte do doutorado em Saúde Coletiva da UNICAMP e do Doutorado em saúde Pública da USP. Nos anos de 2003 e 2006, houve uma produção mais elevada no que diz respeito às teses de doutorado, se comparada com a produção dos outros anos. Observa-se também que 2003 e 2006 são os anos de maior pico de produção científica de temas relacionados ao campo do trabalho.

A presente pesquisa também revelou que no período de 1990 a 1994, o volume máximo de produção anual foi de 10 títulos, o que permite constatar que no país, neste período, o volume de produção acadêmica na área do trabalho ainda era muito baixo. Este fato pode ser explicado devido à data de início dos cursos de mestrado e doutorado, que variam em sua maioria entre os anos de 1990 a 2008. Os cursos mais antigos são: Mestrado em Saúde Coletiva da UERJ (1987), Mestrado em Saúde Pública da FIOCRUZ (1977) e o Doutorado em Saúde Pública da FIOCRUZ (1980).

Este número começou a aumentar em 1995, após o início da maioria dos cursos de mestrado e doutorado, havendo uma tendência expansiva com algumas oscilações, com certa retração nos anos de 1997, 2000, 2004 e 2008, conforme indicam os gráficos 2 e 3.

A tendência de diminuição da produção nos anos de 2007 e 2008 estará sujeita a revisão posterior, na qual será realizada a inclusão do ano de 2009 na análise, com o objetivo de verificar se há a predominância desta tendência ou se há um aumento na produção deste ano.

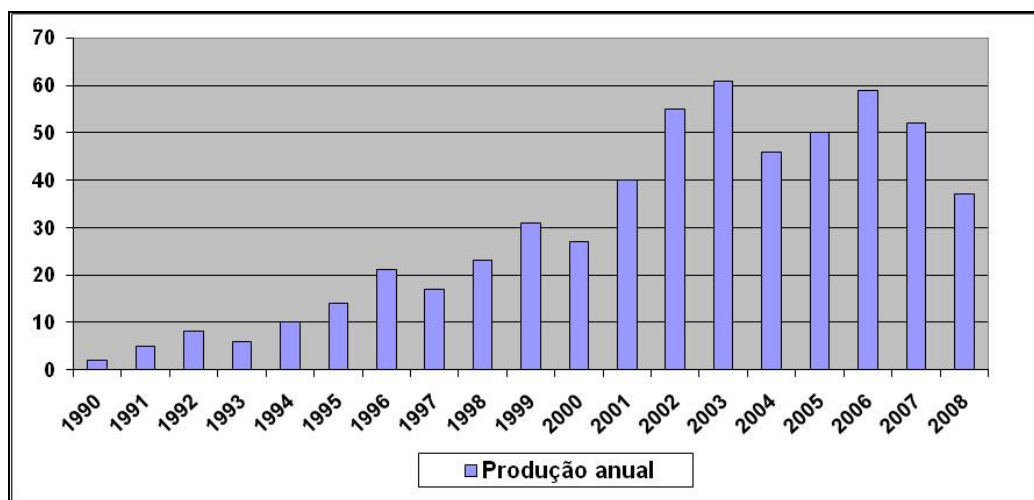


Gráfico 3: Produção Anual das Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado entre os anos de 1990 e 2008.

Fonte: Do autor

Com relação à distribuição do número de dissertações e teses ao longo dos anos entre 1990 e 2008, percebe-se uma tendência de expansão do número da produção nos anos de 1998 e 1999 e de 2001 a 2003. Essa tendência expansiva pode ser explicada pelo fato de que em 1998 é publicada em Brasil (1998), pelo Diário Oficial da União a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2001, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas Públicas publica nos Cadernos de Atenção Básica do Programa Saúde da Família, um Caderno de Atenção Básica em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2001). Com objetivo de capacitar os profissionais que atuam no nível de atenção, em especial as equipes que trabalham no Programa de Saúde

da Família, este caderno contém informações referentes ao Ministério do Trabalho e Emprego, trabalho precoce, acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho e procedimentos a serem adotados frente a diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho pelo nível local de saúde.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde entra em vigor em 2004, com suas diretrizes descritas na Portaria número 1.125 de 06 de julho de 2005, de acordo com Costa (2005), que compreendem a atenção integral à saúde, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. Esta portaria apresenta políticas relacionadas à promoção da saúde do trabalhador desenvolvidas pelo SUS, de acordo com o artigo 2º:

“I - atenção integral da saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional;
 II - Articulação Intra e Intersetorial;
 III - Estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
 IV - Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador;
 V - Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos; e
 VI - Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador.”
 (COSTA, 2005)

Pelo fato da portaria sair em julho de 2005, este fator pode ter contribuído para o aumento do número de produções no ano de 2006. É neste ano também que as resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST (Etapa Nacional de 09 a 12 de novembro de 2005, em Brasília – DF) são publicadas em sua versão final. Convocada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, a Conferência pautou uma discussão nacional a partir do acúmulo histórico nessa área, propiciado pela luta dos trabalhadores brasileiros por melhores condições de vida no trabalho.

A tabela 2 indica um traçado das universidades ao longo dos anos de 1990 a 2008, indicando o número da produção das dissertações de mestrado e teses de doutorado por ano e por universidade.

Tabela 2: Produção Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado ao longo das décadas por universidade.

UNIV./ANO	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	0	1	2	3	4	5	6	7	8
FIOCRUZ	0	2	1	2	6	5	9	5	11	10	12	19	16	15	8	7	6	9	4
USP	1	1	1	2	3	5	4	4	4	10	6	7	12	13	6	12	9	0	6
UNICAMP	0	0	0	0	1	2	4	4	4	6	2	4	5	13	8	4	7	7	11
UFBA	1	1	3	1	0	0	3	4	2	2	3	0	3	3	3	5	4	2	5
UERJ	0	1	3	1	0	0	0	0	0	1	1	0	8	2	2	2	6	8	2
UNESP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	1	2	2	7	5	5
UFRJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	3	5	3	3	4	0
UFSC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	2	4	5	3	1
UFMG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	2	2	3	3	1
UECE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	2	2	2	0	3	0
UFES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3	0
UFPEL	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
ULBRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0
UNIFOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
UNIFRAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1
UFRGS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
UEL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
UFC	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNISINOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
UFPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
UNIFESP	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Do autor

Examinando mais atentamente, de acordo com o que é ilustrado no gráfico 4, observa-se que entre as áreas temáticas há forte concentração em três temas: **Trabalho e Saúde do Trabalhador** (31%), **Trabalho, Higiene e Segurança** (19%) e **Trabalho e Recursos Humanos** (13%).

Este fato pode ser justificado historicamente, à medida que é estabelecida a mudança de enfoque na Constituição Federal de 1988, quando a denominação “saúde do trabalhador” é incorporada na Lei Orgânica da Saúde, definindo as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) neste campo e proporcionando com que estados e municípios reforçassem suas práticas no novo campo da Saúde do Trabalhador.

