



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO ESPECIAL 2
RIO DE JANEIRO, AGO 2025
ISSN 2358-2898

**Saúde do Trabalhador
como Direito Humano:
rumo à 5ª CNSTT**

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORIA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Maria Cristina Strausz – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7449433836714560> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7835-9238> – e-mail: cristrausz@yahoo.com.br

Maria Juliana Moura Corrêa – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8435924995953449> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9406-3955> – e-mail: mjulianamc@gmail.com

Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com

Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade do Distrito Federal (UnDF), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6679654672181428> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – e-mail: helenocorrea@uol.com.br

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Ministério da Saúde (MS) – Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9374582276941041> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7679-9870> – e-mail: lcfadef@gmail.com

Luís Henrique da Costa Leão – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (RJ), Brasil. Ministério da Saúde (MS) – Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5888247708760453> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0166-5066> – e-mail: luis.leao@saude.gov.br

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – e-mail: dotorana@gmail.com

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com

Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br

Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – e-mail: fatsuerj@gmail.com

Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com

Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – e-mail: ingriddavilla@gmail.com

Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – e-mail: lenaurolobato@uol.com.br

Mario Parada – Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com

Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@uern.br

Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.peg@gmail.com

Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9454572596499303> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – e-mail: arthur.chioro@unifesp.br

Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – e-mail: astolkner@gmail.com

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – e-mail: dotorana@gmail.com

Angel Martínez Hernáez – Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, Espanha. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9303284609986584> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – e-mail: angel.martinez@urv.cat

Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4908250087435573> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – e-mail: brenofontes@gmail.com

Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9399101827181317> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – e-mail: cbotazzo@hotmail.com

Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2991786514781013> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – e-mail: stralen@medicina.ufmg.br

Debora Diniz – Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3865117791041119> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – e-mail: d.diniz@anis.org.br

Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Ciudad de México, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – e-mail: emenendezt@yahoo.com.mx

Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360319263720896> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – e-mail: freese@cpqam.fiocruz.br

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com

Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br

Elias Kondilis – Queen Mary University of London (QMUL), London, England. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – e-mail: kondilis@qmul.ac.uk

Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – e-mail: fatsuerj@gmail.com

Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com

Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade do Distrito Federal (UnDF), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6679654672181428> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – e-mail: helenocorrea@uol.com.br

Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Argentina. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4632132822346897> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – e-mail: hugospinelli09@gmail.com

Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – e-mail: ingriddavilla@gmail.com

Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – e-mail: jairnil@ufba.br

Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br

Jean Pierre Unger – Institut de MédecineTropicale (IMT), Anvers, Belgique. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – e-mail: contact@jeanpierreunger.com

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4847808748249580> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – e-mail: bragajcs@uol.com.br

José da Rocha Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1818832385881541> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – e-mail: jrcarval@fiocruz.br

Kenneth Rochel de Camargo Jr. – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3585073727110885> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – e-mail: kenneth@uerj.br

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – e-mail: lenaurolobato@uol.com.br

Ligia Giovanela – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4385037327951834> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – e-mail: ligiagiovanela@gmail.com

Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas (RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5795415938371676> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – e-mail: luizfacchini@gmail.com

Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4138758876612437> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – e-mail: odorico@saude.gov.br

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com

Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2295426092712681> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – e-mail: maria.salete.jorge@gmail.com

Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia (Unal), Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – e-mail: mariohernandez62@gmail.com

Mario Parada – Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com

Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – e-mail: roveremario@gmail.com

Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@uern.br

Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5548618710308950> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – e-mail: pauloamarante@gmail.com

Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/571733693652268> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – e-mail: paulo.buss@fiocruz.br

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (Pará/PA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9266787581530443> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – e-mail: pttarso@gmail.com

Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.peg@gmail.com

Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com

Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7427719296567082> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – e-mail: radorno@usp.br

Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/959894337710446> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – e-mail: profsoniafleury@gmail.com

Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes:

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO ESPECIAL 2
RIO DE JANEIRO, AGO 2025

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

Saúde do Trabalhador como Direito Humano: rumo à 5ª CNSTT

Workers' Health as a Human Right: Towards the 5th CNSTT

Maria Cristina Strausz, Maria Juliana Moura Corrêa, Ronaldo Teodoro, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Luís Henrique da Costa Leão

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Avaliação da implementação do 'Qualifica Cerest': contribuições para a Saúde do Trabalhador em Porto Alegre-RS (2020-2023)

Evaluation of the implementation of 'Qualifica Cerest': Contributions to Workers' Health in Porto Alegre (2020-2023)

Solange Therezinha Pereira Lopes, Dário Frederico Pasche, Cristiane Barata Silva, Rosane Gomes Alves Lopes

Sofrimento psíquico, intensificação do trabalho e desgaste mental: o trabalho em Call Centers

Psychological suffering, work intensification and mental exhaustion: Work in Call Centers

Paulo Victor Rodrigues de Azevedo Lira, Diego de Oliveira Souza, Angela Santana do Amaral, Idê Gomes Dantas Gurgel, Maurício Barbosa de Lima, Adriana Guerra Campos

Violência laboral em meio à pandemia da covid-19 na atenção primária no Ceará

Workplace violence amidst the COVID-19 pandemic in primary care in Ceará

Anny Caroline dos Santos Olímpio, Roberta Cavalcante Muniz Lira, Maxmiria Holanda Batista, Bianca Waylla Ribeiro Dionisio, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Francisco Willian Melo de Sousa

Gênero como determinante social da saúde de trabalhadoras plataformizadas de moto entregas

Gender as a social determinant of health for motorcycle delivery workers on digital platforms

Fernanda Diniz de Sá, Lucas Eurikes Melo Vasconcelos, Raynara Samille Guerra Oliveira, Camilla Araújo da Silva, Ariana Nogueira Rodrigues de Oliveira, Leonildo Santos do Nascimento Júnior

Emergência em Saúde Pública: vulnerabilidade social sob a perspectiva de trabalhadores afetados pela covid-19

Public Health Emergency: Social vulnerability from the perspective of workers affected by COVID-19

Milena Nogueira Azevedo, Kênya Lima de Araújo, Mônica Angelim Gomes de Lima

Impacto das novas relações de trabalho na saúde mental na Paraíba: análise das notificações

Impact of new work relationships on mental health in Paraíba: An analysis of notifications

Brenda Feitosa Lopes Machado, Danielle Victor Fernandes, Nathalia Dantas Claudino do Nascimento, Laiany Erika Arruda Roque Carreiro, Talita Tavares Alves de Almeida, Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

ENSAIO | ESSAY

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: tempo de mudança!

Workers' Health as Human Rights: Time for change!

Luís Carlos Fadel de Vasconcellos, Isabella de Sousa Maio, Douglas Oliveira Carmo Lima

O neoliberalismo faz mal à saúde: novas configurações no mundo do trabalho e a saúde do trabalhador e da trabalhadora

Neoliberalism is bad for health: New configurations in the world of work and the workers health

Matheus Oliveira Lacerda, Natália Ramos da Silva, Eliana Costa Guerra

Vida Além do Trabalho? Notas sobre jornadas extensas, emancipação política e a saúde dos trabalhadores

Life Beyond Work? Notes on long working hours, political emancipation, and workers' health

Katia Reis de Souza, Alzira Mitz Bernardes Guarany, Claudia March

O trabalho de cuidados na agenda da saúde: invisibilidade, sobrecarga e desgaste de mulheres trabalhadoras

Care work on the health agenda: Invisibility, overload, and strain on female workers

Élida Azevedo Hennington

Potencialidades e desafios para a efetivação da PNSTT na Atenção Primária à Saúde

Potentialities and challenges for the implementation of the National Policy on Workers' Health (PNSTT) in Primary Health Care

Marcelo José Monteiro Ferreira, Emanuelle Albuquerque Carvalho Melo, Greyceanne Cecília Dutra Brito, Juliana Antunes Marques Viana, Larisse Holanda Martin, Leticia Marques Rocha, Marília Fernandes Soares de Melo

Contradições para representação e atuação de Saúde do Trabalhador em Conselhos de Saúde

Contradictions for the representation and performance of Workers' Health in Health Councils

Fátima Sueli Neto Ribeiro, Lidiston Pereira da Silva, Norma Santos Bomfim

Vigilância da saúde integrada, participativa e territorializada em contextos de exposição aos agrotóxicos no Brasil

Integrated, participatory, and territorialized health surveillance in contexts of exposure to agrotoxics in Brazil

Karen Friedrich, Ariane Leites Larentis, Jandira Maciel da Silva, Marla Kuhn, Luiz Antonio Dias Quitério, Sonia Corina Hess, Lia Giraldo da Silva Augusto

O direito do trabalhador e da trabalhadora no contexto do uso 'INseguro e DEScontrolado' do amianto no Brasil

Workers' rights in the context of the 'UNsafe and Uncontrolled' use of asbestos in Brazil

Hermano Albuquerque de Castro, Fernanda Giannasi

Migração e precarização do trabalho: compreendendo a interseção entre categorias sociais

Migration and precarious work: Understanding the intersection between social categories

Loeste de Arruda-Barbosa, José Maria Marques Melo Filho, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Políticas de saúde para trabalhadores e trabalhadoras do sexo: saúde, segurança e mercados do sexo

Health policies for sex workers: Health, safety, and the sex industry

Matheus Madson Lima Avelino, Matheus Oliveira Lacerda, Eliana Costa Guerra, Maria Ângela Fernandes Ferreira

Ressignificando o trabalho em Povos e Comunidades Tradicionais: inspirações ecofeministas

Redefining work in Traditional Peoples and Communities: Ecofeminist inspirations

Andreza Graziella Veríssimo Pontes, Raquel Maria Rigotto

Relações de trabalho e a construção de políticas públicas para acesso e permanência de pessoas trans no mercado de trabalho

Labor relations and the formulation of public policies to promote access and retention of trans individuals in the workforce

Maria Luísa Corrêa Muniz, Lilian de Fatima Zanoni Nogueira, Mayara Evangelista de Andrade, Gabriel Barbeta, Ísis Gois, Lilian Victoria Pérez Espínola, Ana Cristina de Oliveira e Silva, Barbara Iansã de Lima Barroso

Saúde, gênero e invisibilidade no trabalho doméstico não remunerado

Health, gender, and the invisibility of unpaid domestic work

Sibele de Jesus Santos, Maria Luiza Caires Comper

A luta dos trabalhadores com deficiência ante a crise do capital

The struggle of workers with disabilities in the face of the capitalist crisis

Juliana Valentini, Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira

Workers' Health as a Human Right: The foundations of the Brazilian Sanitary Reform

Marcia Cristina Kamei Lopez Aliaga, Norma Sueli Padilha

O Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador no Brasil

The Unified Health System and Workers' Health in Brazil

Jairnilson da Silva Paim, Camila Ramos Reis

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

O Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador na 5ª Conferência: limites e potencialidades

The State Reference Center for Workers' Health at the 5th Conference: Strengths and limitations

Irina Natsumi Hiraoka Moriyama, Ozinélia Pedroni Batista

Cerest como centro articulador de ações intersetoriais: uma experiência com trabalhadores de entrega por aplicativos

CEREST as a center for coordinating intersectoral actions: An experience with app-based delivery workers

Adriana Guerra Campos, Paulo Victor Rodrigues de Azevedo Lira, Tathiane Andrea Bezerra de Sá, Aline do Monte Gurgel, Rodrigo Lopes da Silva Correia

RESENHA | CRITICAL REVIEW

A fadiga no trabalho: uma análise histórica das relações de trabalho

Fatigue at work: A historical analysis of labor relations

Helder Matheus Alves Fernandes, José Jackson Coelho Sampaio, Zilda Maria Menezes Lima

Saúde do Trabalhador como Direito Humano: rumo à 5ª CNSTT

Maria Cristina Strausz¹, Maria Juliana Moura Corrêa¹, Ronaldo Teodoro², Heleno Rodrigues Corrêa Filho³, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos^{1,5}, Luís Henrique da Costa Leão^{4,5}

DOI: 10.1590/2358-28982025E2AP-P

ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE' é resultado de uma construção coletiva entre a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), por meio de seu Grupo Temático de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (GTSTT), e o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CGSAT), no compromisso de contribuir para a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT). Com o tema 'Saúde do Trabalhador como Direito Humano: rumo à 5ª CNSTT', esta edição objetiva oferecer aos participantes da conferência subsídios advindos da práxis em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT), especialmente sobre as mudanças no mundo do trabalho na última década, a partir da temática e das questões propostas para a 5ª CNSTT, além das reflexões emanadas do 2º Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Simbrastt), realizado em novembro de 2022, em Salvador.

A Abrasco desempenha um papel crucial na promoção da saúde e na pesquisa científica no Brasil, sendo que seu GTSTT agrega 22 professores pesquisadores de 10 instituições (Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Santa Catarina, Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Distrito Federal Professor Jorge Amaury Maia Nunes), além de gestores da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renastt) e representantes do movimento sindical. Como instituição que mobiliza a ciência para melhorar a vida e as condições de trabalho, seu desafio é manter o diálogo permanente com os diversos movimentos de trabalhadores formais e informais, bem como as populações urbanas e rurais, que foram vulnerabilizadas e com as instâncias de intervenção do Estado para a promoção de políticas públicas.

Da mesma forma, é missão da CGSAT, além de coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), por meio da Renastt, apoiar o desenvolvimento de ações para prevenção, promoção, vigilância, participação social e atenção integral à STT, bem como a realização e publicização de estudos e pesquisas em STT. Por isso, a articulação entre o GTSTT, a Abrasco, a CGSAT e a revista 'Saúde em Debate' marca uma aliança estratégica em defesa da STT em um momento de fragmentação social e institucional que fragiliza o campo da STT.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
cristrausz@yahoo.com.br

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

⁵Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.



As novas formas de trabalhar induzidas pela plataforma digital trouxeram outras formas de adoecimento, muitas delas decorrentes da intensificação da precarização do trabalho, agravadas pela perda de direitos previdenciários e trabalhistas da última década, ao mesmo tempo que novos desafios são impostos aos trabalhadores e às trabalhadoras em decorrência das mudanças climáticas e da financeirização do mundo capitalista^{1,2}. Esse cenário traz diversos desafios a serem enfrentados pelo campo social, institucional e acadêmico da STT, e a 5ª CNSTT pode representar uma importante resposta social a essas problemáticas. Realizada 11 anos após sua última edição, a 5ª CNSTT marca um momento estratégico para a retomada do debate público sobre os direitos humanos relacionados com o mundo do trabalho. A Conferência, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e promovida pelo Ministério da Saúde, é um processo social muito potente, de modo que as diversas etapas preparatórias mobilizaram vários atores sociais em todo o País. Foram realizadas 1.170 conferências municipais, 91 regionais, 27 estaduais. Além dessas etapas, houve 116 Conferências Livres de STT, que permitiram a mobilização de outros atores sociais, além daqueles participantes do Controle Social representados nos conselhos de saúde e suas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt), que definiram a eleição de 180 delegados de diversos movimentos sociais, com interesse na STT.

A temática desta publicação está vinculada exatamente aos três eixos da 5ª CNSTT, a saber:

- Eixo I: A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- Eixo II: As Novas Relações de Trabalho e a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- Eixo III: Participação Popular na Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras para Efetivação do Controle Social.

Nesta edição, reunimos 25 trabalhos publicados, entre eles, 6 artigos originais, 14 ensaios,

2 artigos de opinião, 2 relatos de experiências e 1 resenha, que apresentam reflexões e experiências exitosas no campo de STT.

Objeto da temática da 5ª CNSTT, o ensaio ‘Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: tempo de mudança!’ propõe uma reflexão crítica sobre a STT como direito humano, destacando a 5ª CNSTT como marco de mudança.

O artigo de opinião ‘O Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador no Brasil’ revisita alguns aspectos das políticas de saúde no Brasil, discutindo a situação atual e a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento da área de Saúde do Trabalhador.

Outro artigo de opinião sobre ‘Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira’ reafirma a STT como direito humano e seu respaldo na Constituição Federal de 1988, que constitucionalizou o termo ‘saúde do trabalhador’, valorizando o trabalho na determinação do processo saúde-doença.

Em diálogo com o tema central, algumas temáticas apareceram como preocupações emergentes, como a relação saúde mental e trabalho, trabalho informal e precário, trabalho no mercado do sexo, jornada de trabalho, novas configurações do trabalho. Observa-se que os marcadores de vulnerabilidades, como classe, gênero, raça e incapacidade, apresentaram-se de forma transversalizada ou como temática em diversas publicações. Isso também reforça a transversalidade das questões de STT no campo da Saúde Coletiva. São exemplos os seguintes artigos: ‘Impacto das novas relações de trabalho na saúde mental na Paraíba: análise das notificações’, ‘Sofrimento psíquico, intensificação do trabalho e desgaste mental: o trabalho em *Call Centers*’, ‘Vida Além do Trabalho? Notas sobre jornadas extensas, emancipação política e a saúde dos trabalhadores’, ‘Ressignificando o trabalho em Povos e Comunidades Tradicionais: inspirações ecofeministas’, ‘Políticas de saúde para trabalhadores e trabalhadoras do sexo: saúde, segurança

e mercados do sexo’, ‘Relações de trabalho e a construção de políticas públicas para acesso e permanência de pessoas trans no mercado de trabalho’, ‘Saúde, gênero e invisibilidade no trabalho doméstico não remunerado’, ‘O trabalho de cuidados na agenda da saúde: invisibilidade, sobrecarga e desgaste de mulheres trabalhadoras’, ‘A luta dos trabalhadores com deficiência ante a crise do capital’, ‘Migração e precarização do trabalho: compreendendo a interseção entre categorias sociais’ e ‘Gênero como determinante social da saúde de trabalhadoras plataformizadas de moto entregas’.

