

# O CONCEITO DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS NAS VÁRIAS FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

*Reflections about Work and Health According to the Concepts  
and Force Practices*

*Auristela Duarte Moser<sup>1</sup>*

*Ruth Kerbig<sup>2</sup>*

## **Resumo**

Este artigo tem como objetivo refletir sobre os conceitos que dão suporte às práticas de saúde no trabalho ao mesmo tempo em que busca estabelecer uma relação entre os conceitos de saúde vigentes no mundo do trabalho e as práticas deles originadas. As reflexões têm como ponto de partida um resgate histórico dos conceitos de saúde oriundos das abordagens vigentes em saúde no trabalho e seus desdobramentos nas várias formas de atenção à saúde, propondo uma reflexão sobre esses modelos como forma de viabilizar e avaliar programas de saúde nas empresas numa perspectiva integradora e dialógica.

**Palavras-chave:** Conceitos de saúde; Saúde do trabalhador; Práticas de saúde; Promoção à saúde no trabalho.

## **Abstract**

This paper has the objective to reflect about the concepts that give the support to health practices at work and the same time search for a relation between the concepts of health in focus in the world and their originated practices. The reflections start in the historical ranson of the concepts originated from the approach of the in focus health at work and its unfoldment in the health area. They propose the reflection about these modals like a way to evaluate the Health Programs in Companies integrating knowledge and the worker's contributions and the health gestors in the companies in a integrated proposal.

**Keywords:** Concepts of health; Occupational health; Practices of health; Health promotion at work.

---

<sup>1</sup> Dr.<sup>a</sup> em Ergonomia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Prof.<sup>a</sup> do Departamento de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Virginia Dalabona, 540 casa 28 82.310-390 Curitiba PR  
E-mail: auristela.lima@pucpr.br Fone: (41) 3273-6734 / 9962-6963.

<sup>2</sup> Dr.<sup>a</sup> em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública.USP.

## Introdução

O processo de industrialização e urbanização que vem ocorrendo desde o século XIX tem provocado importantes impactos no estilo de vida das pessoas, com repercussões que têm distanciando o homem da sua relação com a natureza, incluindo a forma como este dela se apropria para produzir bens e produtos adquirindo comportamentos e hábitos sedentários numa busca de conforto e praticidade. Essa condição tem favorecido o aparecimento de inúmeras doenças, dentre as quais, as denominadas hoje de doenças da civilização, decorrentes do sedentarismo ocasionado pela queda das exigências das tarefas cotidianas e das tensões emocionais oriundas das crescentes exigências da produção nos ambientes de trabalho.

Nesse contexto, a saúde necessita cada vez mais de constantes e progressivos investimentos para seu cultivo e preservação. Historicamente, os responsáveis pelo cultivo da saúde têm sido inicialmente a família, com os cuidados primários; a escola, introduzindo os conceitos básicos de higiene e saúde, e mais recentemente o trabalho, com ações voltadas ao que as empresas denominam de Promoção à Saúde no Trabalho. Estas últimas estão situadas em um amplo contexto, cujo pano de fundo é uma área de domínio político-governamental denominada de Saúde do Trabalhador. Este artigo tem como objetivo refletir sobre os conceitos que dão suporte às práticas de saúde no trabalho ao mesmo tempo em que busca estabelecer uma relação entre os conceitos de saúde vigentes no mundo do trabalho e as práticas deles originadas.

Para Illich (1), Codo, Sampaio e Hitomi (2), O'Neill (3) e Bragança (4), as ações e práticas de saúde no trabalho não têm contemplado o trabalhador na sua perspectiva humana e integradora, pois o reduz a um elemento do sistema produtivo, no qual o conceito de saúde se refere apenas à ausência de doenças e acidentes de trabalho, sem se ocupar de muitas outras formas de prejuízo ao organismo humano.

O processo de trabalho tem sido visto a partir das unidades de produção sem que se considere a ampla gama de determinantes nas condições de desgaste e adoecimento dos trabalhadores, incluindo-se aí os aspectos psicossociais e culturais.