O surgimento do SUS trouxe várias discussões no sentido de construir uma prática integrada, um trabalho voltado para ações multidisciplinares, prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Entre os eixos de discussão encontra-se a formação de Recursos Humanos em saúde com foco nos princípios e diretrizes propostos pelo SUS. As mudanças ocorridas no cenário do sistema de saúde a partir

do conceito ampliado de saúde e a reorganização dos serviços gerada pela implantação do SUS estão levantando discussões e debates sobre a educação dos profissionais de saúde qualificados para a consolidação dos princípios e diretrizes desse novo sistema. (BATISTELA, 2007).

Em seguida, ainda de acordo com o gráfico 4, com uma produção menor, encontram-se os temas: **Trabalho e Políticas Públicas** (9%), **Trabalho e Subjetividade** (8%) e **Trabalho e Saúde Mental** (5%). Questões com o foco na subjetividade e saúde mental abordam o campo de produção de áreas voltadas à psicologia, com temas específicos referentes a questões de prazer, sofrimento, psicopatologias do trabalho e conceitos relacionados à Psicologia do Trabalho. Esta produção não foi o foco da presente pesquisa, uma vez que estas produções se encontram em mestrados e doutorados específicos da área e que não são filiados à ABRASCO.

O menor número de produções, variando de 4% a 1%, encontra-se nos temas: **Trabalho Informal e Vulnerabilidade Social; Trabalho, Gênero e Saúde; Trabalho e Qualidade de Vida; Mudanças nas Relações de Trabalho; Trabalho, Emprego e Renda; Trabalho e Desenvolvimento Tecnológico e Outros Temas Relacionados ao Trabalho.**

Conforme a pesquisa realizada por Santana (2006) que investiga a pesquisa na pós-graduação no campo da Saúde do Trabalhador entre 1970 e 2004, percebeu-se um pequeno número de trabalhos que se referem à questão do desemprego. O presente estudo também localizou esta informação, que pode ser percebida no menor número de produções que se encontra nos temas: Trabalho Informal e Vulnerabilidade Social; Mudanças nas Relações de Trabalho; Trabalho, Emprego e Renda e Trabalho e Desenvolvimento Tecnológico.

Esta informação pode ser compreendida pelo fato de que estudos relacionados às questões de emprego, renda e desemprego geralmente são estudadas por grupos relacionados às ciências sociais. A área da Saúde geralmente surge com uma produção mais voltada às questões focais como Programa de Saúde na Família (PSF) ou com foco mais específico nos programas do SUS.

O objetivo da presente dissertação não é o de estudar a produção destes centros, mas relaciona-se a seguir alguns dos principais grupos, a saber: os grupos da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho (ABET), na qual os temas dos trabalhos produzidos se situam no campo da Economia, Sociologia, Geografia,

Educação, Psicologia, Direito, Saúde, História – dentre outras Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. A Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS), que conta com a filiação de centros e programas de pós-graduação que têm na antropologia, na ciência política e na sociologia seu campo de atuação. Centros de estudo como o CESIT (Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho do Instituto de Economia da UNICAMP) também se destacam com produções neste tema.

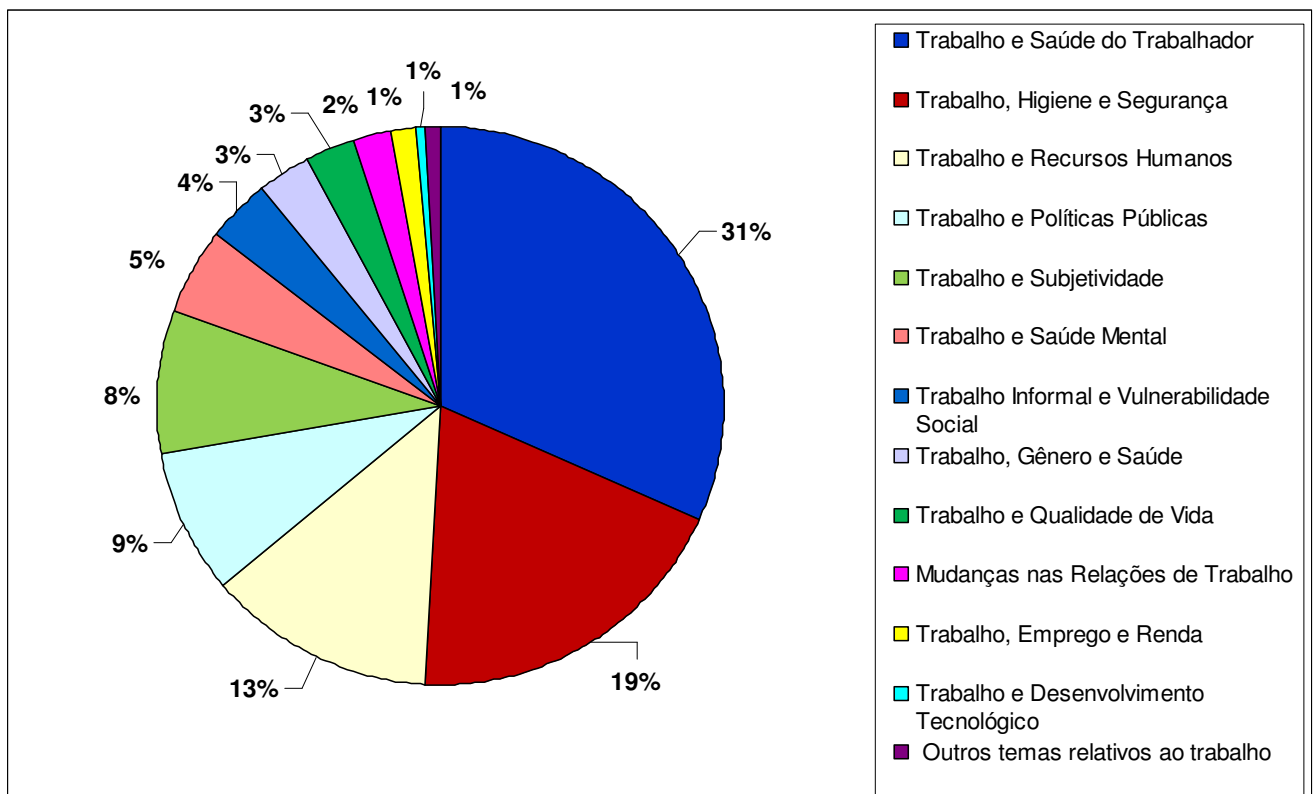


Gráfico 4: Distribuição Total dos Trabalhos Pesquisados Relacionados a seus Respectivos Temas.
Fonte: Do autor

Com o objetivo de uma análise com um maior foco na área do Trabalho relacionado à Saúde, uniram-se os temas: Trabalho e Saúde do Trabalhador; Trabalho, Higiene e Segurança; Trabalho e Saúde Mental; Trabalho, Gênero e Saúde e Trabalho e Qualidade de Vida e foi inserido o tema: **Trabalho e Saúde**, onde se encaixam os temas acima descritos de uma maneira mais ampla, conforme indica o gráfico 5:

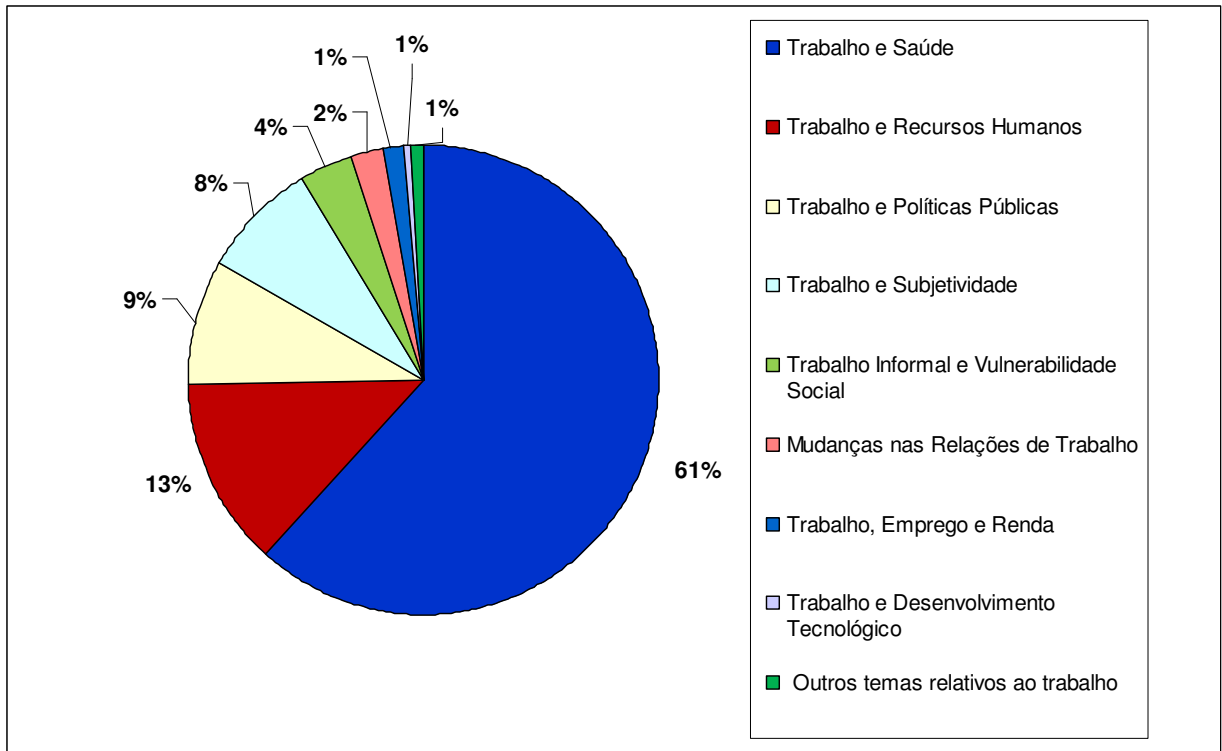


Gráfico 5: Distribuição dos Trabalhos Pesquisados Relacionados aos Temas Relativos à área do Trabalho e Saúde e Outros Temas.

Fonte: Do autor

O gráfico 5 indica que 61% da produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado pesquisados enquadram-se de alguma forma ao tema da saúde e suas relações com o campo do trabalho.

As cinco instituições com o maior número de trabalhos publicados são:

- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Pública, é a instituição de ensino superior (IES) responsável pelo maior número de publicações (147 trabalhos). O conjunto de produção desenvolvida nos programas de pós-graduação da FIOCRUZ, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública, faz desta instituição líder em número de publicações na área, com 26,06% do total da produção nacional pesquisada, configurando uma produção oito pontos percentuais a mais que a segunda instituição em volume de produção (USP). A FIOCRUZ apresenta também uma produção mais diversificada no que tange às temáticas consideradas nesta pesquisa.
- Universidade de São Paulo (USP), nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Pública, Medicina Preventiva, Saúde Ambiental e Epidemiologia, com 106 trabalhos publicados. A USP é a segunda

instituição com maior número de trabalhos, apresentando uma produção significativa de 18,79%.

- Universidade de Campinas (UNICAMP) tem 82 trabalhos publicados nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, apresentando-se em terceiro lugar no *ranking* das instituições com o maior número de produção, com 14,54% das dissertações de mestrado e teses de doutorado.
- Universidade Federal da Bahia (UFBA) tem 45 trabalhos publicados nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública.
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, possui 37 trabalhos publicados.

As IES que vêm em seguida são: Universidade do Estado de São Paulo (UNESP), com 28 trabalhos publicados, no *campus* de Botucatu nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Saúde Pública; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com 24 trabalhos na Pós-Graduação em Saúde Coletiva. A Universidade de Santa Catarina (UFSC) vem representada com 22 trabalhos, por meio da Pós-Graduação em Saúde Pública. A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) é representada por 16 trabalhos com a Pós-Graduação em Saúde Pública. A Universidade do Estado do Ceará (UEC) aparece com 14 trabalhos no curso de Pós-Graduação em Saúde Pública.

As demais instituições incluídas no âmbito desta pesquisa não publicaram mais do que 11 trabalhos durante o período estudado, são elas: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Universidade Federal de Pelotas (UFPEL); Universidade Luterana do Brasil (ULBRA); Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Universidade de Franca; Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Universidade Estadual de Londrina (UEL); Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade do Rio do Sinos; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP). O gráfico 6 ilustra percentualmente esses resultados:

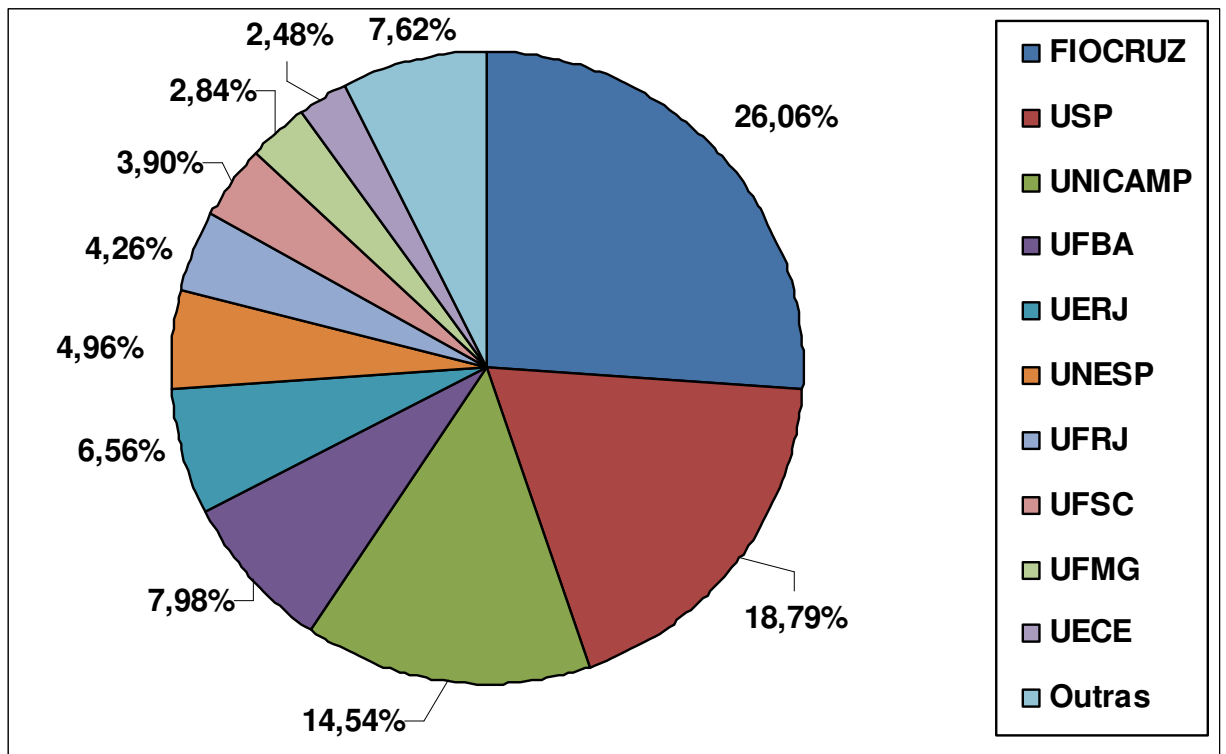


Gráfico 6: Distribuição Percentual da Produção de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado por Instituições de Ensino Superior (IES).
Fonte: Do autor

Observa-se certa tradição nas produções da FIOCRUZ, USP e UERJ, uma vez que foram os primeiros cursos de pós-graduação *Stricto Sensu* com foco na Saúde Pública e Saúde Coletiva criados no país. A USP iniciou seus programas de pós-graduação em Saúde Pública no ano de 1970. A FIOCRUZ teve seu primeiro curso de Mestrado em Saúde Pública em 1977 e em 1980, o Doutorado na mesma área. A UERJ tem seu programa de mestrado em Saúde Coletiva com início em 1987 e o doutorado em 1991. A UNICAMP apresenta uma produção que iniciou mais recentemente, em 1990 por meio do mestrado e doutorado em Saúde Coletiva.

A tabela 3 indica o número de dissertações de mestrado e teses de doutorado distribuído entre as instituições: FIOCRUZ, USP, UNICAMP, UFBA, UERJ, UNESP, UFRJ e UFSC.

Tabela 3: Números de trabalhos publicados por Instituição do Ensino Superior (IES).

Nº Trabalhos por Instituição	FIOCRUZ	USP	UNICAMP	UFBA	UERJ	UNESP	UFRJ	UFSC
Trabalho e Saúde do Trabalhador	54	40	16	15	3	3	8	8
Trabalho, Higiene e Segurança	27	23	15	8	1	12	7	3
Trabalho e Políticas Públicas	17	6	15	5	0	0	0	0
Trabalho e Subjetividade	11	9	3	3	5	4	4	2
Trabalho, Gênero e Saúde	8	0	3	2	0	1	0	0
Trab. Informal e Vulner. Social	7	1	4	5	1	0	1	0
Mudanças nas Rel. de Trabalho	7	3	0	0	2	0	1	0
Trabalho e Recursos Humanos	7	13	18	3	16	6	0	7
Trabalho e Saúde Mental	5	6	2	4	4	1	2	0
Trabalho e Qualidade de Vida	2	3	3	0	1	0	1	1
Trabalho e Des. Tecnológico	1	0	1	0	2	0	0	0
Trabalho, Emprego e Renda	1	1	0	0	2	1	0	1
Outros temas	0	1	2	0	0	0	0	0
Total de Trabalhos	147	106	82	45	37	28	24	22

Fonte: Do autor

A distribuição por áreas temáticas das cinco instituições com maior número de publicações está ilustrada nos gráficos 7 a 11. Das treze categorias pesquisadas a FIOCRUZ produz em doze delas, sendo que a maior concentração está no tema **Trabalho e Saúde do Trabalhador**, que representa 37% do total da produção. O segundo maior número de produções da FIOCRUZ está relacionado ao tema: **Trabalho, Higiene e Segurança** (com 18% da produção), e o terceiro, está relacionado ao **Trabalho e Políticas Públicas** (12%). Vide gráfico 7, a seguir:

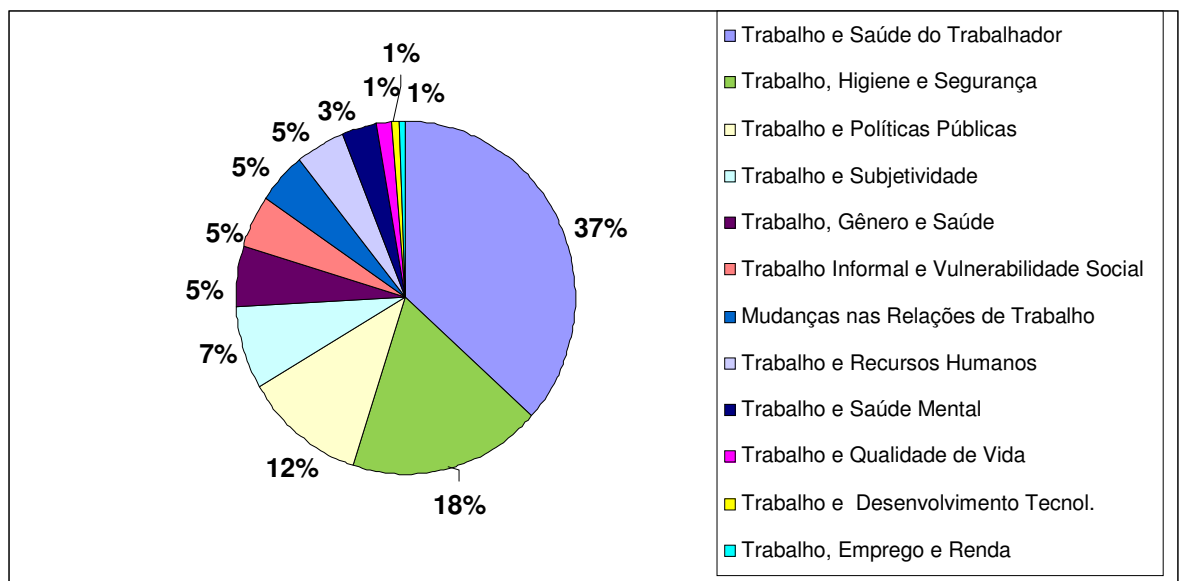


Gráfico 7: Produção Intelectual da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) distribuída por Áreas Temáticas.