Dois artigos exploram os impactos da pandemia de covid-19: ‘Emergência em Saúde Pública: vulnerabilidade social sob a perspectiva de trabalhadores afetados pela covid-19’ e ‘Violência laboral em meio à pandemia da covid-19 na atenção primária no Ceará’.

A efetivação da PNSTT e a gestão da Renastt foram temas nos artigos: ‘Potencialidades e desafios para a efetivação da PNSTT na Atenção Primária à Saúde’, ‘Avaliação da implementação do ‘Qualifica Cerest’: contribuições para a Saúde do Trabalhador em Porto Alegre-RS (2020-2023)’ e ‘Cerest como centro articulador de ações intersetoriais: uma experiência com trabalhadores de entrega por aplicativos’.

A participação popular e/ou o controle social em STT foram temas dos seguintes artigos: ‘Contradições para representação e atuação de Saúde do Trabalhador em Conselhos de Saúde’ e ‘O Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador na 5ª Conferência: limites e potencialidades’.

Outras temáticas, como direitos previdenciários e indenizatórios e exposição a produtos químicos e minerais, por exemplo,

agrotóxicos e asbesto, persistem, reafirmando a necessidade de discussão sobre a saúde do trabalhador como direito humano. Tais temáticas são abordadas nos artigos: ‘O direito do trabalhador e da trabalhadora no contexto do uso ‘INseguro e DEScontrolado’ do amianto no Brasil’ e ‘Vigilância da saúde integrada, participativa e territorializada em contextos de exposição aos agrotóxicos no Brasil’.

A resenha ‘A fadiga no trabalho: uma análise histórica das relações de trabalho’ traz um histórico do esgotamento profissional (*burnout*), tema cada vez mais frequente e atual, não só nas pesquisas e nos serviços de saúde do trabalhador como também nos meios de comunicação em geral.

Sobre a diversidade regional das publicações, foram abrangidos os estados do Rio de Janeiro, da Bahia, do Ceará, do Espírito Santo, da Paraíba, de Pernambuco, do Rio Grande do Sul e de São Paulo.

Assim, esperamos propiciar subsídios e um proveitoso debate sobre experiências, questões teórico-metodológicas e políticas públicas direcionadas à promoção da STT.

Desejamos uma boa leitura!

Colaboradores

Strausz MC (0000-0002-7835-9238)*, Corrêa MJM (0000-0002-9406-3955)*, Teodoro R (0000-0002-0125-7700)*, Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)*, Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)* e Leão LHC (0000-0003-0166-5066)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc.* 2015;(123):407-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
2. Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Soc.* 2018;30(1):77-104. DOI: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082>

Workers' Health as a Human Right: Towards the 5th CNSTT

Maria Cristina Strausz¹, Maria Juliana Moura Corrêa¹, Ronaldo Teodoro², Heleno Rodrigues Corrêa Filho³, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos^{1,5}, Luís Henrique da Costa Leão^{4,5}

DOI: 10.1590/2358-28982025E2AP-I

THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE' is the result of a collective construction between the Brazilian Association of Public Health (ABRASCO), through its Thematic Group on Workers' Health (GTSTT), and the Ministry of Health, through the General Coordination of Surveillance in Workers' Health (CGSAT), in the commitment to contribute to the 5th National Conference on Workers' Health (5th CNSTT). With the theme 'Worker's Health as a Human Right: towards the 5th CNSTT', this edition aims to provide conference participants with input from the praxis of Workers' Health (STT), especially on the changes in the world of work in the last decade, based on the theme and issues proposed for the 5th CNSTT, as well as reflections emanating from the 2nd Brazilian Symposium on Worker's Health (SIMBRASST), held in November 2022, in Salvador.

ABRASCO plays a crucial role in promoting health and scientific research in Brazil, with its GTSTT bringing together 22 research professors from 10 institutions (Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro State University, Federal University of Bahia, Fluminense Federal University, Federal University of São Paulo, Federal University of Minas Gerais, Federal University of Juiz de Fora, Federal University of Paraíba, Federal University of Santa Catarina, Professor Jorge Amaury Maia Nunes School of Health Sciences of the University of the Federal District), as well as managers of the National Network for Comprehensive Care for Workers' Health (RENASSTT) and representatives of the trade union movement. As an institution that mobilizes science to improve life and working conditions, its challenge is to maintain a permanent dialogue with the various movements of formal and informal workers, as well as the urban and rural populations that have been made vulnerable, and with the instances of state intervention to promote public policies.

Similarly, it is the mission of the CGSAT, in addition to coordinating the implementation of the National Workers' Health Policy (PNSTT) at national level, through RENASTT, to support the development of actions for prevention, promotion, surveillance, social participation and comprehensive attention to STT, as well as the carrying out and publication of studies and research on STT. For this reason, the link between GTSTT, ABRASCO, CGSAT and the journal 'Saúde em Debate' marks a strategic alliance in defense of STT at a time of social and institutional fragmentation that is weakening the field of STT.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
cristrausz@yahoo.com.br

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

⁵Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.



The new ways of working induced by digital platformization have brought other forms of illness, many of them resulting from the intensification of precarious work, aggravated by the loss of social security and labor rights in the last decade, while new challenges are imposed on workers as a result of climate change and the financialization of the capitalist world^{1,2}. This scenario poses several challenges for the social, institutional, and academic fields of STT, and the 5th CNSTT can represent an important social response to these issues. Held 11 years after its last edition, the 5th CNSTT marks a strategic moment for the resumption of public debate on human rights related to the world of work. The Conference, convened by the National Health Council (CNS) and promoted by the Ministry of Health, is a highly powerful social process, with the various preparatory stages mobilizing various social actors across the country. A total of 1,170 municipal, 91 regional and 27 state conferences were held. Besides these stages, there were 116 Free STT Conferences were held, which allowed for the mobilization of other social actors, in addition to those participating in Social Control represented in the health councils and their Intersectoral Commissions for Workers' Health (CISTT), which defined the election of 180 delegates from various social movements with an interest in STT.

The theme of this publication is precisely linked to the three axes of the 5th CNSTT, namely:

- Axis I: The National Workers' Health Policy.
- Axis II: New Labor Relations and Workers' Health.
- Axis III: Popular Participation in Workers' Health for Effective Social Control.

In this edition, we have brought together 25 published works, including 6 original articles, 14 essays, 2 opinion article, 2 experience reports and 1 review, which present reflections and successful experiences in the field of STT.

As part of the theme of the 5th CNSTT, the essay 'Workers' Health as Human Rights: time for change!' proposes a critical reflection on STT as a human right, highlighting the 5th CNSTT as a milestone for change.

The opinion article 'The Unified Health System and Workers' Health in Brazil' revisits some aspects of health policies in Brazil, discussing the current situation and the importance of the Unified Health System (SUS) for the development of the area of Workers' Health.

Another opinion article on 'Workers' health as a human right: The foundations of the Brazilian Sanitary Reform' reaffirms the STT as a human right and its support in the Federal Constitution of 1988, which constitutionalized the term 'workers' health', valuing work in determining the health-disease process.

In line with the central theme, some topics emerged as emerging concerns, such as the relationship between mental health and work, informal and precarious work, sex work, working hours, and new work configurations. It is observed that vulnerability markers, such as class, gender, race, and disability, were presented cross-cuttingly or as themes in several publications. This also reinforces the cross-cutting nature of STT issues in the field of Public Health. The following articles are examples: 'Impact of new work relationships on mental health in Paraíba: An analysis of notifications', 'Psychological suffering, work intensification and mental exhaustion: Work in Call Centers', 'Life beyond work? Notes on long working hours, political emancipation, and workers' health', 'Redefining work in Traditional Peoples and Communities: Ecofeminist inspirations', 'Health policies for sex workers: Health, safety, and the sex industry', 'Labor relations and the formulation of public policies to promote access and retention of trans individuals in the workforce', 'Health, gender, and the invisibility of unpaid domestic work', 'Care work on the health agenda: Invisibility, overload, and strain on female workers', 'The struggle of workers

with disabilities in the face of the capitalist crisis', 'Migration and precarious work: Understanding the intersection between social categories' and 'Gender as a social determinant of health for motorcycle delivery workers on digital platforms'.

Two articles explore the impacts of the COVID-19 pandemic: 'Public Health Emergency: Social vulnerability from the perspective of workers affected by COVID-19' and 'Workplace violence amidst the COVID-19 pandemic in primary care in Ceará'.

The implementation of the PNSTT and the management of RENASTT were topics in the articles: 'Potentialities and Challenges for the Implementation of the National Policy on Workers' Health (PNSTT) in Primary Health Care', 'Evaluation of the Implementation of 'Qualifica Cerest': Contributions to Workers' Health in Porto Alegre (2020-2023)' and 'CEREST as a center for coordinating intersectoral actions: An experience with app-based delivery workers'.

Popular participation and/or social control in STT were the themes of the following articles: 'Contradictions for the representation and performance of Workers' Health in Health Councils' and 'The State Reference Center for Workers' Health at the 5th Conference: Strengths and limitations'.

Other themes, such as social security and compensation rights and exposure to chemical and mineral products, such as pesticides

and asbestos, persist, reaffirming the need to discuss workers' health as a human right. These issues are addressed in the articles: 'Workers' rights in the context of the 'UNsafe and Uncontrolled' use of asbestos in Brazil' and 'Integrated, participatory, and territorialized health surveillance in contexts of exposure to agrotoxics in Brazil'.

The review 'Fatigue at work: A historical analysis of labor relations' provides a history of burnout, an increasingly frequent and topical issue, not only in research and workers' health services, but also in the media in general.

Regarding the regional diversity of the publications, the states of Rio de Janeiro, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul and São Paulo were covered.

Thus, we hope to provide subsidies and a fruitful debate on experiences, theoretical-methodological issues and public policies aimed at promoting STT.

We wish you a good reading!

Collaborators

Strausz MC (0000-0002-7835-9238)*, Corrêa MJM (0000-0002-9406-3955)*, Teodoro R (0000-0002-0125-7700)*, Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)*, Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)* and Leão LHC (0000-0003-0166-5066)* contributed equally to the preparation of the manuscript. ■

References

1. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc.* 2015;(123):407-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
2. Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Soc.* 2018;30(1):77-104. DOI: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082>

Avaliação da implementação do ‘Qualifica Cerest’: contribuições para a Saúde do Trabalhador em Porto Alegre-RS (2020-2023)

Evaluation of the implementation of ‘Qualifica Cerest’: Contributions to Workers’ Health in Porto Alegre (2020-2023)

Solange Therezinha Pereira Lopes¹, Dário Frederico Pasche², Cristiane Barata Silva³, Rosane Gomes Alves Lopes³

DOI: 10.1590/2358-28982025E210440P

RESUMO Este estudo examina a implementação do questionário ‘Qualifica Cerest’ no período de 2020 a 2023, em Porto Alegre-RS. O ‘Qualifica Cerest’ é uma ferramenta de mensuração da qualidade da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, por meio da aplicação de um questionário eletrônico que avalia nove critérios, cujo conjunto indica se a atuação do Cerest é satisfatória. O Plano Nacional de Saúde 2020-2023 estabelece como meta que 60% dos Cerest no Brasil apresentem desempenho satisfatório. A pesquisa, de natureza descritiva e analítica, foi concebida para proporcionar uma análise ampla e detalhada do tema, combinando duas estratégias: a apresentação da matriz de avaliação, seus critérios e pontos atribuíveis; e a análise dos resultados obtidos. Na avaliação, o Cerest de Porto Alegre alcançou o percentil estabelecido para cada ano, evidenciando uma atuação alinhada com a perspectiva da integralidade da Saúde do Trabalhador. Contudo, o fortalecimento da participação social, a realização de atividades educativas e a realização de apoio merecem atenção. O estudo permitiu a reflexão sobre o instrumento avaliado, suscitando questionamentos acerca de sua implementação, e dialoga com discussões e pesquisas voltadas ao tema do fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador em nível municipal.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Avaliação em saúde. Processo de trabalho em saúde. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

ABSTRACT This study examines the implementation of the ‘Qualifica Cerest’ questionnaire from 2020 to 2023 in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. ‘Qualifica Cerest’ is a tool for measuring the quality of the performance of Workers’ Health Reference Centers, through the application of an electronic questionnaire that evaluates nine criteria, the set of which indicates whether CEREST’s performance is satisfactory. The National Health Plan 2020-2023 establishes the goal of 60% of CERESTs in Brazil to present satisfactory performance. The research, of a descriptive and analytical nature, was designed to provide a broad and detailed analysis of the topic, combining two strategies: the presentation of the evaluation matrix, its criteria and attributable points; and the analysis of the results obtained. In the evaluation, CEREST in Porto Alegre reached the percentile established for each year, evidencing performance aligned with the perspective of comprehensive worker health. However, the strengthening of social participation, the implementation of educational activities and the provision of support deserve attention. The study allowed reflection on the instrument evaluated, raising questions about its implementation, and dialogues with discussions and research focused on the theme of strengthening the National Network for Comprehensive Care for Workers’ Health at the municipal level.

KEYWORDS Health surveillance. Surveillance of the Workers Health. Health evaluation. Healthcare work process. Quality indicators, health care.

¹Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) – Porto Alegre (RS), Brasil. decaplopes@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-graduação e Psicologia Social e Institucional (PPGPSI) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A saúde constitui um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento humano, refletindo diretamente na qualidade de vida e na capacidade produtiva dos indivíduos. O conceito de saúde ultrapassa a mera ausência de doenças, contemplando o estado de bem-estar físico, mental e social¹, entendimento que, no Brasil, foi ampliado pela inclusão de determinantes sociais, econômicos e culturais, o que reconhece a saúde como produção social, resultado da qualidade de vida, por sua vez influenciada pela distribuição das riquezas. Assim, a saúde resulta tanto da capacidade de produção de justiça social como da oferta de um sistema de saúde que garanta acesso equitativo às práticas integrais².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o trabalho é um determinante social da saúde, assim como a distribuição de poder, renda, bens e serviços, as condições de vida, o acesso a cuidados de saúde, educação e lazer, bem como a qualidade da moradia e do ambiente. O trabalho condiciona o acesso à renda, aos direitos e à proteção social, influenciando diretamente o processo saúde-doença. A precarização, a informalidade e as desigualdades nas relações laborais agravam as iniquidades em saúde, especialmente entre grupos marcados por gênero, raça e classe social. Essa compreensão demanda que o trabalho seja analisado em sua complexidade técnica, social e subjetiva³.

Nesse contexto, as políticas públicas e as ações de vigilância em saúde são elementos-chave na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, vitais para o enfrentamento dos desafios impostos pelas dinâmicas do trabalho, sobretudo em países capitalistas, onde o trabalho é tomado, notadamente, como recurso, logo, como insumo de processos produtivos.

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 2012, a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)⁴, que se insere em um contexto de ampliação da visibilidade da relação entre saúde e trabalho, especialmente os impactos sobre a saúde dos trabalhadores. A PNSTT visa

fomentar, direcionar e apoiar a atenção integral à Saúde do Trabalhador (ST), com ênfase em ações de vigilância para reduzir mortes, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

O mundo do trabalho, particularmente neste último meio século, tem sofrido importantes modificações decorrentes do desenvolvimento das forças produtivas que, invariavelmente, buscam ampliar a extração de valor. Esses fatores têm promovido profundas transformações na dinâmica da inserção de trabalhadores nos processos produtivos e nas relações de trabalho. Fato é que as sociedades do trabalho, ao invés de produzirem liberdade, têm se transformado em máquinas de submissão, renúncia e precarização da vida, impondo aos trabalhadores a aceitação da exploração⁵. Nesse contexto, a negligência com a ST tem sido elemento intrínseco ao sistema produtivo capitalista⁶. A esse cenário de reestruturação do mundo do trabalho, somam-se os históricos retrocessos nas relações de trabalho, que ampliam o adoecimento no e pelo trabalho em contextos de insegurança, desamparo, assédio e outros constrangimentos, que resultam em crescente incidência de adoecimento, que nem sempre encontra acolhida e cuidado na rede de saúde⁷.

Essa situação contraria os princípios fundamentais da Constituição brasileira pela qual todos os trabalhadores brasileiros, formais ou informais, ativos ou inativos, devem estar protegidos, e atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a garantia da atenção integral à saúde, incluindo proteção, tratamento e recuperação à saúde. Nesse contexto, o SUS tem a responsabilidade de fornecer atenção integral à saúde da população, considerando a interdisciplinaridade e a integralidade⁸.

Quando se trata da ST, é fundamental considerar o trabalho como determinante do processo saúde-doença. Os trabalhadores e as trabalhadoras estão expostos a variados riscos dentro e fora do ambiente de trabalho: risco de se acidentar, adoecer e morrer em decorrência das atividades laborais, como no trajeto para o trabalho; sofrem desgastes em empregos e

condições de trabalho precarizados, submetidos a jornadas exaustivas, à gestão do trabalho, em geral, pouco democrática e com exigências de alta produtividade, não sendo raro estarem sujeitos a assédio moral e sexual⁶.