Em função das mudanças ocorridas nas últimas décadas no cotidiano do trabalhador e do esforço para adaptação a novos papéis, o primeiro bem a ser abandonado tem sido o cuidado à saúde, ficando esta, muitas vezes, à mercê das políticas e práticas de saúde desenvolvidas nas empresas, que por sua vez obedecem a modelos preestabelecidos pelas normas de segurança e saúde no trabalho, determinadas pelas políticas governamentais.

No que diz respeito ao corpo do trabalhador, o ingresso na vida produtiva se caracteriza por um exercício rotineiro de gestos, posturas e atividades mentais que obrigam o corpo a submeter-se às demandas do sistema produtivo, com desdobramentos que vão além do ambiente e das relações de trabalho, pois introduzem novos condicionantes no seu estilo e forma de viver, com impactos negativos no plano familiar e social, em razão de que a maior parte do tempo é dedicada ao trabalho, em detrimento do lazer e cuidados com a saúde.

O abandono ou o descaso com o corpo por parte de quem trabalha, nesse momento da vida, acaba acontecendo em razão da necessidade de subsistência e garantia das necessidades básicas, ou até da manutenção do "status" social alcançado, dependendo da escala de valores ou necessidades de cada pessoa.

Patrício, Casagrande e Araújo (5), em seus estudos sobre qualidade de vida do trabalhador, alertam para o fato de que a conjugação de baixos salários com as atuais condições de trabalho leva o trabalhador a multiplicar suas horas de trabalho em jornadas maiores ou trabalho noturno. Conseqüentemente, o trabalho no qual se busca permitir um viver saudável, proporcionando prazer e felicidade, consome diariamente as forças do trabalhador e causa ou apressa sua morte, através de doenças ocupacionais, através do estresse diário (5).

Atentas a esse panorama, muitas empresas buscam formas de atenuar o impacto desses condicionantes por meio de práticas de cunho preventivo atreladas a programas que costumam ter como objetivo a qualidade de vida no ambiente de trabalho. Dentre as mais utilizadas estão as campanhas antitabagismo, anti-alcoolismo, controle e prevenção de doenças metabólicas, hipertensão arterial, orientação nutricional, e estímulo à atividade física dentro e fora da empresa.

No que concerne às políticas praticadas pelas empresas no âmbito da proteção e cuidados

com a saúde do trabalhador, percebe-se uma grande preocupação com a prevenção dos DORT, por meio de programas de exercícios laborais compensatórios, ou ginástica de pausa. De modo geral, esses programas encontram-se norteados pelas Normas Regulamentadoras (NRs) em Saúde e Segurança do Trabalho, do Ministério do Trabalho, sendo as principais:

- a) a NR4, que trata dos Serviços de Medicina e Segurança no Trabalho (SESMT);
- b) a NR6, que dispõe sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs);
- c) a NR7, com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional;
- d) a NR9, que estabelece o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);
- e) a NR17, que estabelece a adequação das condições de trabalho às características psicofisiológicas do trabalhador, objeto da Ergonomia.

As intervenções e práticas originadas das Normas Regulamentadoras estão na origem das Normas Operacionais de Saúde do Trabalhador (NOST) e norteam procedimentos que, pressupõe-se, no caso de serem implantados, deverão resultar no sucesso das estratégias relativas à promoção e à manutenção da saúde no trabalho. Para Moser (6), as normas operacionais sendo estruturadas a partir de referências que transformam o sujeito das práticas em objeto de intervenções elaboradas sem a sua contribuição acabam privilegiando uma visão unilateral do panorama da saúde no trabalho. Dessa forma, a empresa ou vem tratando ou vem prevenindo, ou vem atenuando os inevitáveis efeitos das condições de trabalho, mas não necessariamente promovendo a saúde.

Historicamente, autores como Cortazzo (7) vêm chamando a atenção para o fato de que “na sociedade capitalista, a prática médica voltada aos setores subalternos tem como determinante a conservação e reprodução de sua força de trabalho, sendo assim função direta de acumulação do capital”.