Fonte: Do autor

A USP distribui sua produção em onze das treze áreas temáticas e também concentra sua produção no tema **Trabalho e Saúde do Trabalhador**. Em segundo lugar encontra-se o tema relacionado a **Trabalho, Higiene e Segurança** (22%) e em terceiro, **Trabalho e Recursos Humanos** (12%), conforme pode ser verificado no gráfico abaixo:

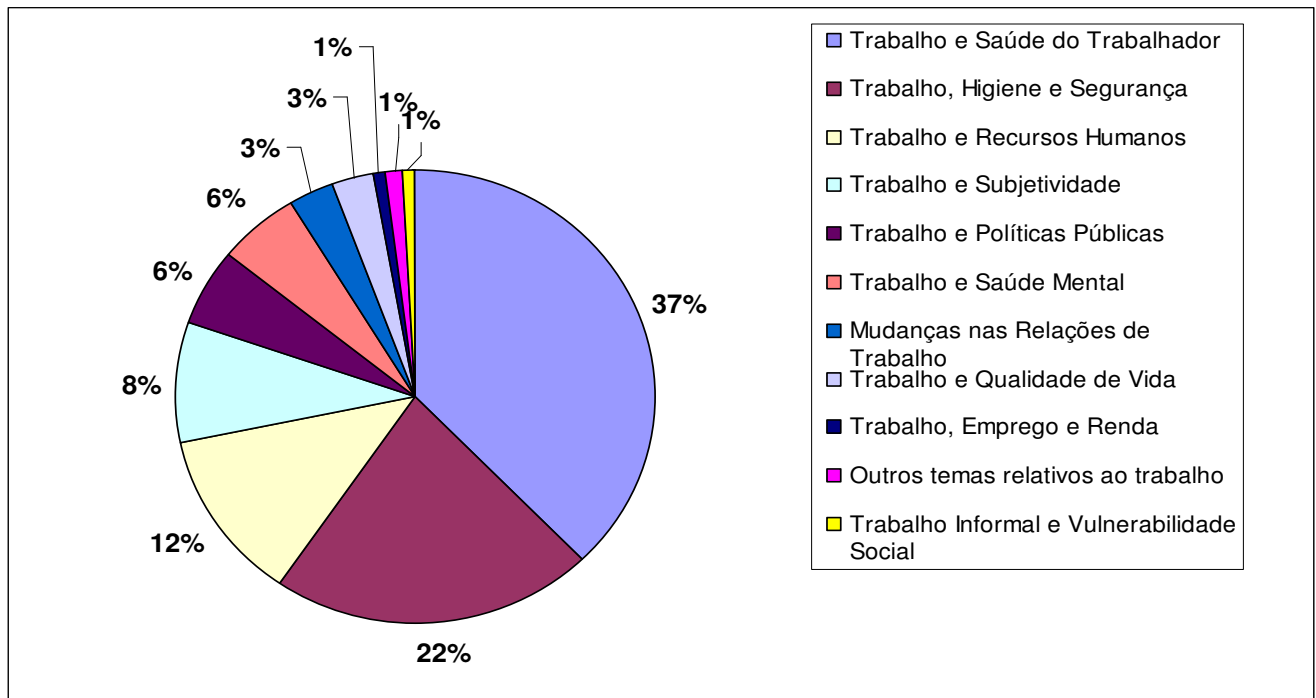


Gráfico 8: Produção Intelectual da Universidade de São Paulo (USP) Distribuída por Áreas Temáticas.

Fonte: Do autor

Fischer, Gomes e Colacioppo (1989) afirmam que a USP, em suas diversas faculdades em São Paulo, demonstra interesses para aspectos particulares da Saúde dos Trabalhadores, em áreas específicas como: Sociologia, Psicologia, Fisiologia, Engenharia, Medicina, Saúde Pública, Toxicologia, Ergonomia, etc. No Departamento de Medicina Preventiva, na Faculdade de Medicina, trabalham-se fortemente as questões referentes à saúde dos trabalhadores tanto na graduação como na pós-graduação. A Faculdade de Saúde Pública, desde seu início, tem estudos com foco na Higiene do Trabalho, o que contribui para o desenvolvimento da Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho no Brasil e em outros países latino-americanos.

A UNICAMP distribui sua produção nos temas **Trabalho e Recursos Humanos** (com 22% da produção) e **Trabalho e Saúde do Trabalhador** (com 20%

da produção). Com 18% aparecem os temas: **Trabalho e Políticas Públicas** e **Trabalho, Higiene e Segurança**.

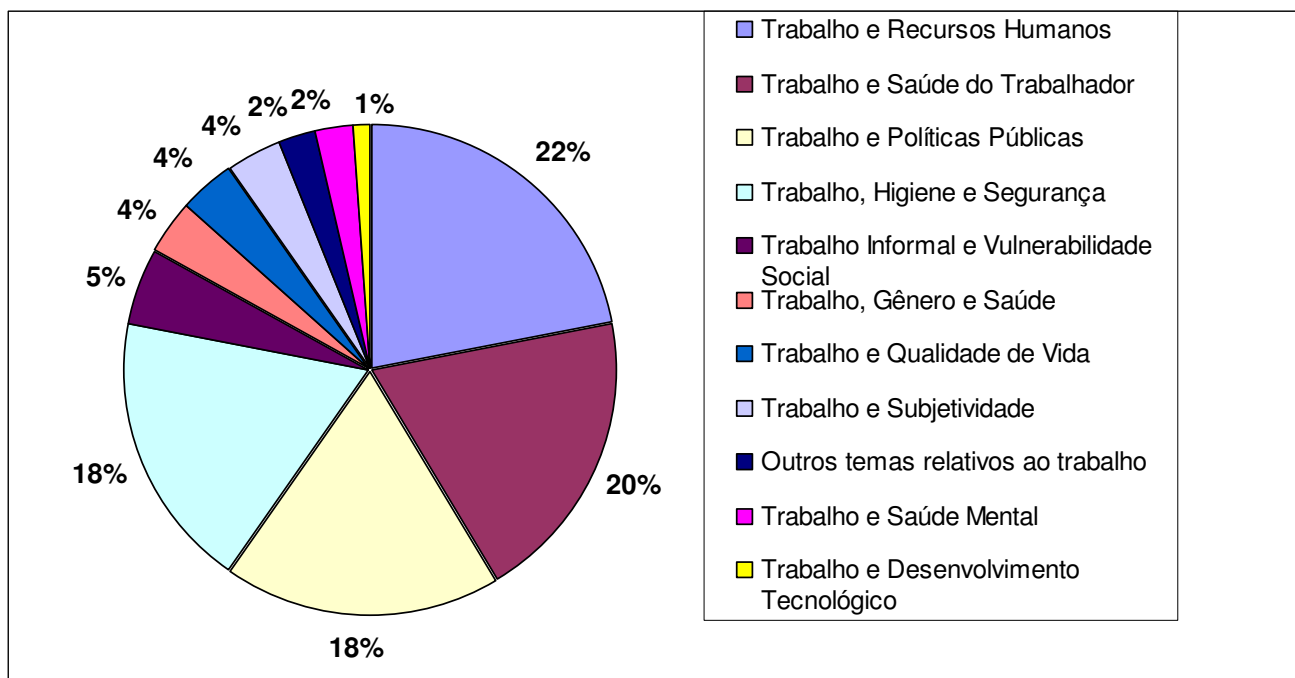


Gráfico 9: Produção Intelectual da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Distribuída por Áreas Temáticas.

Fonte: Do autor

A UFBA também apresenta seu maior número de produção na área temática **Trabalho e Saúde do Trabalhador**, vindo em seguida o tema **Trabalho Higiene e Segurança** e apresentando um mesmo número de produções os temas relacionados à: **Trabalho e Políticas Públicas** e **Trabalho Informal e Vulnerabilidade Social**.