A ST tem comparecido em diversos instrumentos de planejamento do SUS, a exemplo do Plano Nacional de Saúde (PNS)⁹, instrumento de orientação estratégica do gestor federal do SUS, que, na sua relação interfederativa, incorporou, desde a sua criação em 2003, o tema da saúde dos trabalhadores. Na primeira edição, que cobre o período de 2003 a 2007, como meta, foi estabelecida a redução da taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho, mas não previa a implementação de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Os Cerest dão retaguarda técnica na execução, articulação e pactuação de ações de saúde no SUS e de forma intersetorial, incluindo assistência e vigilância em saúde, ofertando apoio aos gestores e ao controle social, ampliando e fortalecendo a ST na sua integralidade em todos os níveis de atenção do SUS⁸.

O PNS seguinte, de 2009 a 2011, incluiu a meta de ampliar a criação dos Cerest, que, na versão do PNS 2012-2015, foi qualificada pela meta de ampliar o percentual de Cerest que desenvolvem ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat). Na versão 2020-2023 do PNS⁹, essa ação foi novamente qualificada com a inclusão da meta de 60% do Cerest com funcionamento adequado, o que foi definido operacionalmente pelo MS em 2020, passando a constar do painel Indicadores do PNS/MS/SUS¹⁰.

A inclusão dessa meta no PNS 2020-2023 faz parte do esforço de qualificação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada em 2005, a qual é constituída pelos Cerest.

O Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador, do MS (CGSAT/DSAST/SVSA/MS), criou diretrizes para avaliar a meta de Cerest com atuação satisfatória. O MS desenvolveu uma ferramenta de coleta de

dados denominada 'Qualifica Cerest', aplicada por meio de um questionário eletrônico. Esse instrumento é composto por indicadores monitorados a cada quadrimestre, cujos resultados permitem mensurar e acompanhar a situação de saúde da População Economicamente Ativa Ocupada (Peao). De posse dessa avaliação, equipes da Visat podem desenvolver planos e ações para melhorar a qualidade das ações desenvolvidas⁴.

Este artigo apresenta os resultados de pesquisa que analisou a implantação e os desdobramentos do 'Qualifica Cerest', realizada entre 2020 e 2023 na cidade de Porto Alegre-RS. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, aprovado conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 71594223.0.0000.5338 e Parecer nº 6.249.697. A investigação foi motivada pela necessidade de ampliar as discussões sobre as ações no campo da ST, a qual buscou contribuir para promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho, bem como para a reabilitação dos trabalhadores.

O Cerest de Porto Alegre é composto por uma equipe multidisciplinar, formada por um gestor, dois médicos do trabalho, uma psiquiatra, duas enfermeiras, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um técnico em segurança do trabalho, um auxiliar de enfermagem e quatro assistentes administrativos. A unidade ambulatorial se situa na região do centro histórico da cidade. O espaço no qual se encontra a área administrativa dos serviços de ST localiza-se no mesmo prédio da Diretoria de Vigilância Sanitária (DVS). A Visat fortalece a rede de cuidados da Peao, sendo, portanto, de grande relevância aprimorar pesquisas nessa área de atenção à saúde, principalmente em relação à ST¹¹.

O artigo avalia a implementação do 'Qualifica Cerest' e os resultados de avaliação dos indicadores do Cerest de Porto Alegre, destacando as fragilidades e os desafios enfrentados na implementação das ações na atenção à ST.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa de natureza descritiva e analítica, concebida de forma a proporcionar uma análise ampla e detalhada do ‘Qualifica Cerest’, instrumento e metodologia de avaliação da ST no âmbito da Renast. O estudo combinou duas estratégias de trabalho: apresentação sumarizada da matriz lógica do ‘Qualifica Cerest’, notadamente seus critérios e pontos atribuíveis do questionário dos anos 2020 a 2023; e análise dos resultados obtidos em cada um dos critérios, considerando a matriz lógica do instrumento. A fim de ilustrar e oferecer melhor compreensão dos conteúdos dos indicadores, foram agregadas informações obtidas nos Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre do mesmo período.

Essa perspectiva metodológica buscou valorizar o conhecimento produzido na interface entre prática e reflexão, não se limitando à mera exposição de fatos, que foi contornada pela dimensão analítica que mobilizou uma interpretação reflexiva dos dados, orientada por categorias construídas a partir da própria realidade estudada, bem como por avaliação cuidadosa dos dados e uma análise sustentada nos princípios do SUS.

A Normativa nº 6/2021, da CGSAST/DSASTE/SVS/MS¹², orienta a execução das ações necessárias para o cumprimento dos critérios do Indicador de Saúde do Trabalhador previsto no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023, denominado ‘Percentual de Cerest regionais e municipais com atuação satisfatória’. O documento estabelece critérios específicos cuja pontuação permite classificar como satisfatórios os Cerest que alcançam entre 75% e 100% da pontuação total, equivalente a 120 a 160 pontos. Em março de 2021, essa norma foi alterada pela Normativa nº 7/2021¹³, que passou a estabelecer um escore total de 175 pontos, em atenção às necessidades derivadas da pandemia da covid-19. O monitoramento da meta ‘Qualifica Cerest’ é realizado pela CGSAST/DSASTE/SVS/MS quadrienalmente,

o que permite um acompanhamento contínuo das ações e das condições de ST. A verificação da meta ocorre anualmente.

Os dados utilizados para a verificação dos critérios de avaliação do questionário são obtidos em sistemas nacionais de saúde, entre os quais, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que coleta dados sobre doenças e agravos notificados no Brasil; o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que reúne dados sobre óbitos; o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), que é utilizado para o registro dos atendimentos realizados nos serviços públicos de saúde.

A Nota Informativa (NI) nº 61/2018-DSAST/SVS/MS¹⁴ detalha os Indicadores de Saúde do Trabalhador a serem monitorados pelos Cerest trimestralmente; a nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS¹⁵ apresenta as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sinan.

O preenchimento e o envio dos dados para análise são feitos por meio da plataforma Research Electronic Data Capture (REDCap), uma ferramenta de coleta e gerenciamento de dados eletrônicos amplamente usada em pesquisas clínicas e de saúde. Os dados são registrados nesse sistema e, posteriormente, enviados por *e-mail* ao MS. O envio é feito no final de cada quadrimestre, o que implica que as informações são coletadas e analisadas ao longo de cada período de três meses, permitindo o monitoramento contínuo e a atualização das informações, que deve ser feita de forma cuidadosa devido à existência de subnotificações de doenças relacionadas ao trabalho. O ‘Qualifica Cerest’ envolve uma coleta robusta de dados, garantida pela utilização de sistemas nacionais de saúde, notas informativas oficiais e plataformas digitais, possibilitando o acompanhamento dos indicadores, favorecendo o planejamento das ações no município.

No *quadro 1*, apresentam-se os nove critérios que compõem o Indicador de Saúde do Trabalhador, os pontos atribuíveis e a fonte de informação do questionário ‘Qualifica Cerest’.

Quadro 1. Matriz dos critérios e pontos atribuíveis do questionário 'Qualifica Cerest'

Indicador da meta anual pactuada: alcançar atuação satisfatória do Cerest municipal de no mínimo 60%		
Pactuação: Plano Nacional de Saúde - PNS 2020/2023		
Crítérios	Pontos Atribuíveis	Fonte de Informações
1) Existência de registro de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (Dart) no Sinan em ao menos 75% dos meses no período avaliado.	a) No município sede (0 a 10 pontos) b) Nos municípios de área de abrangência do Cerest, equivalente a: 1. < 20% dos municípios notificantes (0 pontos); 2. Entre 20% e 50% dos municípios notificantes (10 pontos); 3. > de 50% dos municípios notificantes (20 pontos).	Sinan
2) Existência de consulta médica em ST (031.01.005-6) e/ou consultas de profissional de nível superior (exceto médico), na Atenção Especializada (03.01.01.004-8) no SIA-SUS por mês de atendimento.	a) Realizada pelo Cerest (1 ponto por mês de registro, máximo 10 pontos por ano).	SIA-SUS
3) Emissão de Parecer sobre Nexo Causal realizado pelo Cerest e/ou pelas notificações de Dart, realizadas por qualquer profissional de saúde.	1 ponto por mês máximo 10 pontos/ano.	SIA-SUS/Sinan
4) Existência de registro de Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador (01.02.02.003-5) no SIA-SUS, realizada pelo Cerest, por mês de atendimento.	2 pontos por mês máximo 20 pontos/ano.	SIA-SUS
5) Realizar Apoio Institucional/Matricial em ST com equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).	5 pontos por atividade enviada limitada a 15 pontos/ano.	REDcap
6) Realizar apoio Institucional/Matricial em ST com gestores, equipes de Atenção Especializada e Urgência/Emergência.	5 pontos por atividade máximo 15 pontos/ano.	REDcap
7) Monitoramento do quadrimestre dos indicadores preconizados na NI 61/2018-DSAST/SVS/MS. Materiais de divulgação eletrônica dessas análises epidemiológicas, tais como: boletins, informes, clipping, folhetos, cards, infográficos, cartilhas.	a) Município sede (5 pontos) por quadrimestre totalizando 15 pontos/ano. b) Para todos os municípios da área de abrangência do Cerest, exceto o município sede (5 pontos/quadrimestre) totalizando 15 pontos/ano.	REDcap
8) Realizar atividade de educação permanente em ST para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	1 ponto por mês máximo 10 pontos/ano.	REDcap
9) Existência de registro de Atividade Educativa para a população realizada pelo Cerest.	5 pontos por atividade máximo 15 pontos/ano.	SIA-SUS
Meta Anual Desejada	%	
Fórmula do cálculo: numerador - total de pontos alcançados dos 9 critérios da meta pactuada, denominador: 165 pontos. Fator de multiplicação: 100. Índice de referência: zero unidade de medida: percentual %. Periodicidade da mensuração: quadrimestral		

Fonte: Normativa CGSAST/DSASTE/SVS/MS nº 7/2021¹¹.

Com a criação da Renast, intensificou-se a necessidade de estruturação, organização e padronização das estratégias e ações de ST, particularmente sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), papel a ser desempenhado, entre outros, pelos Cerest. O 'Qualifica Cerest' inclui indicadores que refletem as principais diretrizes e competências desses serviços, como a realização dos registros de notificação em agravos em ST, responsabilidade do Cerest, que deve atuar para a melhoria

da sua qualidade e na regularidade dos registros. Os critérios de avaliação incluem a regularidade no registro de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (Dart) no Sinan e a realização de consultas médicas ou de outros profissionais de nível superior na atenção especializada (SIA-SUS). Também são consideradas a emissão de Parecer sobre Nexo Causal e a realização de inspeções sanitárias em ST. Além disso, inclui-se o apoio institucional e matricial na Atenção Primária à Saúde (APS),

na Atenção Especializada e na Urgência/Emergência, bem como o monitoramento de indicadores conforme a NI 61/2018-DSAST/SVS/MS¹⁴. Por fim, prevê a realização de ações de divulgação epidemiológica, atividades de educação permanente na RAS e atividades educativas voltadas à população.

Resultados e discussão

A Portaria nº 1.206, de 24 de outubro de 2013¹⁶, alterou o cadastramento dos Cerest no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), que passou a ser considerado um estabelecimento de atenção especializada em ST, que dispõe de serviço de Visat, além de prestar suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial à rede de serviços do SUS para a atenção integral à saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Segundo a PNSTT, as ações de planejamento dos Cerest devem ocorrer de forma articulada nos âmbitos regional e municipal. Em consonância com esse princípio, foi publicada a Portaria municipal nº 1.186/2018¹⁷, que regula a Política Municipal do Trabalhador(a) de Porto Alegre-RS. As metas e os indicadores de avaliação e monitoramento dessa política devem estar incluídos nos instrumentos de gestão estabelecidos pelo sistema de planejamento do SUS. Além disso, sua construção deve ocorrer de forma participativa, seguindo um modelo de atuação articulada e sistêmica de maneira contínua.

Em 2020, a Resolução CIB-2020¹⁸ da Comissão Intergestores Bipartite/RS (CIB/RS) aprovou a alteração da abrangência do Cerest Regional de Porto Alegre-RS, restringindo seu atendimento exclusivamente à ST somente no município de Porto Alegre, deixando de ser Cerest regional para municipal. A partir de

fevereiro de 2020, os dados dos indicadores de outros municípios deixaram de ser compilados pela equipe do Cerest.

Com a implantação do ‘Qualifica Cerest’ em 2020, aliada ao planejamento das ações da Visat no contexto da pandemia, foi possível identificar com mais precisão as necessidades específicas relacionadas com a ST. Diante disso, tornou-se necessária a ampliação da equipe, com a inclusão de profissionais e técnicos, para implementar as estratégias de enfrentamento da pandemia no âmbito da saúde ocupacional dos trabalhadores¹⁹.

A publicação da NI nº 7/2021-DSASTE/SVS/MS¹³ reorienta as ações da Visat para atender aos critérios do ‘Qualifica Cerest’, apresentando considerações relevantes para o enfrentamento da situação de crise sanitária vivida naquele momento pela pandemia da covid-19. A classe trabalhadora se encontrava em grande risco pela manutenção das atividades econômicas ainda que as orientações da OMS apontassem para a observância de medidas sanitárias, nem sempre observadas, particularmente no Brasil. Nesse cenário, as ações da Visat passaram a ser ajustadas para se adaptar às restrições sanitárias, mas sem deixar de realizar suas funções. A equipe do Cerest de Porto Alegre passou a utilizar novas estratégias para a coleta de dados e a realização de capacitações remotas¹⁹, o que permitiu a implementação do ‘Qualifica Cerest’.

A Normativa nº 6/2021/MS¹² considera satisfatório o funcionamento os Cerest que atingirem entre 75% e 100% da pontuação total, correspondendo a um intervalo de 112,5 a 150 pontos. Para os anos de 2021 a 2023, a Normativa nº 7/2021/MS altera o escore máximo para 165 pontos, sendo considerado satisfatória a pontuação mínima de 100 pontos¹³. A *tabela 1* a seguir descreve a pontuação do ‘Qualifica Cerest’ no município de Porto Alegre-RS nos anos estudados.

Tabela 1. Matriz dos resultados dos critérios pactuados no 'Qualifica Cerest' dos anos de 2020 a 2023

Indicadores da meta anual pactuada do Plano Nacional de Saúde - PNS 2020/2023					
Critérios	Pontos Atribuíveis	Ano de referência e pontos atribuíveis			
		2020	2021	2022	2023
1) Existência de registro de Dart no Sinan em ao menos 75% dos meses no período avaliado.	a) No município sede (0 a 10 pontos) b) Nos municípios de área de abrangência do Cerest, equivalente a: 1. < 20% dos municípios notificantes (0 pontos); 2. Entre 20% e 50% dos municípios notificantes (10 pontos); 3. > de 50% dos municípios notificantes (20 pontos).	10 20	10 20	10 20	10 20
2) Existência de consulta médica em ST (031.01.005-6) e/ou consultas de profissional de nível superior (exceto médico), na Atenção Especializada (03.01.01.004-8) no SIA-SUS por mês de atendimento.	a) realizada pelo Cerest (1 ponto por mês de registro, máximo 10 pontos por ano). b) Serviços de Saúde da RAS: Serão considerados apenas os registros de consulta médica em ST (031.01.005-6) no município sede ou área de abrangência (1 ponto por mês de registro máximo 10 pontos/ano).	10 10	10 10	10 10	6 10
3) Emissão de Parecer sobre Nexo Causal realizado pelo Cerest e/ou pela ou notificações de Dart, realizadas por qualquer profissional de saúde.	1 ponto por mês máximo 10 pontos/ano.	10	10	10	10
4) Realizar Inspeção Sanitária em ST.	2 pontos por mês com máximo de 20 pontos/ano.	20	20	20	14
5) Realizar Apoio Institucional/Matricial em ST com equipes de APS.	5 pontos por atividade enviada limitada a 15 pontos/ano.	10	15	15	15
6) Realizar apoio Institucional/Matricial em ST com gestores, equipes de Atenção Especializada e Urgência/Emergência.	5 pontos por atividade com máximo de 15 pontos/ano.	10	15	15	15
7) Monitoramento do quadrimestre dos indicadores preconizados na NI 61/2018-DSAST/SVS/MS Materiais de divulgação eletrônica dessas análises epidemiológicas, tais como: boletins, informes, clipping, folhetos, cards, infográficos, cartilhas etc.	a) Município sede (5 pontos) quadrimestre totalizando 15 pontos/ano. b) Para todos os municípios da área de abrangência do Cerest, exceto o município sede (5 pontos/quadrimestre) totalizando 15 pontos/ano.	10 10	15 15	15 15	15 15
8) Atividade de educação permanente em ST para os profissionais da RAS.	1 ponto por mês com máximo de 10 pontos/ano.	0	15	15	15
9) Registro de Atividade Educativa para a população realizada pelo Cerest.	5 pontos por atividade com máximo de 15 pontos/ano.	10	15	15	7
Total pontos por ano desejados: 165 pontos		120	165	165	152
Meta anual desejada		10%	20%	45%	60%
Meta anual atingida		72%	100%	100%	92%

Fonte: elaboração própria.