O corpo do trabalhador é visto nessa perspectiva como uma máquina que necessita de manutenções periódicas e pausas para alongamento e distensionamento, (ginástica laboral), numa ótica mecanicista em que a relação homem-máquina passa a ser a relação máquina-máquina, e cada vez mais os ritmos fisiológicos humanos são obrigados a acompanhar a velocidade dessas

máquinas, como é o caso do trabalho informatizado e das linhas de produção acionadas por esteiras e “robots”.

Mantendo um discurso de contemporaneidade, Ribeiro (8) alerta para as formas de utilização da força de trabalho, afirmando que o corpo continua sendo exigido, mas de outro modo. Os esforços são agora bem mais leves, mas contínuos, rápidos, dando a impressão de inocuidade, tal a leveza no manuseio das máquinas industriais e de escritório. E quando se requer mais destreza, exige-se mais atenção. O corpo, agora, sai pouco do lugar. Nesses trabalhos atentos, tensos e intensos, a cabeça e os olhos seguem os passos rápidos da produção, as mãos se movimentam mais que o resto do corpo e os braços se deslocam em posturas mais ou menos rígidas para que se executem as tarefas prescritas.

Patrício, Casagrande e Araújo (5), em seus estudos sobre qualidade de vida do trabalhador, também apontam algumas dimensões e olhares sobre o corpo, entre os quais o de corpo produtivo dissociado das suas dimensões mental e espiritual e transformado em objeto de cuidados com uma finalidade performática e centrada em resultados.

Esses autores também chamam a atenção para a importância do trabalho como um construtor do corpo do trabalhador, na medida em que gera experiências que marcam e transformam o ser, nos aspectos quantitativos e qualitativos, e também um desconstrutor, pelo desgaste e mudanças que impõem àquele corpo que ingressa no mundo produtivo, de alguma forma, já construído em alguns aspectos. Porém, o processo de reconstrução livre, por meio do respeito às características culturais e à subjetividade do trabalhador, é substituído pelo trabalho alienante que não se utiliza apenas da energia física do trabalhador, mas também se apropria da sua consciência, e capacidade de reflexão, limitando suas possibilidades de escuta de seu corpo e de si mesmo.

Nessa perspectiva, a saúde no trabalho em nosso país tem sido configurada nas políticas empresariais mais como um elemento potencializador da produtividade do que como preocupação legítima com o bem-estar do ser humano, o que torna o trabalhador cada vez mais responsável pela sua saúde física e mental, devendo este buscar um papel construtivo e participativo nas relações de trabalho.

No contexto atual, com as relações de produção cada vez mais complexas e considerando-se o processo de reestruturação produtiva que privilegia as leis do mercado em detrimento do ser humano como referência histórica e ontológica (7), a saúde no trabalho passa a ser alvo de constantes negociações entre o capital e a força de trabalho em um espaço onde convivem abordagens conflitantes, tais como o discurso empresarial relativo à promoção à saúde e práticas de arrocho salarial, programas de incentivo à aposentadoria e exigências progressivas quanto ao aumento da produção com um contingente cada vez menor de executores para as mesmas tarefas.

Algumas análises, do ponto de vista de trabalhadores que gerenciam a questão da saúde, como Fonseca (9), representante da CUT (Central Única dos Trabalhadores), apontam como problema central o grande conflito da economia brasileira ao abrigar formas extremamente atrasadas de trabalho próximas até do escravismo (carvoaria, plantações de cana, dentre outras) e formas extremamente modernas como processos de produção automatizados nos quais o papel do trabalhador se resume a controlar sistemas de inteligência artificial com redução do esforço físico e aumento da sobrecarga mental.

A observação empírica e análise de programas de cunho preventivo e interventivo realizadas a partir do trabalho de profissionais da Fisioterapia inseridos em programas empresariais e o estudo de alguns projetos implantados em empresas de médio e grande porte evidenciaram uma tendência ao estabelecimento de objetivos que têm como referência:

- a) redução da dor e fadiga;
- b) melhora da capacidade física para o trabalho;
- c) redução do absenteísmo;
- d) diminuição de gastos com tratamentos de saúde;
- e) aumento da produtividade.