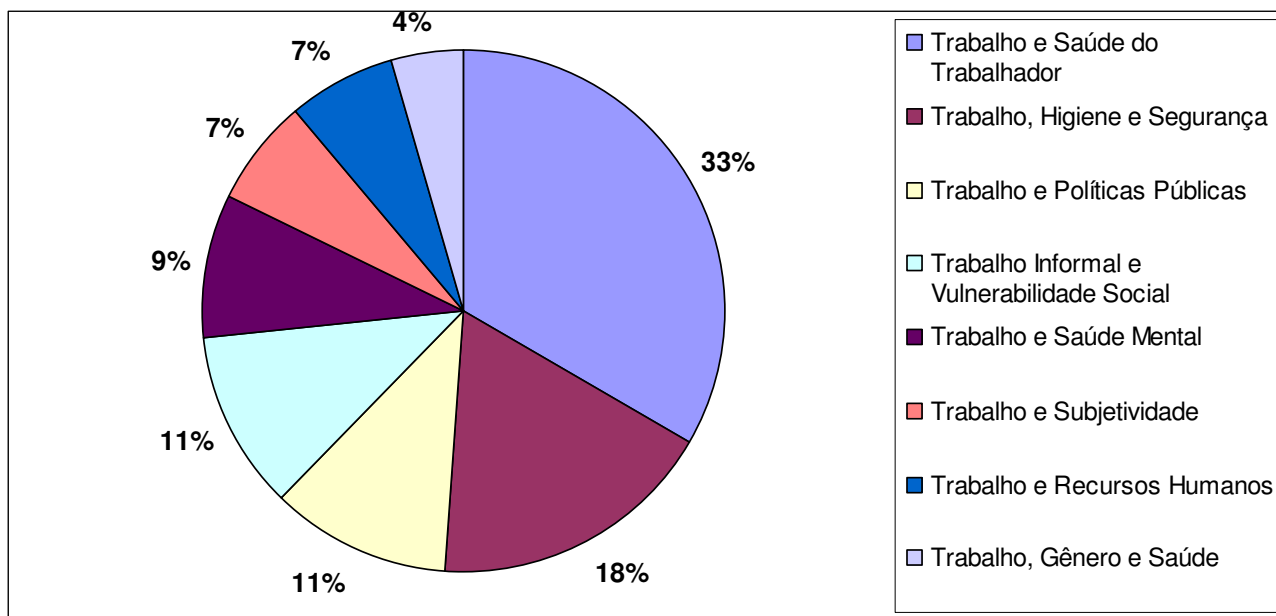


Gráfico 10: Produção Intelectual da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Distribuída por Áreas Temáticas.

Fonte: Do autor

A UERJ apresenta 43% de sua produção no tema **Trabalho e Recursos Humanos**, vindo em seguida: **Trabalho e Subjetividade** (14%) e **Trabalho e Saúde Mental** (11%). (Vide gráfico 11).

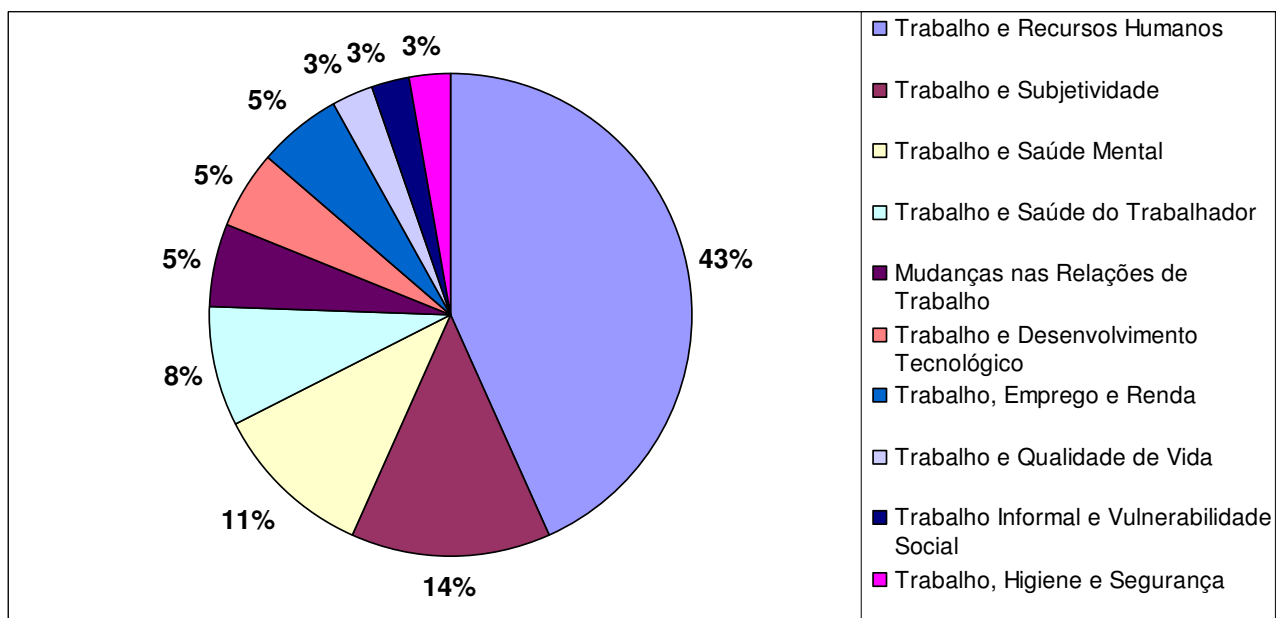


Gráfico 11: Produção Intelectual da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Distribuída por Áreas Temáticas.

Fonte: Do autor

O gráfico 12 indica a produção dos dois estados com maior participação em número de trabalhos desta pesquisa: São Paulo e Rio de Janeiro. São Paulo com 5 instituições (UNIFESP, UNICAMP, UNESP, USP E UNIFRAN), enquanto que o Rio de Janeiro é representado por 3 instituições (UERJ, FIOCRUZ e UFRJ). Este gráfico nos indica que os estados de São Paulo e Rio de Janeiro dominam o contexto nacional, compondo juntos 76% de toda a produção no país. São Paulo apresenta 221 dissertações e teses, enquanto que o Rio de Janeiro apresenta 208, o que constata uma diferença mínima.

Os estados que vêm em seguida, de acordo com o número de produção são: Bahia e Santa Catarina. O estado da Bahia vem representado pela UFBA com 45 publicações e o Estado de Santa Catarina vem representado pela UFSC, com 22 publicações.