No critério 1 – Existência de registro mensal de doenças e agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória no Sinan, o município de Porto Alegre realizou, em 2020, 6.359 notificações de doenças e agravos relacionados à ST, obtendo um total de 30 pontos, demonstrando aumento no registro de Dart. Em 2021, foram notificados,

qualificados e investigados 6.888 casos de Dart, atingindo uma taxa de 46,64 notificações/10 mil habitantes em Porto Alegre, a maior dos últimos seis anos, reflexo da utilização de notificações digital; notificações preenchidas só com CID 10 de B34.2 foram um total de 2.386 notificações, visto que, no ano anterior, não havia notificações

com nexos causais presumidos em ambiente de trabalho com CID 10 de B342.216²⁰.

No ano de 2022, as notificações de Dart tiveram um acréscimo de 11,2% comparado ao ano anterior. Ao analisar o Relatório de Gestão da SMS deste ano, verificou-se o dobro de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho notificados em 2022. Além disso, as Lesões por Esforços Repetitivos e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) tiveram um aumento de 182% em 2022 quando comparado com o ano de 2021²¹.

Em 2023, foram realizadas 1.916 notificações por covid-19, redução de 28,5%, com uma diminuição significativa de notificações com CID B34.2 com nexos causais presumidos, quando, no ano de 2022, foi de 4.282²².

Para compreender a distribuição e os determinantes dos eventos relacionados à ST, é essencial que o trabalho e suas repercussões sejam analisados de forma ampla. Essa análise deve ir além das condições tradicionalmente abordadas, considerando também os aspectos organizacionais, ergonômicos e psicossociais²³. Conforme Seligmann-Silva²⁴, é necessário, também, considerar nas análises dos indicadores a subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho, que pode trazer distorções e limitações nas discussões e construção de planos de ação.

Os trabalhadores da saúde, devido à natureza de suas atividades, foram amplamente expostos à infecção pelo Sars-CoV-2, o que gerou grande preocupação sanitária global, pois os profissionais de saúde e de segurança pública continuam exercendo suas funções. Esse contexto possibilitou o estabelecimento do nexo causal entre a covid-19 e o trabalho, permitindo a sua qualificação como acidente laboral, conforme definido, no Brasil, pela Lei nº 8.213/1991²⁵.

Os critérios 2 e 3 – Consultas médicas em ST e ou consulta de profissionais de nível superior (exceto médico) realizadas e registradas pelo Cerest; e Emissão de parecer sobre nexo causal realizado pelo Cerest e/ou pela

RAS ou notificações de Dart, no ano de 2020, atingiram a pontuação máxima. Foram realizadas 213 consultas médicas, o que significa uma diminuição de 66,7% em relação ao ano anterior, quando as consultas eram realizadas sem restrições pelo distanciamento social. Essas informações foram extraídas do banco de dados dos procedimentos no SIA-SUS de Consulta Médica em ST, com emissão de Parecer sobre Nexos Causais¹².

Em 2021, o número de casos referenciados para consulta médica pela APS no Cerest foi de 401, seguido de 135 consultas com nexo causal e 18 consultas no ano de 2022 pela APS com nexo causal. As consultas médicas e de profissional de nível superior, exceto médico, tiveram redução de 13%, considerando o ano anterior. Cabe salientar que, nesse período, esteve em vigor o distanciamento social, bem como a redução de trabalhadores do Cerest. Em 2023, foram realizadas 104 consultas médicas com nexo causal²². Por meio das notificações de Dart, é possível planejar a construção de linhas de cuidado envolvendo a RAS, responsável pelo cuidado à Peao, que se estende do diagnóstico precoce à identificação da relação entre o adoecimento e o trabalho, ao tratamento, reabilitação e acompanhamento do caso.

De acordo com o MS²⁶, a consulta clínica é o instrumento mais importante para o estabelecimento da relação causal entre o trabalho e a queixa ou doença apresentada pelo(a) trabalhador(a). Nesse contexto, Garboggini²⁷ considera que a consulta médica e o diagnóstico de nexo causal devem ser considerados como momento de vulnerabilidade do ser, o que demanda atenção do(a) profissional de saúde na solução para seu problema, pressupondo, mormente, a construção de uma rede de cuidados multidisciplinar, incluindo encaminhamento para a atenção especializada em saúde.

Conforme o critério 4 – Realizar pelo Cerest inspeção sanitária em ST, conforme dados do SIA-SUS, em 2020, a equipe da Visat realizou 650 inspeções relacionados com a mitigação da covid-19 em ambientes de trabalho¹⁹. No ano de 2022, foram realizadas 190 inspeções²¹,

e em 2023, obtiveram-se 90 inspeções²². O critério 4 não especifica quais são os tipos de inspeção sanitária em ST, podendo ser realizada por demanda espontânea, busca ativa ou por denúncia com objetivo de identificar perigos, reconhecer e avaliar os possíveis riscos existentes e, consequentemente, determinar e implementar as medidas de controle corretivas e preventivas necessárias, a fim de evitar acidentes, agravos à saúde, desconforto ou dano ao patrimônio.

Considerando o desafio de implementar as ações da Visat em todos os ambientes de trabalho do município, o que se releva tarefa de grande complexidade, torna-se essencial a realização de planejamento para estabelecer prioridades, garantindo intervenções de maior impacto, e efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Em face disso, recomenda-se a adoção de ações e estratégias de vigilância¹⁸. Conforme Moura-Correa et al.²⁸, com a incorporação das atribuições de Visat no campo de competências do SUS e a adoção do conceito ampliado de saúde, novos desafios são postos para os serviços de saúde, que têm sua responsabilidade ampliada em relação à construção de abordagens que integrem diversas áreas do conhecimento na análise e intervenção em saúde de modo a garantir a efetividade das ações da Visat.

Visando atender integralmente aos pressupostos do SUS e às normativas específicas que regulamentam a ST, a Visat se constitui em um conjunto de práticas sanitárias, inscritas como função típica do Estado, e sua natureza pública deve estar centrada na prevenção dos danos e na promoção da saúde, devendo atuar sobre fatores determinantes do processo saúde-doença, observando os princípios do SUS, controle social, entre outros²⁸.

A melhoria dos ambientes de trabalho para promoção e proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as) é imperativa para a ação da Visat. A inspeção pode precisar de soluções complexas e investimentos custosos para empregadores, mas também pode ser implementada com medidas simples e de baixo

custo, considerando que muitas delas estão estabelecidas nas legislações, normas técnicas e regulamentadoras vigentes ou ainda a partir das análises epidemiológicas realizadas pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa) ou Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), quando do aumento da incidência de alguma doença e ou agravamento em determinada atividade no processo produtivo. Contudo, comumente tem-se observado que muitas dessas medidas são negligenciadas ou inexistentes, o que traz prejuízos concretos à saúde dos(as) trabalhadores(as)²⁹.

Quanto aos critérios 5 e 6 – Realizar apoio institucional/matricial em ST com equipes de APS em saúde; e com gestores/equipes de atenção especializada e urgência/emergência, relativos à discussão de casos, a equipe do Cerest realizou, em 2020, 37 discussões de casos com as equipes de APS, Atenção Especializada e Urgência e Emergência em um período que a pandemia fragilizou o trabalho da equipe¹⁹. Nesse período pandêmico, limitaram-se as formas de registros para comprovação de ações de matriciamento, e mesmo assim não se obteve nota máxima nesses dois critérios. Segundo os critérios do Qualifica, seria necessário registrar tais ações em fotos, lista de presença etc., o que, em razão da pandemia da covid-19, não foi possível²⁰. Nos três anos seguintes, foram atingidos pontos mínimos para obter satisfação nesses critérios. A metodologia de trabalho utilizada foi de forma on-line, a qual otimizou o planejamento, a comunicação, a redução de tempo e aumentou o alcance na capacitação das equipes da RAS²³.

A construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre uma equipe de referência e profissionais que realizam apoio matricial pode evitar a fragmentação dos processos de trabalho na RAS. Além disso, conforme Campos e Domitti³⁰, essa metodologia possibilita a troca de saberes entre profissionais nos diversos níveis de atenção, contribuindo para a transformação positiva de situações e/ou problemas de saúde de

indivíduos e coletividades, ampliando, assim, as possibilidades de diagnóstico e tratamento.

De outra parte, é sabida a fragilidade quanto à articulação das ações de ST na RAS, que ainda não foi efetivamente incorporada na agenda do SUS. Ainda que se observem avanços no SUS municipal, as ações intersetoriais são tímidas e localizadas, refletindo a predominância da dimensão assistencial em detrimento das ações de vigilância e prejudicando a abordagem da integralidade³¹.

Com relação ao critério 7 – Monitoramento quadrimestral dos indicadores preconizados na NI nº 61/2018-DSAST/SVS/MS, a produção e a divulgação de materiais com análises epidemiológicas, como boletins, informes, *clipping*, folhetos, *cards*, infográficos etc., não foram realizadas em 2020, e a ausência de publicação de boletim informativo por quadrimestre fez com que não se obtivesse a pontuação satisfatória no decorrer desse ano. Conforme relatório de gestão anual, a ausência de recursos humanos e o período pandêmico justificam essa ausência²², situação que foi revertida com a divulgação de análises dos indicadores nos anos de 2022 e de 2023, publicadas em boletins epidemiológico/informativo quadrimestrais.

Segundo diretrizes da PNSTT, o Cerest tem um papel central no monitoramento dos indicadores de ST, o que permite dar visibilidade social e política aos impactos decorrentes dos processos produtivos e dos modelos de desenvolvimento econômico-social adotados nos territórios³².

No critério 8 – Realizar atividade de educação permanente em ST para os profissionais da RAS no quadrimestre, observa-se ausência de atividade no ano de 2020, e nos anos de 2021 a 2023, os critérios foram pontuados com nota máxima. Nesse período, foram reorganizadas as atividades de educação permanente com a RAS, que ocorreram de forma remota¹⁷.

Para Vieira et al.³³, as ações de educação permanente na pandemia foram imprescindíveis para a formação e a organização da força de trabalho, visto que os trabalhadores de saúde são responsáveis por assegurar uma atenção qualificada para suprir as necessidades de saúde da

população. Percebeu-se que havia necessidade de qualificação desses trabalhadores, o que ampliou a demanda de formação em direção à adequação dos serviços no período de enfrentamento da pandemia, que passou a exigir também a reorganização das atividades assistenciais.

Quanto ao critério 9 – Registro de Atividade Educativa para a população realizada pelo Cerest, em 2020 e 2023, não se obteve nota satisfatória, somente em 2021 e 2022 foram registradas atividade educativa à população, atingindo pontuação máxima. A ausência ou insuficiência de atividades educativas evidencia uma fragilidade na ação do Cerest, que precisa ser olhada com mais atenção no planejamento das ações da Visat, dado que a ação educativa é fundamental para a promoção de uma cidadania ativa em defesa da saúde dos trabalhadores. Além disto, segundo a Portaria nº 2.728/2009/GM³², o Cerest deve promover a integração da ST no SUS, com a incorporação da ST na atuação rotineira dos serviços, o que tem sido apontado como uma das fragilidades do SUS, com baixa presença de ações de educação em saúde, prevenção e capacitação, ainda pouco valorizadas pelos profissionais de saúde.

Na divulgação dos resultados da avaliação nos anos de 2020 a 2023 (*tabela 1*), em todos os anos, o Cerest de Porto Alegre atingiu o percentil desejado para cada ano nas metas no ‘Qualifica Cerest’, ou seja, na perspectiva da integralidade do cuidado à ST.

Conclusões

O presente estudo analisou a implementação dos resultados do ‘Qualifica Cerest’ para os anos de 2020 a 2023, no município de Porto Alegre, evidenciando que a ST se encontra ainda bastante fragilizada. O ‘Qualifica Cerest’ é um instrumento que auxilia as equipes na avaliação do trabalho de Visat, bem como de seus processos de planejamento. Dessa forma, possibilita a identificação de elementos sensíveis à saúde dos trabalhadores, indicando a direção que devem tomar as estratégias e ações, fornecendo subsídios para o aprimoramento das ações na área da saúde no

âmbito do trabalho. No entanto, para ser efetivo e ampliar sua resolatividade, é fundamental garantir e fortalecer a infraestrutura do Cerest, investir na formação de seu quadro profissional e promover uma articulação mais robusta entre os diferentes níveis de gestão no SUS.

A continuidade e o aprimoramento dessas ações são fundamentais para assegurar melhores condições de trabalho e proteção da saúde da população trabalhadora, fazendo valer a PNSTT e permitindo avançar na detecção de doenças ocupacionais e na promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis.

No entanto, ainda existem lacunas, como a garantia de acesso equitativo aos serviços especializados, a necessidade de ampliação de ações educativas voltadas aos(as) trabalhadores(as) e o fortalecimento da ação cidadã, o que exige maior aproximação com a sociedade, a exemplo dos Conselhos de Saúde. Diferentemente disso, este estudo não registrou ações significativas nessa direção, o que se coloca como agenda a ser superada na condução e ação do Cerest em Porto Alegre, pois resultou na ausência do controle social como componente fundamental da política de saúde.

Além de sintetizar os resultados e discussões do 'Qualifica Cerest', este estudo buscou promover reflexões em torno da agenda da qualificação da Visat, cada vez mais necessárias diante do aviltamento das condições de trabalho em geral, particularmente em um cenário de precarização promovido pela desregulamentação do trabalho, o que tem enormes desafios para o cumprimento das responsabilidades dos Cerest.

A análise dos dados revelou fragilidades na fonte de informação dos indicadores, uma vez que o SIA-SUS está estruturado em tabelas de procedimentos, enquanto ações de educação permanente e matriciamento são registradas em formulários que não pertencem a sistemas oficiais.

Como aspecto positivo, os resultados do Qualifica evidenciaram que a equipe do Cerest de Porto Alegre promoveu reorganização nos processos de trabalho, o que resultou na incorporação

de ações com metodologias de trabalho que garantiram em um contexto de restrições e de crise pandêmica a realização de ações. No entanto, é necessário fortalecer a ST em Porto Alegre, considerando os múltiplos aspectos que repercutem na ST e, assim, subsidiar intervenções capazes de mitigar os riscos aos quais a classe trabalhadora está submetida e que atentam sobre sua saúde. A pesquisa constatou, mesmo diante de desafios postos, o fortalecimento e a consolidação da Renast em nível municipal. Como limitação do estudo, destaca-se a dificuldade de acesso aos relatórios de gestão, bem como a escassa bibliografia com o tema pesquisado.

Por fim, destaca-se que ainda impera uma incompreensão sobre o papel do SUS como responsável pela PNSTT, o que exige que os(as) trabalhadores(as), os(as) usuários(as) e a gestão considerem esse campo como integrante da política de saúde. Essa incompreensão, se não contornada, tende a produzir enfraquecimento da Visat, cuja agenda tende a ter baixa efetividade e ser reduzida em sua potência de interferir sobre determinantes sociais, econômicos e políticos da saúde da classe trabalhadora.

Para garantir que as ações do Cerest sejam implementadas com eficácia, outras pesquisas e estudos devem ser realizados tanto na direção de se identificar as fragilidades existentes como para apontar iniciativas que têm sido implementadas e que efetivamente têm contribuído para a efetivação da PNSTT, particularmente no âmbito municipal.