Esses objetivos revelam a preocupação com a performance do trabalhador, para a obtenção de resultados, e embora contribuam para a manutenção e melhoria das condições de saúde, evidenciam uma grande preocupação com a capacidade produtiva do trabalhador, em detrimento dele mesmo enquanto pessoa, que, colocando a sua força de trabalho cada vez mais a

serviço da produção, ajuda a manter a estrutura e os padrões de dominação do capital e ao mesmo tempo favorece o aparecimento de um conflito mesmo que velado entre por um lado, o saber e as percepções e experiências dos trabalhadores sobre saúde e trabalho, e por outro, a concepção oficial das empresas acerca do tema. A partir de alguns olhares sobre o trabalho e a saúde, tenta-se um resgate de conceitos vigentes na área, para subsidiar uma aproximação das abordagens praticadas numa tentativa de contribuir para uma prática baseada não apenas na oferta de atendimento a um receptor passivo das ações de saúde, mas de um sujeito participante na concepção e implementação dessas abordagens.

### ***Abordagens vigentes em saúde-trabalho e conceitos subjacentes***

Atualmente em nosso país, três abordagens coexistem nas empresas, com diferentes graus de aplicação e valorização: a Medicina do Trabalho, a Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, e a Saúde do trabalhador (6).

A Medicina do Trabalho aporta concepções de saúde advindas do enfoque biológico, procurando isolar riscos específicos de acordo com a teoria da uni causalidade das doenças, ignorando outros fatores que possam afetar a saúde do trabalhador, ao mesmo tempo em que busca controlar os fatores de adoecimento com vistas à preservação e reprodução da força de trabalho a partir de mapeamentos de riscos vinculados à concepção hegemônica agente-hospedeiro, prescindindo de um olhar ampliado de modo a incorporar ao processo de trabalho os aspectos subjetivos e culturais e as conseqüências das interações de todos esses fatores na saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva, o conceito de saúde da Medicina do Trabalho poderia ser enunciado como: “o funcionamento satisfatório dos sistemas orgânicos, evidenciado pela ausência de doenças e pela plena adaptação aos processos de trabalho.”

Bragança (4) relata que, após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento de novas tecnologias, a chegada de produtos químicos e a fragmentação das tarefas aumentaram as demandas por intervenção no ambiente de trabalho. O autor

também coloca a complexidade das novas condições e os altos índices de insalubridade como importantes para o nascimento do conceito de saúde ocupacional, extrapolando as fronteiras da medicina do trabalho com um clamor multidisciplinar que aliou médicos e engenheiros em torno de uma linha de atuação: a higiene industrial.

A novidade representada por este enfoque foi o deslocamento do foco, do indivíduo, para o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador sob o ponto de vista da Fisiologia do Trabalho, criando um tripé formado pelas categorias doença-hospedeiro-ambiente, aliado a investimentos em estudos de riscos ambientais e maior atenção à questão preventiva. O conceito de saúde pautado nesta abordagem também poderia ser assim traduzido: “ausência de doenças ocupacionais evidenciada pela adaptação às condições e ambiente de trabalho”. Essa abordagem apesar do avanço propiciado em termos da ampliação do enfoque que passou de uni para multicausal, é confrontada muitas vezes com suas próprias limitações, estando determinada por normas governamentais que nem sempre são atualizadas pelo diálogo com todos os atores do cenário e processo de trabalho.

A manutenção do referencial mecanicista da Medicina do Trabalho, as atividades restritamente multiprofissionais e a capacitação de recursos humanos presentes no enfoque da saúde ocupacional denotam uma tendência especializante direcionada às condições de trabalho, sem reportar-se muitas vezes a uma situação-contexto que transcenda os limites do ambiente físico.

Essa tendência submete a produção de conhecimentos e de tecnologia às exigências de adequar-se a um modelo que aborda a questão da saúde ocupacional, enquanto objeto de intervenção da área do trabalho, em detrimento do setor saúde em seus mais amplos desdobramentos.

O reducionismo nessas abordagens de saúde evidencia-se no direcionamento da sua análise, aos mobiliários e ferramentas de trabalho, distanciando-se da capacidade real de apresentar um diagnóstico que atenda a todo o contexto laboral, não se restringindo apenas às condições de trabalho, mas sim à situação de trabalho como um todo, como preconiza a Ergonomia, que distingue condições de trabalho de situação de trabalho.