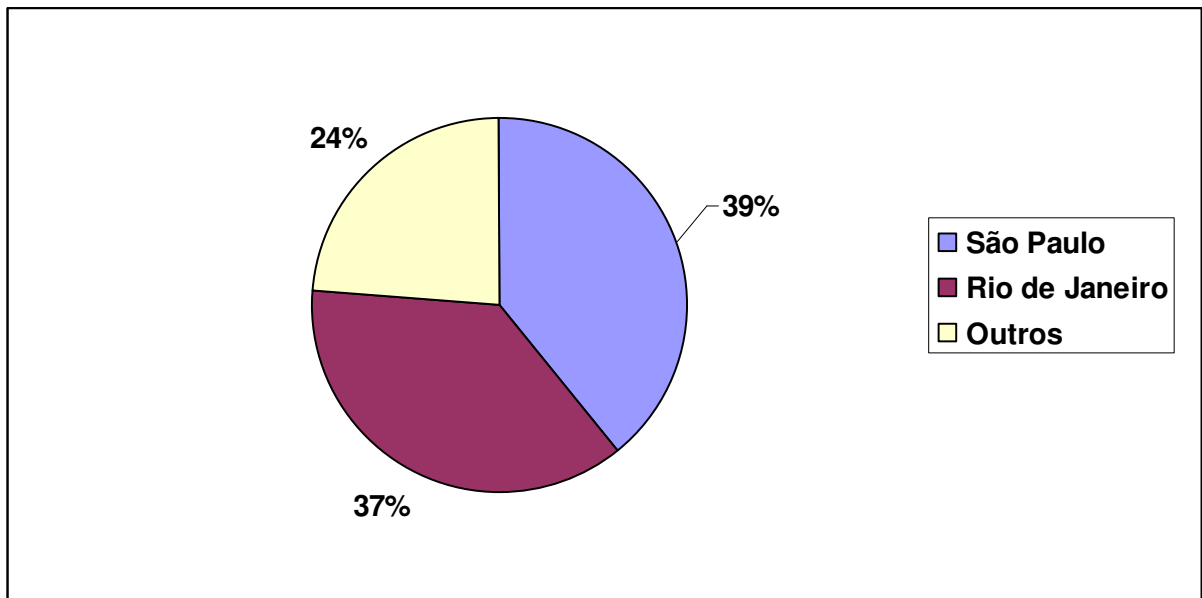


Gráfico 12: Produção Intelectual dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e outros.

Fonte: Do autor

6 CONCLUSÕES E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES

O presente capítulo traça alguns diálogos com relação aos resultados obtidos na tentativa de realizar as considerações finais. Busca-se também verificar a abertura de novos campos para a produção científica na área do trabalho no olhar da Saúde Coletiva.

Os dados produzidos pelo estudo realizado permitem observar algumas características da produção bibliográfica no campo do trabalho, como:

- No que se refere ao escopo da produção, a FIOCRUZ mostra um maior desempenho, uma vez que possui trabalhos em todas as áreas temáticas pesquisadas. A USP não produziu trabalhos com o foco no **Trabalho e Desenvolvimento Tecnológico e Trabalho, Gênero e Saúde**. A UNICAMP não apresentou trabalhos nos temas: **Mudanças nas Relações de Trabalho e Trabalho, Emprego e Renda**. A UFBA não apresentou produção nos temas: **Mudanças nas Relações de Trabalho, Trabalho Emprego e Renda, Trabalho e Desenvolvimento Tecnológico e Trabalho e Qualidade de Vida**. A UERJ não teve produção nos temas: **Trabalho, Gênero e Saúde e Trabalho e Políticas Públicas**. A oferta de bolsas de estudos provenientes das fundações FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro), FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e FAPESB (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia) para projetos com os temas que apresentam pouca produção poderiam funcionar como um incentivo ao aumento dos estudos nessas áreas do conhecimento.
- A UERJ, por meio do Instituto de Medicina Social tem a sua produção concentrada no tema **Trabalho e Recursos Humanos**, com 43% de suas publicações. Este dado deixa evidente que a produção desta instituição está concentrada em apenas uma área de conhecimento, necessitando de um maior desenvolvimento das outras áreas, coordenando os esforços ao invés de concentrá-los. A criação de programas de pesquisa nas áreas consideradas deficientes poderia ser uma estratégia para romper esta lacuna.

- Das categorias pesquisadas, **Trabalho e Saúde do Trabalhador** é o tema com maior participação dentre toda a produção acadêmica pesquisada (31%, ou seja, 179 trabalhos). Nota-se que o conceito de saúde no campo do trabalho vem evoluindo cada vez mais, passando da medicina do trabalho, no início dessas discussões, quando se iniciaram as atividades dos médicos de fábrica na Inglaterra até chegar ao conceito de Saúde do Trabalhador, uma concepção mais ampla do conhecimento, mas ainda sob o domínio de certas especialidades profissionais.
- Nos temas **Trabalho, Higiene e Segurança** e **Trabalho e Recursos Humanos** foram produzidos 107 e 74 trabalhos, respectivamente, sendo 19% dos temas relacionados ao tema **Trabalho, Higiene e Segurança** e 13% relacionados ao tema **Trabalho e Recursos Humanos**. A produção realizada no conjunto destes três temas (**Trabalho e Saúde do Trabalhador, Trabalho, Higiene e Segurança** e **Trabalho e Recursos Humanos**) representa 63% de toda produção na área nacional.
- O tema **Trabalho e Recursos Humanos** está em maior sintonia com o processo de desenvolvimento do SUS, uma vez que contribui para os questionamentos relacionados a formação e atuação dos profissionais de acordo com os princípios e políticas deste sistema.
- Os temas **Trabalho e Políticas Públicas** (9%), **Trabalho e Subjetividade** (8%) e **Trabalho e Saúde Mental** (5%) representam nichos importantes de produção no tema do trabalho, principalmente relacionado às questões das políticas públicas. Caberia neste âmbito, o desenvolvimento de pesquisas e programas em parceria com o Ministério da Saúde. Os temas Saúde Mental e Subjetividade apresentam certa aproximação, uma vez que discutem questões relacionadas aos aspectos psicológicos do trabalho e seus reflexos.
- A partir dos dados coletados verificam-se algumas lacunas, que podem ser temas gatilhos para discussões futuras na produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado. Temas que retratam as questões da promoção da saúde no campo do trabalho, temas

relacionados à qualidade de vida no trabalho são pouco identificados e apresentam-se como uma tendência na produção para o futuro, visto as mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nos cursos da área da saúde. Essas mudanças apontam uma tendência ao aumento das discussões para o foco na promoção da saúde e uma diminuição do foco nas discussões relacionadas às patologias ocupacionais e a questão da saúde X doença.

A mudança nas diretrizes visa à promoção da passagem do paradigma biomédico ao paradigma com embasamento na prevenção, proteção e promoção da saúde, como o que consta nos princípios e diretrizes do SUS (KORNIS, BRAGA e ZAIRE, 2006).

No âmbito federal, de acordo com Costa e Miranda (2009), além da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, a partir de 2001, definiram os parâmetros para os projetos pedagógicos de cada curso das instituições de ensino superior (IES), produzindo mudanças nos processos para a formação dos profissionais.

A definição das diretrizes curriculares deu início a um momento de transformação na educação, integrando as universidades com os princípios e as diretrizes do SUS. Na área da saúde, as resoluções para o exercício da profissão incluíram os cursos de graduação em enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, odontologia, terapia ocupacional, biomedicina, educação física e psicologia.