Colaboradores

Lopes STP (0000-0003-3562-8757)*, Silva CB (0000-0002-2940-2121)* e Lopes RGA (0000-0001-5930-8227)* contribuíram para concepção do trabalho em todas as fases para elaboração do manuscrito. Pasche DF (0000-0001-7161-8607)* contribuiu para redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: OPAS; 2008 [acesso em 2023 dez 25]. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos251&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&Itemid=270&lang=pt
2. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev Saúde Soc.* 2007;16(3):67-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
3. World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social determinants of health: resolution WHA62 [Internet].14. In: Sixty-second World Health Assembly; 2009 May 18-22; Geneva. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2025 jun 9]. p. 25-7. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2012 ago 24 [acesso em 2025 mar 20]; Edição 165; Seção I:46. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
5. Bourdieu P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. São Paulo: Jorge Zahar Editor; 1998.
6. Hennington ÉA, Sant'Anna FCR, Pasche DF. Democracia faz bem à saúde? Gestão do trabalho e a vigilância em saúde do trabalhador (da saúde) [Internet]. In: Machado JMH, organizador. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência*. Rio de Janeiro: Cebes; 2021 [acesso em 2025 mar 20]. p. 174-7. Disponível em: https://renastononline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/almanaque_st.pdf
7. Antunes R, Praun M. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc.* 2015;(123):407-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
8. Rede Nacional de Saúde do Trabalhador [Internet]. Meta de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde 2020/2023. Página Oficial da Web. Biblioteca; 2020 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/meta-saude-trabalhador-plano-nacional-saude-20202023>
9. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Saúde (PNS). Gov.br [Internet]. 2021 jun 14 [atualizado em 2025 jun 2; acesso em 2025 mar 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>
10. Ministério da Saúde (BR). Pannel de Indicadores do Plano Nacional de Saúde. Gov.br [Internet]. [data desconhecida]; [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast/cerest-regionais-e-municipais>
11. Secretaria Municipal de Saúde (SP). Planejamento e monitoramento dos indicadores em saúde do trabalhador [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal; 2021 [acesso em 2025 mar 6]. (Cadernos de Saúde do Trabalhador, n. 8). Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/8_2_cadernos_saude_trabalhador_qualifica_cerest_08_10_21.pdf
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública, Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Nota Informativa nº 6/2021-CGSAT/DSASTE/SVS/MS: orienta a realização das ações para atender aos critérios constantes no Indicador de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde – PNS 2020/2023 “Percentual de Cerest regionais e municipais com atuação satisfatória” [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2024 jan

- 13]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/22165240-nota-informativa-n-06-2021-cgsat-1.pdf>
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública, Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Nota Informativa nº 7/2021-CGSAT/DSAS-TE/SVS/MS: reorienta a realização das ações para atender aos critérios contidos no Indicador de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde – PNS 2020/2023 “Percentual de Cerest regionais e municipais com atuação satisfatória” [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2024 jan 13]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/29101142-sei-ms-0020971888-nota-informativa.pdf>
 14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST. Nota Informativa nº 61/2018-DSAST/SVS/MS: informa sobre os indicadores de saúde do trabalhador a serem monitorados pelos Cerest quadrimestralmente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2024 jan 13]. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/10115821-nota-informativa-61.pdf>
 15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Nota Informativa nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS: orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2024 jan 13]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/NOTA-INFORMATIVA-N-942019-DSASTESVSMS.pdf>
 16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.206, de 24 de outubro de 2013. Altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2024 jan 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1206_24_10_2013.html
 17. Porto Alegre (RS), Secretaria Municipal de Saúde. Portaria 1.186/2018. Regulamenta a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Porto Alegre. Diário Oficial de Porto Alegre [Internet], Porto Alegre, 2018 jan 10 [acesso em 2025 mar 25]; Edição 5913:17. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/2740_cc_20190110_executivo.pdf
 18. Rio Grande do Sul (RS), Secretaria da Saúde. Resolução nº 019/20RS. Altera a abrangência do CEREST Metropolitano para atendimento exclusivo para o município de Porto Alegre. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul [Internet], Porto Alegre, RS. 2020 jan 20 [acesso em 2025 mar 25]; Edição 13:63. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/diario?td=DOE&dt=2020-01-20&pg=63>
 19. Porto Alegre (RS), Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão 2020 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 2021 [acesso em 2025 jan 2]. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_anual_gestao2020.pdf
 20. Porto Alegre (RS), Prefeitura Municipal. Relatório anual de gestão 2021 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 2022 [acesso em 2025 jan 6]. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2021.pdf
 21. Porto Alegre (RS), Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão 2022 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 2023 [acesso em 2025 jan 22]. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2022.pdf
 22. Porto Alegre (RS), Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão 2023 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 2024 [acesso em 2025 jan 22]. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2023.pdf

23. Ribeiro C, Mara G, Pinheiro TMM. Percepção social dos problemas relacionados com o uso dos sistemas de informação em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev IP* [Internet]. 2001 [acesso em 2025 jan 13];3(1):111-26. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/299289626>
24. Seligmann-Silva B, Maeno MH, Kato M. Saúde do trabalhador no início do século XXI. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(122):185-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200001>
25. Araújo MHM, Daher DV, Brito IS, et al. Notificação da COVID-19 como acidente laboral por trabalhadores da saúde: scoping review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2023;36:eAPE013931. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR013931>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2025 mar 1]. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/caderno-atencao-basica-41-saude-trabalhador-trabalhadora>
27. Garboggini A. Contribuição ao Caderno “Documento Base” para a série Cadernos de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Campinas: Unicamp; 2021 [acesso em 2025 jan 25]. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/protocolos.htm>
28. Moura-Correa MJ, Pinheiro RD, Carvalho LVB, et al. Roteiro de inspeção sanitária de ambientes e processos de trabalho em postos de revenda de combustíveis: análise de usos e aplicações no estado de Santa Catarina. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2017;42(10). DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-636900012731>
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coleção Visat: Vigilância em Saúde do Trabalhador [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 jan 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-do-trabalhador/colecao-visat-volume-1.pdf>
30. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
31. Silva Filho JH. A trajetória da saúde do trabalhador no Brasil e as políticas de vigilância em saúde do trabalhador pós-constituinte [dissertação na Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília, Fundação Oswaldo Cruz; 2005 [acesso em 2025 jan 3]. 111 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/59499>
32. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2009 nov 12 [acesso em 2025 mar 15]; Edição 216; Seção I:76. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=12/11/2009&jornal=1&pagina=76&totalArquivos=128>
33. Vieira SL, Souza SG, Figueiredo CF, et al. Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de continência. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1377-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.1125202>

Recebido em 09/04/2025

Aprovado em 01/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Editor responsável: Ronaldo Teodoro

Sofrimento psíquico, intensificação do trabalho e desgaste mental: o trabalho em Call Centers

Psychological suffering, work intensification and mental exhaustion: Work in Call Centers

Paulo Victor Rodrigues de Azevedo Lira^{1,5}, Diego de Oliveira Souza², Angela Santana do Amaral³, Idê Gomes Dantas Gurgel¹, Maurício Barbosa de Lima⁴, Adriana Guerra Campos^{1,5}

DOI: 10.1590/2358-28982025E210502P

RESUMO A pesquisa analisou como o sofrimento psíquico relaciona-se com a organização do trabalho, sua intensificação e o desgaste mental dos teleoperadores. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com teleoperadores de duas empresas localizadas na região metropolitana de uma capital nordestina. Ao todo, foram aplicados 364 questionários e autoaplicados 445 *Self-Reporting Questionnaire-20* com objetivo de caracterizar aspectos sociais, do trabalho e da saúde, assim como a predisposição aos transtornos mentais comuns. Os dados foram analisados a partir de uma abordagem crítica, considerando a dialética singular-particular-universal. Os achados indicam que a intensificação do trabalho, a baixa autonomia e a instabilidade empregatícia caracterizam a realidade dos teleoperadores, resultando em impactos significativos na saúde, tais como os que caracterizam os transtornos mentais comuns. Associado a isso, o sofrimento psíquico atua como instrumento potencializador da organização do trabalho, por meio de sua intensificação, e pode levar ao desgaste mental dos trabalhadores, sendo indicativo dos altos índices de afastamento e adoecimento mental na categoria, bem como da grande rotatividade no setor. Este estudo ressalta a urgência de uma abordagem crítica sobre a organização do trabalho que questione a estrutura do sistema produtivo.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Transtornos mentais. Saúde ocupacional. Riscos ocupacionais.

ABSTRACT The research analyzed how psychological distress is related to the organization of work, its intensification and the mental exhaustion of telemarketers. This is a cross-sectional, descriptive study, carried out with telemarketers from two companies located in the metropolitan region of a northeastern capital. In total, 364 questionnaires and 445 *Self-Reporting Questionnaires-20* were applied with the aim of characterizing social, work and health aspects, as well as the predisposition to Common Mental Disorders. The data were analyzed from a critical approach, considering the singular-particular-universal dialectic. The findings indicate that work intensification, low autonomy and job instability characterize the reality of telemarketers, resulting in significant impacts on health, such as those that characterize common mental disorders. Associated with this, psychological distress acts as an instrument that enhances the organization of work, through its intensification, and can lead to mental exhaustion among workers, indicating the high rates of absence and mental illness in the category, as well as the high turnover in the sector. This study highlights the urgency of a critical approach to the organization of work that questions the structure of the production system.

KEYWORDS Mental health. Mental disorders. Occupational health. Occupational risks.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Laboratório Saúde, Ambiente e Trabalho (Lasat) - Recife (PE), Brasil.

paulo.alira@gmail.com

²Universidade Federal de Alagoas (Ufal), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) - Campus Arapiraca - Arapiraca (AL), Brasil.

³Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) - Recife (PE), Brasil.

⁴Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações de Pernambuco (Sinttel-PE) - Recife (PE), Brasil.

⁵Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) - Recife (PE), Brasil.



Introdução

A partir da década de 1970, com o processo de reestruturação produtiva, houve ampliação do setor de serviços, inserção de novas tecnologias, novas relações de trabalho e modificações na forma de organização do trabalho^{1,2}. Esse processo está diretamente ligado às mudanças na esfera político-econômica, com adoção de políticas neoliberais e avanço da precarização do trabalho³.

No Brasil, essas alterações ganharam intensidade a partir da década de 1990, com a imposição de diretrizes por parte dos organismos financeiros internacionais, que, inclusive, determinou uma contrarreforma do Estado brasileiro⁴. Um dos marcos da adoção de políticas neoliberais no País foi a privatização da Telecomunicações Brasileiras S.A. em 1998⁵. De forma geral, além das modificações tecnológicas no setor, houve mudanças na organização do trabalho, na remuneração, na atuação sindical e no perfil dos trabalhadores⁶.

Com a articulação entre os serviços de telecomunicações e o uso da informática, expandiram-se as Centrais de Teleatividades (CTA), popularmente chamadas de *Call Centers*. A ampliação dessas centrais se deu majoritariamente por meio da terceirização dos serviços, que aumenta a geração de empregos, ainda que marcados pela precarização. O trabalho pouco qualificado, rotinizado, com adoção de *scripts* e com gerenciamento ativo por meio de supervisores e *softwares* caracteriza a atividade nas CTA⁷⁻¹⁰.

Em 2023, estimava-se um quantitativo de 1,4 milhão de trabalhadores empregados no setor¹¹. Grande quantitativo desses empregos estão nas quatro maiores empresas de *Call Center* do País, o que indica a forte centralização e controle do mercado¹².

O perfil geral desses trabalhadores envolve jovens, na maior parte mulheres, pardas ou pretas, com ensino médio completo e ensino superior em andamento e com remuneração entre um e dois salários mínimos^{8,13}. O setor também emprega importante parcela de

trabalhadores LGBTQIAPN+¹⁴, configurando parte de fração da classe trabalhadora, o cibertariado¹⁵.

A nova morfologia do mundo trabalho articulou precárias condições de trabalho com novas e velhas formas de contratação e organização do trabalho¹⁶. Compreender esse processo exige o entendimento das repercussões do trabalho na vida dos trabalhadores antes mesmo da expressão patológica em seus corpos. Por isso, se faz necessária a compreensão do desgaste da força de trabalho, entendido como a perda potencial ou efetiva da capacidade biopsíquica do trabalhador e do sofrimento psíquico, que considera as defesas mentais dos trabalhadores ante os processos que atentam contra a identidade desses e a realização no trabalho^{17,18}.

Vários impactos à saúde dos teleoperadores são relatados, com adoecimentos de ordem biopsíquica^{8,19}. Algumas dessas questões estão associadas à natureza da atividade desenvolvida, mas não devem ser dissociadas das condições históricas e sociais em que o trabalho é realizado; portanto, faz-se necessária uma abordagem crítica de forma a relacionar o processo de trabalho com as necessidades de valorização do valor^{2,17}. É imprescindível o estudo baseado na concepção de desgaste, com enfoque no desgaste mental, que considere aspectos relativos à organização do trabalho, sobretudo à intensificação deste e sua relação com o sofrimento psíquico^{2,17}.

Este artigo tem por objetivo analisar processos que envolvem o sofrimento psíquico, a intensificação do trabalho e o desgaste mental a partir de dois *Call Centers* localizados na região metropolitana de um estado nordestino.

Material e métodos

A pesquisa é fruto da parceria de instituição pública de pesquisa com o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador e o sindicato da categoria. A parceria salienta a visão da Vigilância em Saúde do Trabalhador,

por meio da intersectorialidade e da participação ativa dos trabalhadores^{20,21}.

Trata-se de estudo transversal, descritivo. As informações foram coletadas com trabalhadores de teleatendimento em dois *Call Centers* (Empresa A e Empresa B) localizados na região metropolitana de um estado nordestino, no período de julho de 2017 a maio de 2018. A amostragem se deu por conveniência, respeitando o cálculo amostral e o diferente quantitativo de entrevistas aplicadas nos turnos de trabalho. Os trabalhadores foram abordados nas portas das empresas.

Como critério de inclusão, foram considerados: desempenhar a função de teleoperador, ser maior de 18 anos, que se apresente voluntariamente para responder ao questionário. Como critério de exclusão, foi considerado estar em período de férias ou afastado do trabalho. Tendo em conta o número total de teleoperadores do estado à época (estimados 30 mil) e das empresas A (estimados 13 mil) e B (estimados 5 mil), optou-se pelo cálculo amostral por meio de um plano de amostragem estratificada por empresas, com margem de erro de 5% para cada Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A amostra final ficou definida em 355 teleoperadores, sendo a empresa A, $n = 270$, e a empresa B, $n = 85$. Seguindo esse critério, foram aplicados 364 questionários-entrevista (268 na empresa A e 96 na empresa B) e 445 *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) (282 na empresa A e 163 na empresa B).

Instrumentos e coleta de dados

Foi aplicado questionário composto por 65 questões, categorizadas em quatro blocos: 1) perfil do entrevistado; 2) aspectos sociais; 3) aspectos do trabalho; e 4) aspectos da saúde, tendo como base a enquete operária²². Tal questionário teve o objetivo de construir o perfil socioeconômico, descrever as relações e a organização do trabalho e identificar as morbididades referidas pelos/as trabalhadores/as.

O SRQ-20, questionário validado em

populações urbanas brasileiras^{23,24}, foi escolhido por poder sugerir a presença de Transtorno Mental Comum (TMC), sendo composto de 20 questões, das quais 4 são sobre sintomas físicos, e 16, sobre distúrbios psicoemocionais. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade), no qual cada questão tem valor de 1 ponto. As respostas que apresentaram escore ≥ 7 foram consideradas como indicadores de possível sofrimento mental²⁵. O seu preenchimento foi realizado de forma autoaplicada²⁵. O seu preenchimento foi realizado de forma autoaplicada.

Análise de dados

Os dados foram digitados e exportados para o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 15, 2008, SPSS Inc., Chicago, Illinois EUA). Para a caracterização da população, foi utilizada estatística descritiva. A análise descritiva incluiu a verificação das condições de vida, de trabalho e adoecimento, por meio do perfil socioeconômico, das relações e organização do trabalho e da predisposição ao TMC. Os entrevistados foram identificados a partir das siglas: E1, E2, E3, E4, E5.

Os dados foram analisados a partir do materialismo histórico-dialético considerando os contextos históricos sociais em que esses processos estão inseridos, ancorados na dialética singular-particular-universal²⁵.

Na dimensão universal/geral, foram analisadas a lógica de acumulação capitalista, a reprodução social, o processo geral de flexibilização e precarização do trabalho. Com relação à dimensão particular, utilizaram-se as categorias classe, gênero, raça, orientação sexual, articulando as questões materiais e simbólicas que determinam os modos de vida e as condições de saúde do grupo de trabalhadores estudado, como a organização do trabalho, a intensificação deste, o processo de trabalho,

a jornada de trabalho, o sofrimento psíquico e o desgaste mental. Na dimensão singular/individual, foram considerados indivíduos e famílias, seu estilo de vida e cotidiano; o adoecimento se expressará individualmente nessa dimensão. Esta análise ancora-se na abordagem da Epidemiologia Crítica²⁶. Cabe destacar que essas dimensões, apesar de apresentarem um caráter hierárquico, não são estáticas, logo, articulam-se dialeticamente e possuem autonomia relativa nessa hierarquia²⁶.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, sob o CAAE nº 71489517.9.0000.5190 com número de Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) 4.199.439. A pesquisa atende aos requisitos éticos presentes na Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012²⁷, e na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016²⁸.

Resultados e discussão

Breve caracterização dos(as) trabalhadores(as)

A força de trabalho nas empresas era caracterizada por trabalhadores jovens, entre 18 e 24 anos de idade (61,3%); pardos (49,5%) e pretos (21,2%) representaram a maior parte (70,7%); e 66,9% dos entrevistados eram do sexo feminino. O grau de escolaridade declarado foi majoritariamente o ensino médio completo (51,2%), seguido pelo superior incompleto (28,7%). A maior parte possuía moradia própria (68,9%) e obtinha remuneração máxima de um salário mínimo (78%). Mais informações sobre o perfil sociodemográfico são apresentadas na *tabela 1*.