Para Montmollin (10) e Guérin (11), as condições de trabalho se referem aos meios fornecidos pela empresa para que o trabalhador realize a tarefa que lhe é prescrita e estão representadas pelos recursos físicos, materiais e organizacionais que têm ligação com a tarefa propriamente dita. Já a situação de trabalho abrange um macrocontexto no qual se incluem as condicionantes mais amplas do sistema produtivo, como a natureza do trabalho, (manual ou automatizado), estabilidade e vínculo empregatício, e até políticas trabalhistas vigentes em determinado país.

Essas perspectivas que prevalecem até hoje, no entanto, representam um avanço, pelo seu caráter preventivista e pela ampliação do referencial técnico e teórico de abordagem.

A área de estudos tida como Saúde do Trabalhador representou uma tentativa de resposta dos setores sociais organizados e preocupados com o retorno dado pela Saúde Ocupacional às demandas oriundas dos agravos à saúde dos trabalhadores em função das aceleradas mudanças no mundo e condições de trabalho (4). Esse movimento questiona, entre outros pontos, os valores da vida e da liberdade, o significado do trabalho e o papel do Estado nas políticas de saúde.

A Saúde do Trabalhador foi concebida em um panorama econômico em que grandes indústrias se deslocaram para o Terceiro Mundo em busca de mão-de-obra barata, trazendo exigências tecnológicas que, para serem implantadas em um contexto cultural diferente, daquele de origem, exigiram quase que um adestramento dos trabalhadores, ignorando seus fatores antropométricos (estatura, biotipo e constituição corporal e estilo de vida).

A reestruturação econômica nos países em desenvolvimento, caracterizada pelo processo de reconversão industrial com a incorporação de novas tecnologias, onde a automação e informatização foram implantadas em curto espaço de tempo, ocasionou dificuldades de adaptação e inadequação aos novos “modos operandi”, devido ao choque cultural advindo da importação de comportamentos laborais próprios de outras sociedades (12).

Esta importação de modelos de trabalho e maquinários, da Alemanha e da França, ocasionou problemas posturais e dores decorrentes da inadaptação dos trabalhadores brasileiros às dimensões das máquinas e bancadas de trabalho,

gerando uma demanda de atuação de vários profissionais da saúde que foram requisitados para conceber práticas diagnósticas e terapêuticas voltadas ao enfrentamento e resolução desses problemas. Um exemplo a ser citado é o caso da inserção do profissional de Fisioterapia nas empresas em programas voltados à prevenção dos DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), atuando em programas de ginástica laboral e análise ergonômica dos postos de trabalho.

As dificuldades encontradas e as demandas geradas acabaram por fomentar e ampliar as discussões, resultando na ampliação dos conceitos vigentes e na conseqüente tentativa de sua transposição para o terreno da prática.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizada em 1986, define a saúde dos trabalhadores como decorrente de melhoria das condições de emprego; estabilidade no trabalho e que este seja bem remunerado; oportunidade de lazer; organizações livres, autônomas e representativas da classe; direito à informação sobre todos os dados que diga respeito à relação vida, saúde, trabalho, acesso a serviços de saúde com capacidade resolutiva e em todos os níveis, além de efetiva participação em quaisquer decisões sobre assuntos referentes à classe; recusa ao trabalho sob condições que não considerem estes e outros direitos (13).

A principal premissa desse enfoque é a de que o trabalhador deve ter um papel **participativo** nas questões relativas à sua saúde. Os pontos defendidos são o **direito à informação** e à recusa ao trabalho em condições de risco para a saúde ou para a vida; o direito à consulta prévia

antes das mudanças de tecnologia e formas de organização do trabalho; e o estabelecimento de mecanismos de participação, inclusive na escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho. O seu conceito de saúde nessa ótica seria: “o bem-estar resultante de uma construção coletiva por parte de todos os envolvidos no processo e contexto de trabalho, mediada pela participação, garantia dos direitos trabalhistas e respeito ao indivíduo enquanto ser cultural individual-coletivo. A interdisciplinaridade é, portanto, premissa importante nesta abordagem, uma vez que pressupõe a desterritorialização dos saberes e a incorporação de categorias como empoderamento” (6). Para Vasconcelos (14, 5), empoderamento é “o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social.” De modo geral, os autores que trabalham com a categoria empoderamento se referem a ele como a habilidade de pessoas alcançarem a compreensão e manejo de suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para poderem agir de modo a melhorar sua situação de vida (15, 16, 17).