“Essas orientações gerais se configuram como propostas de referência para uma formação profissional abrangente, embasada por uma concepção ampla de saúde, que enfatiza a integralidade pela superação da dicotomia entre a abordagem epidemiológica clínica, o estabelecimento de boas práticas relacionais entre os sujeitos (profissionais e usuários), o uso adequado e eficiente de recursos, o interesse em atualização contínua e a responsabilidade com a educação dos demais profissionais de saúde” (COSTA e MIRANDA, 2009, p.513).

- Revela-se a necessidade do campo da Saúde Coletiva investir mais conhecimento nos assuntos relacionados à empregabilidade, mudanças nas relações de trabalho, trabalho informal, subjetividade, que são áreas de muito impacto na saúde pública.
- As instituições com índices menores de publicação devem concentrar seus esforços em uma expansão da produção no tema do trabalho,

tendo em vista as áreas com uma produção mais escassa. O foco seria buscar os nichos temáticos com as menores produções, garantindo um crescimento e a desconcentração da produção intelectual do país.

- Instituições como a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), bem como as fundações de amparo à pesquisa dos diversos estados brasileiros devem concentrar seus esforços na ampliação de centros de pesquisa, no apoio às bolsas que enfoquem os temas emergentes e de pouca produção no campo do trabalho.

Alguns ajustes podem e devem ser feitos nos dados aqui apresentados, tendo em vista algumas limitações do presente trabalho. A primeira limitação encontra-se na dificuldade para selecionar os descritores que pudessem englobar palavras que cobrissem todos os documentos. Outra questão refere-se ao fato da dificuldade que a autora encontrou ao identificar casos em que o tema poderia ser classificado em mais de uma categoria. A terceira limitação refere-se às bases de dados, que nem sempre apresentavam dados completos, principalmente relacionados a qual curso de Pós-Graduação algumas se referiam.

O mérito desta dissertação diz respeito à realização da síntese do conhecimento relativo ao trabalho no campo da Saúde Coletiva, possibilitando a compreensão de tendências gerais, bem como a divulgação do campo de pesquisa relacionado a essas áreas do conhecimento.

7 REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 1995.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

BALTAR, P.E.A.; PRONI, M.W. Flexibilidade do trabalho, emprego e estrutura salarial no Brasil. **Cadernos do Cesit**. Campinas, n. 15, jul. 1995. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/Downloads/publicacoes/cesit/CadernosdoCESIT15.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2009.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BLASS, L. M. S. Trabalho e suas metamorfoses. In: DOWBOR, L.; IANNI, O; RESENDE, P. E. A. (Org.). **Desafios da globalização**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2.ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria nº3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 1998. Seção I, p. 17.

_____. Ministério da Saúde. Representação do Brasil na OPAS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2009.

CODO, W. (Org.) **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

CORSI, F. L. A.. Globalização e a crise dos estados nacionais. In: DOWBOR, L.; IANNI, O.; RESENDE, P. E. A. (Org.). **Desafios da globalização**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

COSTA,H. **Portaria nº 1.125/GM de 6 de julho de 2005**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>>. Acesso em 27 set. 2009.

COSTA,R.K.S.; MIRANDA,F.A.N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 503-517, nov.2008/fev.2009.

DEJOURS,C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. et al. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.

FERREIRA, C.G. O fordismo, sua crise e o caso brasileiro. **Cadernos do Cesit**. Campinas, n.13, mar. 1993. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/Downloads/publicacoes/cesit/CadernosdoCESIT13.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2009.

FISCHER, F.M.; GOMES, J.R.; COLACIOPPO, S. (Org.). **Tópicos de Saúde do Trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

JACQUES, M. G.; CODO, W. (org.) **Saúde mental e trabalho**: leituras. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. A produção intelectual em saúde bucal: uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2006. **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 222, p.4-25, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/sesc/numeros/online/pdf/s222.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. **A produção intelectual em farmacêutica na perspectiva da Saúde Coletiva**: análise da experiência brasileira no período 1990. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. No prelo.

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

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. (Org.). **Saúde coletiva como compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LOUZADA, R.C. R. A pesquisa em Saúde do Trabalhador no Brasil: anotações Preliminares. **Revista Eletrônica Espaço Acadêmico**, v. 45, 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/045/45clouzada.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2008.

MATTOSO, J.E. Crise, transformações produtivo-tecnológicas e trabalho: panorama visto no Brasil. **Cadernos do Cesit**, Campinas, n. 7, jun. 1992. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/Downloads/publicacoes/cesit/CadernosdoCESIT7.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2009.

MENDES, R.; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 25, p.341-349, 16 set. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2009.

_____. **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1995.

_____. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho, publicada na forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado, 1950-2002. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. Belo Horizonte, v. 1, n.2, p. 87-118, out.-dez. 2003. Disponível em: <<http://www.higieneocupacional.com.br/download/producao-rene-mendes.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2009.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2009.

NASCIMENTO, E. P. Globalização e exclusão social: fenômenos de uma nova crise da modernidade? In: DOWBOR, L.; IANNI, O.; RESENDE, P. E. A. (Org.). **Desafios da globalização**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

NOGUEIRA, D.P. Incorporação da Saúde Ocupacional à rede primária de saúde. In: FISCHER, F.M.; GOMES, J.R.; COLACIOPPO, S. (Org.) **Tópicos em Saúde do Trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989.

PEREIRA, M.S. **Sofrimento psíquico em psicólogos que atuam no contexto organizacional**: um estudo na cidade de Uberlândia. 2005. 153 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

QUADROS, W.J. Crise do padrão de desenvolvimento no capitalismo brasileiro: breve histórico e principais características. **Cadernos do Cesit**, Campinas, n. 6, jun. 1991. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/Downloads/publicacoes/cesit/CadernosdoCESIT6.pdf>>. Acesso em 01 out. 2009.

SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H.; RUIZ, E.M. **Saúde e trabalho**: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. In: CODO, W; SAMPAIO, J.J.C. (Org.). **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 65-84.

SANTANA, Vilma Sousa. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Revista Saúde Pública**, Bahia, n. spe , p.101-111, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400015>. Acesso em: 26 dez. 2008.

SAWAIA, B.B. Análise psicossocial do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n. 28, p. 96-104, 1994.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 5. ed. Rio de Janeiro: Records, 2001.

SPINK, M. J. P. et al. Contribuições da psicologia para a Saúde Pública: onde publicamos, a quem endereçamos e que efeitos podemos ter. In: SPINK, Mary Jane Paris et al. **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

TAMBERLLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento no campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.47-59, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231998000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 jan. 2009.

TAVARES, D.S. **O sofrimento no trabalho entre servidores públicos**: uma análise psicossocial do contexto de trabalho em um Tribunal Judiciário Federal. 2003. 77 f. Dissertação (Mestrado em) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TITTONI, J. **Subjetividade e trabalho**: a experiência no trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

VARGAS, A. L. A. **A saúde do trabalhador dá conta do sofrimento do trabalhador?**: um caminho para repensar uma intervenção. 2003. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.