Tabela 1. Questionário-entrevista: Aspectos sociodemográficos dos entrevistados (n = 364)

Variável	Categoria	n	%
Idade (anos)	18-24	223	61,3
	25-31	93	25,5
	32-40	38	10,4
	41-50	9	2,5
	51-60	1	0,3
Sexo	Feminino	243	66,9
	Masculino	120	33,1
Identidade de gênero	Cisgênero	354	97,3
	Transgênero	7	1,9
Orientação sexual	Heterossexual	305	84,3
	Homossexual	38	10,4
	Bissexual	19	5,2
	Assexual	0	0
Raça/cor	Branca	73	20,1
	Preta	77	21,2
	Amarela	29	8

Tabela 1. Questionário-entrevista: Aspectos sociodemográficos dos entrevistados (n = 364)

Variável	Categoria	n	%
	Parda	180	49,5
	Indígena	5	1,4
Estado civil	Solteiro	253	77,1
	Casado	67	20,4
	Separado	1	0,4
	Divorciado	7	2,1
	Viúvo	0	0
Possui Filhos	Sim	113	31
	Não	213	58,5
	Ignorado/Branco	38	10,4
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	0	0
	Ensino fundamental completo	4	1,1
	Ensino médio incompleto	4	1,1
	Ensino médio completo	186	51,2
	Curso técnico incompleto	16	4,4
	Curso técnico completo	22	6,1
	Ensino superior incompleto	104	28,7
	Ensino superior completo	24	6,6
	Pós-graduação	3	0,8
	Ignorado/Branco	1	0,3
Atividade além do trabalho	Sim	145	40,3
	Não	215	59,7
	Ignorado/Branco	4	1,1
Qual atividade	Outro emprego	37	25,2
	Estudo	105	71,4
	Outro emprego e estudo	1	0,7
	Outro	4	2,7
Instituição estudo	Pública	10	12,7
	Privada	68	86,1
Moradia	Própria	250	68,9
	Alugada	100	27,5
	Cedida	13	3,6
Principal gasto	Alimentação	205	61,2
	Saúde Privada	7	2,1
	Estudo	41	12,2
	Previdência Privada	1	0,3
	Vestuário	10	3
	Lazer	8	2,4
	Aluguel	41	12,2
	Luz/Água	11	3,3

Tabela 1. Questionário-entrevista: Aspectos sociodemográficos dos entrevistados (n = 364)

Variável	Categoria	n	%
Tempo livre	Transporte	11	3,3
	Lazer	300	82,4
	Estudo	19	5,2
	Trabalho doméstico	6	1,6
	Lazer e estudo	32	8,8
	Lazer e trabalho doméstico	4	1,1
	Trabalho	2	0,5

Fonte: elaboração própria.

'Novas' relações de trabalho, 'velhas' condições e organização do trabalho

Deu-se ênfase à aparente dicotomia entre novas/velhas relações, condições e organização do trabalho por compreender que as alterações ocorridas contemporaneamente conservam em sua essência a necessidade de exploração da força de trabalho, ou seja, mais que uma ruptura completa, existe uma relação dialética entre novo/velho que configura o mundo do trabalho atual²⁹.

A expansão do trabalho nas CTA ocorreu *pari passu* com o processo de terceirização das atividades e de expansão do setor de serviços. As grandes CTA no Brasil são organizadas por grupos empresariais que oferecem serviços a empresas de telefonia, internet, tv por assinatura, bancos, entre outros. Dessa forma, o serviço antes realizado por empregados contratados diretamente passou a ser terceirizado²⁹. De modo geral, o impacto das terceirizações tem relação com a redução da remuneração dos trabalhadores, o aumento da rotatividade e as piores condições de saúde e segurança no trabalho^{29,30}.

As empresas A e B evidenciam essa realidade, caracterizada por empresas de grande porte, distribuídas em território nacional e que ofertam telesserviços por meio da terceirização. No caso deste estudo, o telesserviço foi contratado principalmente por empresas

de telefonia, internet e tv a cabo (73,9%) e por bancos (18,3%). Sobre o processo de terceirização no sistema bancário, Venco relaciona-o a precarização das relações de trabalho, pois:

[...] apesar dos profissionais terceirizados realizarem trabalho bancário, eles não pertencem à categoria profissional correspondente – que obteve, ao longo de sua trajetória, importantes conquistas salariais e sociais³¹⁽⁴⁸⁾.

Essa condição se assemelha ao que ocorre em outros setores que utilizam a estratégia da terceirização dos telesserviços. Se, por um lado, o setor gerou novos empregos, por outro, alguns destes já existiam e migraram de uma condição de maior estabilidade para empregos precários. Em consonância, os novos postos são gerados sob o signo da precarização.

Esse contingente de trabalhadores compõe parte de uma nova fração da classe trabalhadora, marcada pelo avanço das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e pela precarização do trabalho, caracterizada como 'Infoproletariado'²⁹ ou 'Cibertariado'¹⁵.

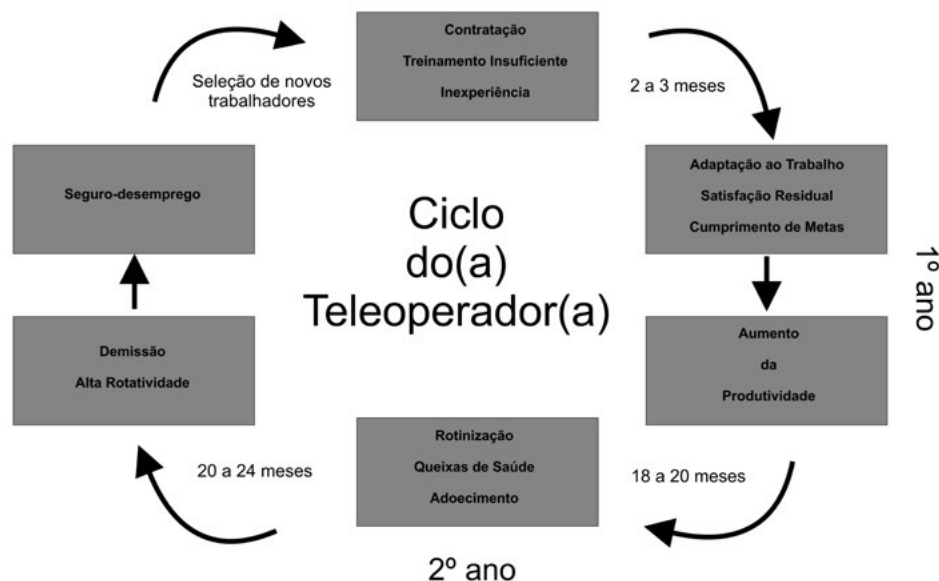
A maior inclusão do trabalho digital/informatizado nas CTA não o descaracteriza como uma atividade de ação rotinizada e repetitiva. Ao contrário da promessa de um trabalho informacional criativo, tem-se a adoção de velhas práticas tayloristas, caracterizadas como 'infotaylorismo'³². As ocupações exigem

um conhecimento genérico de informática, o que possibilita a alta rotatividade nos postos de trabalho e contribui para um clima constante de insegurança em relação ao emprego^{15,29}. A expressão dessa rotatividade nesta pesquisa foi o tempo de trabalho nas empresas, uma vez

que 63,3% tinham, no máximo, 2 anos e apenas 19,8% possuíam mais de 3 anos de trabalho nas CTA.

Braga⁸ analisa a alta rotatividade por meio do ‘Ciclo do Teleoperador’ esquematizado na figura 1.

Figura 1. Ciclo do teleoperador(a)



Fonte: elaboração própria adaptada de Braga⁸.

É na última fase do ciclo que as queixas de saúde aparecem com mais ênfase. Como a possibilidade de mobilidade de funções no interior da empresa é limitada, em muitos casos, a demissão é o caminho seguido.

As faces da precarização do trabalho nas centrais de teleatividades

As informações analisadas evidenciam que não se trata uma massa amorfa de trabalhadores, pelo contrário, trata-se de um grupo bem definido: em sua maioria mulheres jovens, com idade entre 18 e 24 anos (56%); não brancas (78%), com recente entrada no mercado de trabalho. Além disso, 35% das mulheres entrevistadas estavam em sua

primeira experiência com emprego formal; 41,2% com ensino médio concluído, e 22,2% cursando o ensino superior. Tem-se assim a articulação de categorias centrais relacionadas com a dimensão da (re)produção social que constituem os trabalhadores deste estudo, que são: classe, raça e gênero.

A desvalorização do trabalho dessas mulheres ocorre pela definição de papéis tácitos, que seriam características ‘essencialmente femininas’, como paciência, capacidade de escuta e delicadeza com os clientes⁷. São reforçados papéis sociais, impostos pelo machismo e patriarcado, uma vez que não seria necessária a qualificação dessas trabalhadoras já que o ‘ser mulher’ é suficiente. Os reflexos dessa

desqualificação são evidenciados nos baixos salários auferidos, que estão massivamente no grupo de até um salário mínimo (93%). O processo de inserção precária da força de trabalho feminina no mercado de trabalho evidencia uma hierarquização de gênero, pautada na desqualificação do trabalho feminino e a consequente inserção em condições e relações mais precárias de trabalho³³.

Também merece atenção o trabalho reprodutivo executado pelas mulheres. A articulação entre a esfera produtiva e reprodutiva se dá por uma desigual divisão sexual do trabalho, em que mulheres acumulam as funções executadas nas CTA e o trabalho doméstico. A jornada de trabalho nas CTA, que é limitada a 6 horas e 20 minutos, é um contributivo para essa articulação, já que existe mais ‘tempo livre’ para execução de outras tarefas. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada³⁴ evidencia a desigualdade descrita, uma vez que as mulheres têm um acréscimo de 11 horas semanais de trabalho doméstico e cuidado não remunerado em relação aos homens. A desigualdade se amplia quando estas possuem filhos, caso de 37,9% das nossas entrevistadas.

A divisão desigual do trabalho doméstico intensifica o desgaste das teleoperadoras, não podendo ser ignorada em sua articulação com o trabalho desenvolvido nas CTA. Mais do que uma questão hermética relacionada com o gênero, o trabalho reprodutivo cumpre relevante função no modo de produção capitalista, garantindo a reprodução da força de trabalho à custa da maior exploração e opressão feminina^{9,33}. De forma a ampliar as desigualdades e a inserção em trabalhos mais precários, ressaltam-se as questões relativas à raça, visto que a grande maioria dessas trabalhadoras é de origem não branca, fato que também foi evidenciado por Braga⁸ em estudo nas CTA.

Igualmente, faz-se necessário discutir questões relacionadas com orientação sexual e identidade de gênero. Entre os entrevistados, 10,4% se identificaram como homossexuais, e 5,2%, como bissexuais. Com relação à identidade de gênero, 1,9% das pessoas questionadas

identificaram-se como transgêneras. Segundo a Associação Brasileira de Telesserviços¹⁴, dos cerca de 1,4 milhão de trabalhadores do setor, 20% são da comunidade LGBTQIAPN+, e em torno de 1% desse montante é composto por pessoas trans. O setor é um dos grandes responsáveis pelo emprego formal da população LGBTQIAPN+, no entanto, sua inserção também se dá em ocupações pouco qualificadas. A inserção de minorias no trabalho de teleatendimento relaciona-se com a exclusão desses segmentos em outras ocupações, principalmente as que necessitam de um contato ‘cara a cara’. Além disso, pela maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal, amplia-se a subordinação destes ao emprego nos telesserviços, mediada pela constante sensação de insegurança^{7,8}.

Em síntese, as características estruturais que determinam processos de LGBTQIAPN+ fobia facilitam a inserção desses trabalhadores nas CTA. Ao mesmo tempo, pelos gargalos evidenciados no mercado de trabalho para pessoas LGBTQIAPN+ a ‘aceitação’ das condições e relações precárias de trabalho nesses empregos é evidenciada.

A organização do trabalho e a saúde dos teleoperadores

A jornada de trabalho informada pela maior parte dos trabalhadores (82,1%) foi de 6 horas e 20 minutos (considerando intervalo de pausa). Em 7,7% das pessoas entrevistadas, foi relatada jornada diária de 8 horas ou mais, o que contraria legislação específica do setor³⁵. A legislação também prevê a adoção de pausas (2 pausas de 10 minutos), o que foi evidenciado na maior parte das entrevistas (85,2%), no entanto, 9,1% informaram ter apenas 1 pausa, e 1,9% informou não a ter. Quanto à duração das pausas, 90,1% informaram duração de 10 minutos. A existência de tempo de pausa para refeição foi relatada por 90,4% dos entrevistados. A duração do tempo de refeição mais relatada foi de 20 minutos (89,1%), porém, 4,6% referiram tempo de refeição inferior ao de 20 minutos (*tabela 2*).

Tabela 2. Questionário-entrevista: Aspectos relacionados ao trabalho dos entrevistados (n = 364)

Variável	Categoria	n	%
Tempo na empresa	< 2 meses	8	2,2
	2-6 meses	40	11
	7-11 meses	80	22
	1-2 anos	102	28,1
	2 anos e 1 dia – 3 anos	61	16,8
	> 3 anos	72	19,8
	Ignorado/branco	1	0,3
Primeiro emprego	Sim	166	45,6
	Não	195	53,6
	Ignorado/branco	3	0,8%
Jornada de trabalho diária	4 horas	35	9,6
	6 horas e 20 minutos	299	82,1
	8 horas	20	5,5
	> 8 horas	8	2,2
	Ignorado/branco	2	0,6
Intervalo de descanso	Sim	357	98,1
	Não	7	1,9
Quantos intervalos	1	33	9,1
	2	310	85,2
	3	14	3,8
	Não tem intervalo	7	1,9
Quanto tempo de intervalo	10 min	328	90,1
	11-20 min	22	6
	21-30 min	2	0,5
	Mais de 30 min	4	1,1
	Não tem intervalo	7	1,9
Pausa para refeição	Sim	329	90,4
	Não	34	9,3
	Ignorado/Branco	1	0,3
Quanto tempo para refeição	Menos de 20 min	15	4,6
	20min	293	89,1
	Mais de 20 min	23	6,9
Remuneração	< 1 salário mínimo	60	16,5
	1 salário mínimo	283	78
	1 a 2 salários mínimos	20	5,5
	Ignorado/branco	1	0,3
Dependentes da remuneração	Nenhum	131	36,1
	1-3 pessoas	201	55,4
	4-5 pessoas	28	7,7
	> 6 pessoas	3	0,8
Existem metas a serem atingidas	Sim	303	83,2
	Não	61	16,8

Tabela 2. Questionário-entrevista: Aspectos relacionados ao trabalho dos entrevistados (n = 364)

Variável	Categoria	n	%
Gratificação por meta	Sim	207	56,9
	Não	156	42,8
	Ignorado/Branco	1	0,3
Gratificação no salário	Menos de 10%	17	8,9
	10%	88	46,3
	20%	40	21,1
	30%	15	7,9
	40%	4	2,1
	50%	2	1,1
	60%	1	0,5
	Mais de 60%	1	0,5
	Não sabe	17	8,9
	Em forma de folga	3	1,6
	Em forma de agrado (chocolate)	2	1,1
	Outras formas	17	8,9
Empresas que terceirizam o serviço	Telefonia, internet e TV a cabo	269	73,9
	Bancária	67	18,3
	Elétrica	28	7,7
Existe supervisão da atividade	Sim	361	99,2
	Não	1	0,3
	Ignorado/branco	2	0,5
Forma como a supervisão é executada	Supervisor	344	94,5
	Software	14	3,8
	Próprios trabalhadores	3	0,8
	Ignorado/branco	3	0,8
Mudaria algo na organização do trabalho	Sim	255	70,1
	Não	106	29,1
	Ignorado/branco	3	0,8

Fonte: elaboração própria.

Quando questionados acerca do tempo para alimentação, 85,4% informaram que 20 minutos são insuficientes. Alguns comentários evidenciam a insuficiência do tempo: “*quem come em 20 minutos?*” (E4); “*faz mal comer rápido! Refluxo*” (E2); “*Só dá para engolir*” (E3); “*perde-se 5 minutos na fila e mais 5 minutos para esquentar a comida*” (E1); “*adquiri gastrite pelo curto tempo para alimentação*” (E5).

O trabalho supervisionado foi relatado por 99,2% dos entrevistados e reflete característica

marcante da organização do trabalho nos *Call Centers*. As formas de supervisão mais relatadas foram: supervisor do setor (94,5%); *softwares* (3,8%); e os próprios trabalhadores (0,8%).

O trabalho nas CTA possui etapas bem delimitadas, não sendo necessário grande especialização para executá-lo. Essa característica possibilita que a atividade seja considerada ‘porta de entrada’ para o primeiro emprego, como evidenciou-se em 45,6% dos entrevistados. Nessa direção, por prescindir

de experiência prévia, a autonomia dos trabalhadores pode ser facilmente limitada, favorecendo a intensificação do trabalho por meio da utilização de *scripts* e limitação de tempos para o atendimento dos clientes.

Uma análise rápida e imprecisa sobre a introdução de TIC nos processos de trabalho contemporâneos pode aparentar uma qualificação desses processos mediante o enriquecimento do conteúdo das atividades. No entanto, o processo é contraditório e se expressa de diferentes formas. No caso das CTA, a introdução de novas tecnologias promove uma racionalização do trabalho, associada ao empobrecimento do conteúdo da atividade⁷⁻⁹.

Nas CTA, o uso das tecnologias é elemento essencial à organização taylorista do trabalho, favorecendo a sua intensificação. Apesar de monótono, o ritmo de trabalho exigido é intenso, com rigoroso controle dos tempos, por exemplo, limites estabelecidos nos chamados Tempo Médio de Atendimento (TMA). Com uso de *softwares* e *scripts*, as ações executadas têm controle do seu conteúdo por parte da gestão da empresa, assim como favorecem o controle dos tempos utilizados em cada operação. O comportamento também é controlado, com cobranças em relação ao atendimento, evidenciadas por meio de expressões como ‘atender com o sorriso na voz’^{9,32,36,37}.