O panorama relativo aos indicadores de saúde dos trabalhadores brasileiros com as preocupantes estatísticas de acidentes de trabalho (Quadro 1) torna-se fonte de inquietação pelo seu cunho paradoxal, pois em meio a uma constante discussão e adoção de modelos importados de outras realidades, ainda apresenta taxas altíssimas, incitando o questionamento e desafiando a perspectiva defendida pela saúde do trabalhador.

**Quadro 1 - Quantidade mensal de acidentes do trabalho registrados por motivo - 2002 a 2004**

MESES	Anos	QUANTIDADE DE ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS			
		Motivo			
		Total	Típico	Trajeto	Doença do Trabalho
TOTAL	2002	393.071	323.879	46.881	22.311
	2003	399.077	325.577	49.642	23.858
	2004	458.956	371.482	59.887	27.587
JANEIRO	2002	29.708	24.624	3.382	1.702
	2003	32.131	26.281	3.855	1.995
	2004	33.727	27.361	4.381	1.985
FEVEREIRO	2002	28.258	23.235	3.357	1.666
	2003	31.731	25.892	3.848	1.991
	2004	32.276	26.385	3.994	1.897
MARÇO	2002	32.545	26.796	3.904	1.845
	2003	31.818	25.941	3.835	2.042
	2004	40.648	32.818	5.184	2.646
ABRIL	2002	35.200	28.863	4.107	2.230
	2003	31.095	25.235	3.933	1.927
	2004	34.975	28.037	4.680	2.258
MAIO	2002	33.679	27.722	4.037	1.920
	2003	33.942	27.739	4.248	1.955
	2004	37.830	30.538	5.124	2.168
JUNHO	2002	32.598	26.751	4.063	1.784
	2003	32.826	26.873	4.069	1.884
	2004	38.947	31.366	5.187	2.394
JULHO	2002	34.623	28.555	4.097	1.971
	2003	32.700	26.757	4.109	1.834
	2004	41.305	33.506	5.360	2.439
AGOSTO	2002	36.016	29.747	4.178	2.091
	2003	33.201	26.999	4.172	2.030
	2004	43.798	35.350	5.675	2.773
SETEMBRO	2002	33.723	27.773	4.004	1.946
	2003	36.544	29.876	4.381	2.287
	2004	41.421	33.591	5.271	2.559
OUTUBRO	2002	36.690	30.234	4.393	2.063
	2003	38.424	31.432	4.728	2.264
	2004	39.030	31.872	4.911	2.247
NOVEMBRO	2002	32.230	26.765	3.793	1.672
	2003	34.765	28.274	4.418	2.073
	2004	39.263	31.817	5.180	2.266
DEZEMBRO	2002	27.801	22.814	3.566	1.421
	2003	29.900	24.278	4.046	1.576
	2004	35.736	28.841	4.940	1.955

FONTE: DATAPREV CAT

Cabe aqui perguntar: o saber do trabalhador, a sua concepção de saúde e as articulações que este elabora nos diversos âmbitos da sua existência têm espaço assegurado na construção dos programas e das práticas em saúde?

Acredita-se que a compreensão do processo de trabalho e a busca do entendimento das demandas da empresa, a partir dos vários interlocutores que nela convivem, devem ser partes dos objetivos desses programas, para que suas ações não estejam voltadas para uma abordagem focalizada em técnicas paliativas que não transformam, ou seja, não promovem a saúde, mas apenas modificam alguns aspectos de uma situação mais ampla.

Para Minayo-Gomez e Thedin-Costa (18), da práxis de produção de conhecimentos orientados para uma ação-intervenção transformadora, a saúde do trabalhador defronta-se continuamente com questões emergentes, que impelem a definição de novos objetos de estudo, contemplando demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores, portanto uma área em permanente construção.