Os *scripts* e as informações dos clientes também são fornecidos por meio de *softwares*. A fusão entre supervisão e a organização do trabalho, com uso da informática, possibilita eliminar a porosidade do trabalho, intensificando ao máximo o trabalho desenvolvido^{13,33}. Os tempos de atendimento são predefinidos; e quando as metas, no geral relacionadas com o TMA, não são atendidas, existe a chamada do teleatendente para *feedback* (55,8%), emissão de advertência formal (21,7%) ou suspensão (8,2%).

O controle do trabalho também é evidenciado na forma de ‘autocontrole’ ou ‘fiscalização mútua’. Dal Rosso³⁸ destaca esse tipo de controle em empresas de telefonia, como também foi identificado. Com essa prática, há uma internalização das regras e objetivos da

empresa, criando um cenário de gerenciamento mútuo pelos próprios trabalhadores. Outra característica do autocontrole do trabalho “baseia-se no estado permanente de poder ser controlado. [...] Pois ter medo de ser vigiado é vigiar-se a si mesmo”¹⁸⁽¹⁰¹⁻¹⁰²⁾.

Assim, há uma exploração do sofrimento, uma vez que a insatisfação dos trabalhadores é utilizada como mecanismo de intensificação do trabalho, já que uma maneira possível de expressar a insatisfação seria acelerando o ritmo de trabalho, sendo o sofrimento psíquico instrumento para obtenção do trabalho.

Fato semelhante foi observado por Le Guillant et al.³⁹, que classificaram o quadro psíquico de telefonistas francesas como uma síndrome associada a fadiga nervosa, a partir de quadro anteriormente descrito como ‘neurose das telefonistas’. O desenvolvimento do quadro estaria ligado essencialmente aos aspectos da organização do trabalho, e, como observou Dejours¹⁸, seria funcional ao aumento da intensidade do trabalho. Com as devidas modificações, quadro similar é observado nos teleoperadores com queixas diversas relacionadas com a saúde biopsíquica.

Assim, fica evidente que a organização do trabalho nas CTA segue os princípios tayloristas.

A taylorização da atividade do teleoperador consiste nisto: aprisionar a força espiritual do trabalho – e seus conhecimentos práticos – em uma rotina produtiva marcada pela interação do trabalho com as tecnologias informacionais [...] ³²⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A organização do trabalho é evidenciada como mecanismo prejudicial à saúde dos entrevistados, uma vez que 70,1% expressaram a vontade de mudar algo na forma como o trabalho é organizado. Essas mudanças estavam direcionadas ao aumento das pausas e do tempo de refeição; às formas de abordagem da supervisão; à alteração da gestão baseada em metas; à maior remuneração pelo atendimento às metas; à diminuição da pressão psicológica;

e à maior autonomia na realização do trabalho.

No que diz respeito à remuneração para além do salário fixo, as premiações parecem mais restritas a incentivos oferecidos por supervisores ou à remuneração variável relacionada com o atendimento de metas. A presença de metas individuais foi identificada por 83,2% dos entrevistados, com 56,9% informando receber adicional pelo seu atendimento, a maior parte relacionada com o atendimento do TMA. Mesmo com a identificação de metas e o atrelamento ao salário variável, os valores auferidos pelo alcance representou baixo percentual em relação à remuneração total, sendo 10% do valor recebido em 46,3% dos trabalhadores. Chama a atenção que 8,9% dos trabalhadores não sabem informar o valor da remuneração variável, e 1,1% informou receber brindes, como chocolates. Surge, portanto, um taylorismo ‘customizado’⁷ que mescla características e princípios do final do

século XIX com aspectos relativos à inserção das TIC, articulando velhas e novas formas de organização do trabalho.

Da ‘neurose das telefonistas’ à ‘neurose dos(as) teleoperadores(as)’

O adoecimento na categoria pode ser evidenciado por meio da análise dos dados. Quando questionados sobre a apresentação de atestado médico durante o período em que trabalhavam nas empresas, 69% informaram positivamente; destes, 34,3% relataram ter apresentado mais de 5 atestados médicos no período. Em 2,8%, a causa informada foram os problemas psicológicos. Quanto ao adoecimento pelo trabalho, 30,2% informaram que já adoeceram ou se acidentaram por causa do trabalho nas CTA. As causas do adoecimento são variadas, e em 6,3%, foram apontados os problemas psicológicos (tabela 3).

Tabela 3. Questionário-entrevista: Aspectos relacionados à saúde (n = 364)

Variável	Categoria	n	%
Acidente trabalho e doença trabalho	Sim	110	30,2
	Não	252	69,2
	Ignorado/branco	2	0,5
Já apresentou atestado médico	Sim	251	69
	Não	113	31
Número de vezes que apresentou atestado médico	Menos de 3 vezes	82	32,7
	3 a 5 vezes	72	28,7
	Mais de 5 vezes	86	34,3
	Ignorado/branco	11	4,4
Algo do trabalho prejudica a saúde	Sim	231	63,6
	Não	131	36,1
Morbidade referida (queixas psíquicas)*	Ansiedade	88	24,2
	Depressão	60	16,6
	Dores de cabeça frequentes	37	10,2
	Cansaço recorrente	19	5,2
	Outras questões psicológicas	4	1,1

Fonte: elaboração própria.

* No momento da entrevista, foi possível escolher mais de uma queixa relacionada com a saúde, de tal forma que o somatório geral das queixas (biopsíquicas) ultrapassa os 100%. Na tabela, estão filtradas apenas as queixas psíquicas referidas pelos entrevistados.

As queixas relacionadas com o sofrimento psíquico são ainda mais recorrentes. De acordo com a morbilidade referida pelos teleoperadores, 24,2% relataram ter ansiedade; 16,5%, depressão; 10,2%, dores de cabeça frequentes; 5,2%, cansaço recorrente; e 1,1% informou outras questões psicológicas. Apesar da recorrência das queixas, apenas 1,1% informou

realizar acompanhamento psicológico regular, e 2,2% informaram realizar uso de medicações antidepressivas.

Com relação aos resultados obtidos por meio da autoaplicação do SRQ-20, a predisposição geral aos TMC foi de 57,8% (tabela 4), maior que a identificada em estudos com outras categorias de trabalhadores⁴⁰⁻⁴².

Tabela 4. Distribuição dos grupos de sintomas do SRQ-20 por afirmativas positivas entre teleoperadores (n = 445)

Questões	n	%
Humor depressivo ou ansioso		
Assusta com facilidade	178	40,2
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	281	63,4
Tem se sentido triste ultimamente	210	47,3
Tem chorado mais do que de costume	140	31,5
Sintomas somáticos		
Dores de cabeça frequente	252	56,6
Falta de apetite	137	30,9
Dorme mal	244	55,3
Tremores na mão	129	29,3
Má digestão	173	39
Sensações desagradáveis no estômago	176	41,1
Decréscimo da energia vital		
Dificuldade de pensar com clareza	153	34,5
Dificuldade de realizar com satisfação atividades diárias	204	46
Dificuldade para tomar decisões	178	40,5
Dificuldade no serviço (trabalho penoso, sofrido)	131	29,6
Sente-se cansado o tempo todo	251	58,8
Cansa com facilidade	249	58,2
Pensamentos depressivos		
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	76	17,2
Tem perdido o interesse pelas coisas	180	40,5
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	71	16
Tem tido ideias de acabar com a vida	46	10,7

Fonte: elaboração própria.

Chamam a atenção os resultados das questões presentes nos blocos humor depressivo e ansioso: 63,3% sentem-se nervosos, tensos

ou preocupados. Bloco sintomas somáticos: 55,3% afirmaram dormir mal. Bloco decréscimo da energia vital: 58,8% dos trabalhadores

sentem-se cansados o tempo todo. Já no bloco pensamentos depressivos: 40,5% responderam ter perdido o interesse pelas coisas, e 10,7% relataram ideação suicida.

As possíveis diferenças entre os resultados do questionário e do SRQ-20, tendo o segundo enfatizado as questões de sofrimento psíquico, são provavelmente decorrentes da autoaplicação do teste, pois os trabalhadores sentem-se mais à vontade para assinalar questões relacionadas com a saúde mental sem o intermédio do entrevistador.

Fato é que os resultados encontrados expressam prováveis casos de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Aqui é necessário traçar um paralelo aos achados de Le Guillant et al.³⁹ e Dejours¹⁸ que estabeleceram relação dialética entre a organização do trabalho e a manifestação do sofrimento psíquico de telefonistas francesas.

Le Guillant et al.³⁹, ao caracterizar o progresso técnico na segunda metade do século XX, verificaram uma aceleração dos ritmos de trabalho que necessita de consideráveis esforços de atenção e exigência de velocidade na realização das tarefas. Essas 'novas' características seriam responsáveis por desencadear um quadro de 'síndrome geral da fadiga nervosa', antes identificada como 'neurose das telefonistas'.

A síndrome geral da fadiga nervosa é caracterizada pelo sentimento de vazio pós-jornada, sensação de cansaço recorrente e perda do interesse em realizar atividades corriqueiras. Também ocorrem distúrbios de memória, atenção, sono e alterações de humor, com aumento da irritabilidade e presença de crises de choro. Hiperemotividade, ansiedade latente, períodos de depressão, ideação suicidas e até tentativas de suicídios foram identificados, além de outros sintomas físicos e psicossomáticos³⁹.

As queixas se assemelham às identificadas neste estudo, evidenciadas na dimensão singular, conforme relatado. O sofrimento psíquico das telefonistas foi a antessala dos quadros de sofrimento psíquico atual dos teleoperadores

de *Call Center*. Entretanto, se existem semelhanças, as atividades atuais também guardam particularidades, como a introdução de novas tecnologias, a terceirização dos vínculos, a intensificação, as características do capitalismo dependente brasileiro e a composição do cibertariado/infoproletariado com suas expressões de raça e gênero.

Uma expressão essencial identificada, que guarda semelhanças entre as duas ocupações, é a exploração do sofrimento como mecanismo de intensificação do trabalho¹⁸. O empobrecimento da atividade desenvolvida, com uma quase total identificação entre forma e conteúdo da tarefa, a supervisão constante e a irritação proveniente de contatos com clientes são alicerce do permanente estado de tensão nervosa em que se encontram esses trabalhadores. O acúmulo desse estado permanente gera uma agressividade reativa que será explorada pela organização do trabalho¹⁸. Acredita-se que essa semelhança é fundamental para o funcionamento das CTA e que as marcantes evidências de sofrimento psíquico seriam expressão dessa necessidade de funcionamento. Nas palavras de Dejours:

[...] não é tanto exortando-as a trabalhar mais rápido, mas provocando a irritação e a tensão nervosa nas telefonistas, que a controladora pode obter melhor rendimento¹⁸⁽¹⁰³⁾.

Assim como no trabalho das telefonistas, nos teleoperadores, o sofrimento atua como instrumento para intensificação do trabalho e, conseqüentemente, para a ampliação da exploração sobre a força de trabalho. O esvaziamento de conteúdo das tarefas, que alija a autonomia dos trabalhadores, a monotonia, a repetitividade, o controle exercido, em síntese, a organização do trabalho nos *Call Centers*, modula o sofrimento psíquico nos trabalhadores e utiliza os mecanismos de defesa, como a frustração e a agressividade, em prol do aumento do ritmo de trabalho. A utilização dos *softwares*, a terceirização das atividades e o uso da telemática são fenômenos que agregam

complexidade às novas relações e evidenciam a passagem da ‘neurose das telefonistas’ para a ‘neurose dos teleoperadores’.

O sofrimento psíquico e o desgaste mental dos trabalhadores nas centrais de teleatividades

O sofrimento psíquico é elemento fundamental para intensificação do trabalho nos *Call Centers*. Ao mesmo tempo, evidenciam-se na pesquisa inúmeras queixas relacionadas com a saúde mental, que ao ponto que constata o quadro de sofrimento psíquico e possibilitam relacioná-lo à organização do trabalho, também expressam processos danosos à saúde dos trabalhadores que podem manifestar-se por meio do desgaste mental. As queixas referidas neste estudo, sobretudo aquelas relativas ao cansaço recorrente, à dificuldade em tomar decisões, à dificuldade de realizar com satisfação as atividades diárias, à dificuldade de pensar com clareza associadas a dores de cabeça frequentes e insônia, evidenciam o possível quadro de fadiga nervosa desses trabalhadores.

Seligmann-Silva² classificou o desgaste mental em três níveis, que podem ser evidenciados de forma distinta ou articulada. São eles: 1) Desgaste Literal ou Orgânico; 2) Desgaste Funcional; e 3) Desgaste da Subjetividade. No trabalho nos *Call Centers*, interessam os níveis 2 e 3.

Pela própria organização do trabalho nas CTA, existe uma expropriação da subjetividade dos teleoperadores, uma vez que estes passam a executar tarefas de maneira quase robotizada, com pouca ou nenhuma autonomia. Esse processo de expropriação pode contribuir para o desgaste, compreendido como uso deformado e deformante das potencialidades psíquicas dos trabalhadores. Seguindo nessa linha, o ‘processo de produção’ nas CTA leva a uma fadiga mental e física dos trabalhadores, conforme evidenciado quando referido o ‘cansaço recorrente’ e o ‘cansar-se com facilidade’ apontados pelos entrevistados.

Instala-se aí uma deformação, que afeta, entre outras esferas da vida, a sociabilidade.

Laurell e Marquez⁴³ analisam o estresse ou a tensão nervosa como uma importante característica mediadora da ocorrência lenta e gradual do processo de desgaste. As autoras ainda destacam que o estresse está presente na forma de organização capitalista caracterizada pela subcarga qualitativa e sobrecarga quantitativa típica da organização taylorista-fordista. Essa forma de organização possibilita o desgaste do trabalhador por meio do fracionamento do processo de trabalho, da desqualificação da atividade desenvolvida, da perda da autonomia e dos elevados ritmos de trabalho. Todas as características apontadas pelas autoras são encontradas no trabalho desenvolvido pelos teleoperadores.

Outro nível de desgaste observado nos teleoperadores é o desgaste subjetivo. Selligman-Silva², ao analisar as ideias de Yves Clot, articula as concepções de sofrimento e desgaste. O sofrimento psíquico nessa perspectiva é caracterizado pelo impedimento ao agir do trabalhador, seguindo seus valores, engendrando-se uma impossibilidade do ser. Neste trabalho, isso é evidenciado a partir de vivências relacionadas com a gestão e a organização. As frustrações advindas da atividade com pouco conteúdo, da baixa perspectiva de ascensão profissional, do baixo reconhecimento e da adoção de posturas que atentam contra princípios éticos dos trabalhadores são fundamentos para o desgaste subjetivo, que atua sobre a identidade e o projeto de vida dos trabalhadores e pode ter manifestações somáticas.

Como ponto de intersecção entre as condições de sofrimento psíquico e o desgaste mental evidenciados, tem-se que: 1) a organização do trabalho nas CTA utiliza o sofrimento psíquico como instrumento para intensificação do trabalho; 2) o sofrimento mental utilizado como estratégia organizacional gera processos de desgaste mental nos trabalhadores, levando à perda potencial e/ou efetiva das capacidades; 3) possivelmente, as articulações dessas

características ocasionam a alta rotatividade nos postos de trabalho; e 4) a articulação desses complexos processos se dá, em última instância, pela necessidade de reprodução ampliada do capital.

Considerações finais

O processo produtivo nas CTA é marcado pela articulação entre novas e velhas relações de trabalho. Ao mesmo tempo que incorporam o uso de TIC, utilizam formas de organização do trabalho do início do século XX, como o taylorismo.

Diversas queixas de saúde foram evidenciadas, com destaque para aquelas relacionadas com a saúde mental dos teleoperadores, que apresentam maior prevalência indicativa de TMC associados a processos de sofrimento psíquico.

Sugere-se que tal achado não é mera arbitrariedade, sendo o sofrimento psíquico elemento constituinte do trabalho em *Call Centers*. Essa característica é funcional na organização do trabalho nas CTA pela intensificação do trabalho dos teleoperadores. A articulação entre classe, gênero e raça também é característica fundamental neste estudo, possibilitando analisar a complexa relação entre exploração da força de trabalho, subordinação e opressão na esfera de produção e reprodução da vida.

Por fim, é possível articular a dimensão do sofrimento psíquico com os processos de desgaste mental nos trabalhadores de *Call Centers*, de modo a compreender possíveis deformações das potencialidades psíquicas destes. Acredita-se que a alta prevalência de

afastamentos, as queixas de saúde e a alta rotatividade no setor são expressões concretas do desgaste mental, sendo impossível desvincular as características do processo e da organização do trabalho à lógica de reprodução ampliada do capital.

Associado a esta abordagem crítica acerca da organização do trabalho, faz-se necessário articular, em curto e médio prazo, instituições na defesa da Saúde do Trabalhador de forma a atuar diretamente sob processos relacionados com a intensificação do trabalho e o desgaste mental. A formulação de políticas públicas, a inserção direta do campo da Saúde do Trabalhador em espaços decisórios e a atuação conjunta com o movimento sindical, representativo dos trabalhadores, são alternativas viáveis para enfrentamento da precarização do trabalho nas CTA.