### Conclusão

Nessa contemporaneidade de discussão sobre a saúde no trabalho, novas terminologias foram incluídas nas ações de atenção à saúde e segurança do trabalhador. No entanto, longe de ser um modelo perfeito de abordagem em saúde, o conjunto de conhecimentos a que se chama Saúde do Trabalhador tem como pano de fundo o próprio entendimento de saúde coletiva, que se constituiu nas últimas décadas por um recorte da questão saúde numa leitura associada ao questionamento das condições de vida e de trabalho e na busca do entendimento das necessidades e problemas existentes buscando equacioná-los e enfrentá-los.

A reflexão sobre esses modelos de atenção à saúde, sua evolução e operacionalização podem originar contribuições ao planejamento, operacionalização e avaliação dos programas de promoção da saúde, no sentido de ampliar a abrangência dos programas de prevenção e intervenção nas empresas, integrando saberes e articulando competências e contribuições de diversas áreas de atuação.

### Referências

- 1- Illich I. **A expropriação da saúde:** nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- 2- Codo W, Sampaio J, Hitomi A. **Sofrimento psíquico nas organizações:** saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes; 1995.
- 3- O'Neill MJ. **Orientação médica.** A ortopedia e as LER/DORT: prevenir é conhecer. [online]. [Capturado em 10 de outubro de 2006]. Disponível em: <http://www.uol.com.br/prevler>.
- 4- Bragança FJPM. **A CIPA como movimento social e a classe trabalhadora:** relações entre educação e trabalho, em busca da promoção da vida, da saúde e da cidadania. Mato Grosso; 2002 [dissertação]-Universidade Federal de Mato Grosso.
- 5- Patrício ZM, Casagrande J, Araújo MF de. **Qualidade de vida do trabalhador.** Florianópolis: ed. do Autor; 1999.
- 6- Moser AD. **Práticas de promoção à saúde em uma empresa pública no estado do Paraná e as concepções de saúde de seus trabalhadores:** uma contribuição à Ergonomia e à saúde do trabalhador. Santa Catarina; 2005 [tese] -Universidade Federal de Santa Catarina.
- 7- Cortazzo II. Saúde e trabalho. **Arquivos de Medicina Preventiva** 1985 jan/dez; 7(7):60-83.
- 8- Ribeiro HP. **A violência do trabalho no capitalismo:** o caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários. São Paulo; 1997 [tese] - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- 9- Fonseca M da. A CUT ainda tem um longo caminho a percorrer: **Saúde mental e trabalho.** São Paulo 2002 ago; 1(1):25-52.
- 10- Montmollin M. **A ergonomia.** Lisboa: Instituto Piaget; 1990.
- 11- Guérin F. **Compreender o trabalho para transformá-lo.** São Paulo: Edgard Bluncher; 2001.

- 12- Yanes LO. **Reconversion industrial e la salud de los trabajadores:** salud de los Trabajadores. Venezuela: 1993; 1(2):8-15.
- 13- Brito JC, Porto MF. **Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde.** Rio de Janeiro: 1992. (Mimeo).
- 14- Vasconcelos EM. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do **Serviço Social e da saúde mental. Serviço Social & Sociedade:** Seguridade Social e Cidadania, São Paulo 2001; 22 (65):5-53.
- 15- Airhihenbuwa CO. Health Promotion and the Discourse on Culture: implications for empowerment. **Health Education Quarterly** 1999; 21(3):345-54.
- 16 Labonte R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. **Health Education Quarterly** 1994; 21(2):253-68.
- 17 Pessini I. Em busca de uma política de equidade e solidariedade: o paradigma da promoção da saúde. **O Mundo da Saúde** 1996 set/out; 20(09):29-45.
- 18 Minayo-Gomez C, Thedin-Costa, SMT. A construção do campo saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública** 1997; (13):21-32.

Recebido em: 13/05/2006  
Received in: 05/13/2006

Aprovado em: 01/07/2007  
Approved in: 07/01/2007