Colaboradores

Lira PVRA (0000-0002-8588-839X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Souza DO (0000-0002-1103-5474)*, Amaral AS (0000-0003-2038-1296)* e Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Lima MB (0000-0003-2232-3946)* e Campos AG (0000-0002-1085-9236)* contribuíram para a revisão crítica e a aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Antunes RLC. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial; 2009. 285 p.
2. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez Editora; 2011. 662 p.
3. Harvey D. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola; 2012. 341 p.
4. Behring ER. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez; 2008. 304 p.
5. Cavalcante S. Sindicalismo e privatização das telecomunicações. São Paulo: Expressão Popular; 2009. 256 p.
6. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. O emprego no setor de telecomunicações 10 anos após a privatização [Internet]. São Paulo: Dieese; 2009. [acesso em 2025 fev 18]. 38 p. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/estudose-pesquisas/2009/estPesq46PrivatizacaoTelecomunicacoes/index.html?page=4>
7. Antunes R, Braga R. Infoproletários: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo; 2009. Capítulo 7, Centrais de Teleatividade: o surgimento dos colarinhos furta-cores; p. 153-172.
8. Braga R. A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista. São Paulo: Boitempo; 2012. Capítulo 4, A angústia dos subalternos; p. 181-222.
9. Nogueira CM. O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras de telemarketing. São Paulo: Expressão Popular; 2011. 208 p.
10. Nascimento FZFO, Oliveira SS, Fernandes MA, et al. Processo de trabalho e relação saúde-doença na percepção de operadores de telemarketing: apontamentos para a atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Rev Bras Saúde Ocup. 2024;49:(16):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/06323pt2024v49e16>
11. Associação Brasileira de Telesserviços. Mapa do Emprego: setor de telesserviço é o que mais emprega no Brasil. ABT [Internet]. 2024 jul 15 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: <https://www.abt.org.br/post/mapa-do-emprego-setor-de-telesservi%C3%A7o-%C3%A9-o-que-mais-emprega-no-brasil>
12. Ranking Callcenter [Internet]. [local desconhecido]; 2023 [acesso em 2023 jan 10]. Disponível em: <https://ranking.callcenter.inf.br/>
13. Cavaignac MD. Precarização do trabalho e operadores de telemarketing. Perspectivas. 2011;39:47-74.
14. Valinho H. Setor de telesserviços emprega mais de 14 mil transsexuais no Brasil. Folha de São Paulo [Internet]. 2024 jun 28 [acesso em 2025 jan 10]; Economia. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2024/06/setor-de-telesservicos-emprega-mais-de-14-mil-transsexuais-no-brasil.shtml>
15. Huws U. A formação do cibertariado: trabalho virtual em um mundo real. Campinas: Editora Unicamp; 2017. 389 p.
16. Antunes R. O privilégio da servidão. São Paulo: Boitempo; 2018. 326 p.
17. Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989. 333 p.
18. Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortez Editora-Oboré; 1991. 170 p.
19. Teixeira RGMM, Moreira SS. Condições de trabalho em call centers e seus impactos na saúde mental dos trabalhadores. Boletim de Conjuntura (Boca). 2021;20(7):45-66. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5148371>

20. Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(4):797-807. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>
21. Santos M, Lira P, Florêncio J, et al. Pesquisa-intervenção como mediadora de transformação das condições de saúde dos teleoperadores de Pernambuco. *Saude Soc*. 2021;30(4):e200984. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200984>
22. Alves JCL, Jackson Filho JM. Trabalho, saúde e formação política na enquête operária de Marx. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):13-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00044>
23. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo: issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry*. 1987;22(3):129-38. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf00583847>
24. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
25. Pasqualini JC, Martins LM. Dialética Singular-Particular-Universal: Implicações do método Materialista Dialético para a Psicologia. *Psicol Soc*. 2015;27(2):362-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>
26. Breilh J. Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia. São Paulo: Hucitec; 2024. 292 p.
27. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
28. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.
29. Antunes R, Braga R, organizadores. *Infoproletários: degradação real do trabalho virtual*. São Paulo: Boitempo; 2009. 252 p.
30. Druck G. A metamorfose da precarização social do trabalho. *Margem à Esquerda*. 2012;1(18):37-41.
31. Venco S. *Telemarketing nos bancos: o emprego que desemprega*. Campinas: Editora da UNICAMP; 2003.
32. Braga R. Infotaylorismo: o trabalho do teleoperador e a degradação da relação de serviço. *Revista Eptic* [Internet]. 2006 [acesso em 2025 jan 10];8(1):1-15. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/epitic/article/view/291/270>
33. Antunes R, Braga R, organizadores. *Infoproletários: degradação real do trabalho virtual*. São Paulo: Boitempo; 2009. Capítulo 5, As trabalhadoras de telemarketing: uma nova divisão sexual do trabalho? p. 187-212.
34. Pinheiro L, Medeiros M, Costa J, et al. Gênero é o que importa: determinantes do trabalho doméstico não remunerado no Brasil. Brasília, DF: IPEA; 2023.
35. Ministério do Emprego e Trabalho (BR). Portaria nº 9, de 30 de março de 2007. Aprova o Anexo II da NR-17 – Trabalho em Teletendimento/Telemarketing. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2007 abr 2 [acesso em 2025 jan 10]; Seção I:96-8. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-17-nr-17>
36. Comissão Nacional de Jovens Trabalhadores. “O sorriso na voz” e a exploração na pele: trabalho degradante nos call centers. *União da Juventude Comu-*

- nista [Internet]. 2018 ago 5 [acesso em 2023 jan 17]. Disponível em: <https://ujc.org.br/o-sorriso-na-voz-e-a-exploracao-na-pele-trabalho-degradante-nos-call-centers/>
37. Ziliotto DM, Oliveira BO. A Organização do Trabalho em Call Centers: implicações na saúde mental dos operadores. *Rev Psicol Organ Trab*. 2014;14(2):169-79. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/419>
38. Dal Rosso S. Mais trabalho!: A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo Editorial; 2008. 206 p.
39. Le Guillant L, Roelens J, Bégoïn J, et al. A neurose das telefonistas. In: Lima MEA, organizadora. *Escritos de Louis Le Guillant – Da Ergoterapia à Psicopatologia do Trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. 175-188.
40. Costa PFR, Santos SL, Silva MS, et al. Prevalência de transtorno mental comum entre trabalhadores canavieiros. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:113. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007140>
41. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):424-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400006>
42. Florêncio JPW, Lira PAV, Raposo OF, et al. Saúde mental e trabalho: prevalência de transtorno mental comum em técnicos em telecomunicações. *RBPS*. 2023;25(2):92-105. DOI: <https://doi.org/10.47456/rbps.v25i2.40575>
43. Laurell AC, Márquez M. El desgaste obrero en México: proceso de producción e saúde. México: Era; 1983. 118 p.

Recebido em 14/04/2025

Aprovado em 26/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Cristina Strausz

Violência laboral em meio à pandemia da covid-19 na atenção primária no Ceará

Workplace violence amidst the COVID-19 pandemic in primary care in Ceará

Anny Caroline dos Santos Olímpio¹, Roberta Cavalcante Muniz Lira¹, Maxmíria Holanda Batista¹, Bianca Waylla Ribeiro Dionísio¹, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto², Francisco Willian Melo de Sousa²

DOI: 10.1590/2358-28982025E210439P

RESUMO Objetivou-se analisar a prevalência, os tipos, os sujeitos vitimados e os autores das situações de violência laboral durante a pandemia da covid-19 em um município da região noroeste do Ceará. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, realizada em 22 centros de saúde, com a participação de 125 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector. Constatou-se que 49% dos profissionais entrevistados sofreram algum tipo de violência laboral no período. Observou-se a feminilização do trabalho, com 89% das mulheres relatando experiências de violência. A agressão verbal foi o tipo mais frequente, seguida por dupla carga de violência psicológica: a agressão verbal e o assédio moral de forma mútua. Também foram relatadas, em menor escala, situações de assédio sexual e violência física. Os principais perpetradores foram os próprios pacientes e colegas de trabalho. Os resultados revelam a gravidade da violência no trabalho em saúde em contextos de crise sanitária e destacam a predominância da violência verbal e de formas sobrepostas de agressão. Reforça-se a necessidade de ações preventivas e protetivas, especialmente no enfrentamento da violência de gênero, conforme diretrizes da Organização Internacional do Trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Violência no trabalho. Sars-CoV-2. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This study aimed to analyze the prevalence, types, victims, and perpetrators of workplace violence during the COVID-19 pandemic in a municipality in the northwest region of Ceará. This is a descriptive, quantitative study conducted in 22 health centers, with the participation of 125 workers from the Family Health Strategy. The Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector was used to collect data. It was found that 49% of the professionals interviewed suffered some type of workplace violence during the period. The feminization of work was observed, with 89% of women reporting experiences of violence. Verbal aggression was the most frequent type, followed by a double burden of psychological violence: verbal aggression and mutual moral harassment. Situations of sexual harassment and physical violence were also reported on a smaller scale. The main perpetrators were the patients themselves and co-workers. The results reveal the severity of violence in healthcare work in contexts of health crises and highlight the predominance of verbal violence and overlapping forms of aggression. This reinforces the need for preventive and protective actions, especially in addressing gender-based violence, in accordance with International Labour Organization guidelines.

KEYWORDS Occupational health. Workplace violence. SARS-CoV-2. Family Health Strategy. Primary Health Care.

¹Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
annycolimpio@gmail.com

²Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.



Introdução

A violência laboral é um fenômeno de grande complexidade e abrangência que tem despertado crescente atenção, especialmente no campo da saúde¹. A definição proposta pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2003², caracteriza a violência no local de trabalho – ou violência laboral –, como as situações em que os trabalhadores enfrentam abusos, ameaças ou agressões relacionadas com a sua atividade profissional, inclusive durante os deslocamentos entre a residência e o trabalho, e que comprometam sua segurança, bem-estar ou saúde. Embora essa definição represente um importante marco conceitual, é fundamental reconhecer suas limitações diante da amplitude e da diversidade das manifestações de violência observadas nos ambientes de trabalho contemporâneos³.

Compreende-se que o conceito de violência pode ser ampliado ao adotar a perspectiva teórica de Johan Galtung, expressa na chamada ‘Teoria do Triângulo da Violência’ ou ‘Triangulação da Violência’. Essa teoria propõe a existência de três dimensões interligadas e mutuamente reforçadoras da violência. A primeira é a violência direta, que se manifesta por meio de ações físicas ou verbais que causam danos imediatos aos sujeitos ou grupos, como agressões, insultos ou assédio. A segunda é a violência estrutural, associada a sistemas, instituições e estruturas sociais que produzem e reproduzem desigualdades e injustiças, como a falta de acesso equitativo a serviços de saúde ou as disparidades de gênero. A terceira dimensão é a violência cultural, relacionada com valores, normas, crenças e representações simbólicas que legitimam e naturalizam as desigualdades, como estereótipos discriminatórios e preconceitos arraigados⁴.

Nesse contexto, este estudo busca contribuir para a elucidação do problema ao cotejar seus resultados com pesquisas internacionais similares, de modo a ampliar a compreensão do fenômeno da violência laboral em contextos diversos.

É essencial destacar que as três camadas de violência estão interconectadas e exercem influência mútua, formando um ciclo persistente que pode ser difícil de romper. A violência direta pode surgir de estruturas e normas culturais injustas enquanto as violências estrutural e cultural, por sua vez, contribuem para a manutenção da violência direta ao criarem condições que favorecem sua ocorrência e naturalização.

Ao abordar o fenômeno da violência laboral nos Centros de Saúde da Família (CSF) cearenses durante a pandemia da covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, foi fundamental considerar a perspectiva ampliada de violência laboral apresentada por Galtung⁴. Além de identificar incidentes de violência direta, é crucial examinar as estruturas organizacionais, políticas e culturais que podem estar contribuindo para tais atos violentos. Somente ao compreender de forma abrangente a violência e suas diversas camadas é possível desenvolver estratégias eficazes de prevenção e intervenção.

Nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo os CSF um dos principais equipamentos de saúde no apoio à rede dessa política, os profissionais desempenham um papel imprescindível, alicerçado no conceito de cuidado comunitário, longitudinal, integral, universal e equânime. De forma similar, na prestação de cuidados primários à população, a violência laboral surge como uma questão preocupante⁵, desafiadora e que pode afetar, além dos processos de trabalhos, a organização da cultura laboral, levando os trabalhadores da saúde ao adoecimento mental.

A chegada da pandemia da covid-19 agravou significativamente os desafios enfrentados pelos trabalhadores da saúde, precarizando ainda mais as condições de trabalho, acentuando a sobrecarga laboral, a escassez de recursos adequados e as preocupações com a própria saúde e segurança. Esse contexto adverso pode ter contribuído para o aumento dos episódios de violência na APS durante a crise sanitária^{6,7}. Diversos estudos vêm documentando a elevada

prevalência da violência no trabalho em serviços de saúde em todo o mundo, evidenciando a urgência de enfrentamento desse fenômeno de forma articulada e sistemática⁸⁻¹⁵.

Diante desse contexto, tornou-se imprescindível realizar uma análise detalhada da violência laboral nos CSF situados no interior do estado do Ceará durante a pandemia da covid-19. Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar a prevalência, os tipos, os principais sujeitos vitimados e os autores das situações de violência laboral ocorridas no período pandêmico em um município da região noroeste cearense.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado entre os meses de março e maio de 2021, em um município localizado na região noroeste do estado do Ceará. A pesquisa constitui um recorte do estudo desenvolvido no âmbito do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado 'Violência no trabalho em centros de saúde da família e suas interfaces com as condições e a organização do trabalho'. Para atender aos objetivos específicos deste recorte, foi realizada uma análise direcionada das variáveis contidas no instrumento original, selecionando-se aquelas relativas à prevalência, aos tipos, aos sujeitos vitimados e aos perpetradores da violência laboral.

O município possui 36 CSF, distribuídos em 22 unidades na zona urbana e 14 nos distritos periféricos, abrangendo um contingente de 1.312 profissionais da saúde, bem como 64 equipes de Saúde da Família. Com o intuito de estabelecer os parâmetros de amostragem, restringiu-se a consideração aos CSF localizados na zona urbana, na sede do município, devido aos riscos sanitários decorrentes do cenário pandêmico da covid-19. Além disso, a seleção para a aplicação do instrumento de coleta de dados foi limitada a três categorias

profissionais específicas: médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, o que resultou em uma amostra potencial de 184 participantes.

A amostra foi do tipo não probabilística por conveniência, adotada em razão da viabilidade de acesso aos profissionais durante a pandemia e das limitações operacionais do período. Optou-se por incluir essas três categorias por serem os profissionais mais expostos à violência no ambiente interno das unidades. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não foram incluídos, pois atuam predominantemente em atividades externas, com dinâmicas de trabalho distintas, o que exigiria instrumentos e abordagem específicos, uma possibilidade a ser considerada em estudos futuros.

A amostragem do estudo foi determinada utilizando-se a fórmula de população finita.

Fórmula de População Finita

$$n = \frac{ZGC^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + ZGC^2 \times P \times Q}$$

legenda:

N = população: 184
n = valor da amostra
ZGC = 1,96
P = prevalência – 50%

Nesse contexto, 67,93% da população-alvo foi incluída, equivalente a 125 trabalhadores, distribuídos entre 41 enfermeiros, 26 médicos e 58 técnicos/auxiliares de enfermagem. Esses participantes foram selecionados com base em seguintes critérios de inclusão: a) terem exercido suas funções no CSF por um período mínimo de 12 meses; e b) terem voluntariamente concordado em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Profissionais que estavam ausentes durante a coleta de dados devido à licença médica, férias ou por não satisfazerem os critérios mencionados foram excluídos da análise.

Os dados foram coletados por meio do Survey Questionnaire Workplace Violence in

the Health Sector, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela OIT e pelos Serviços Públicos Internacionais e Conselho Internacional de Enfermagem (International Council of Nurses – ICN)¹⁶ traduzido e adaptado para o português¹⁷. O questionário não teve suas perguntas sobre violência no trabalho alteradas, consistindo em 18 perguntas sobre violência física e 13 perguntas sobre os tipos de violência psicológica (agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial).

Durante o período da coleta de dados, o ambiente da pesquisa estava sob alerta em virtude do aumento do risco de transmissão e contaminação pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), agente transmissor da covid-19. Portanto, optou-se por transcrever integralmente e aplicar o Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector^{16,17} por meio de um formulário on-line no Google Docs. Inicialmente, a população-alvo foi convidada a participar da pesquisa por meio de chamadas telefônicas, mensagens via WhatsApp e *e-mails* fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Após a expressão de interesse em contribuir com o estudo, encaminhou-se, por *e-mail*, o TCLE para leitura e possível esclarecimento de dúvidas. Todos os TCLE foram impressos em duas vias e assinados presencialmente, seguindo as recomendações de segurança estabelecidas. Por fim, o Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector^{16,17} foi enviado por *e-mail*, preenchido e validado pelos participantes da pesquisa.

Os dados quantitativos do estudo foram codificados e transpostos para o *software* Microsoft Windows Excel®. A análise se deu com o apoio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. As variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis de natureza quantitativa (contínuas e escalares), descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio-padrão, mediana e intervalos interquartílicos.

Este estudo seguiu os preceitos éticos e legais estabelecidos pela Declaração de Helsinki de 1964 revisada durante a 64ª Assembleia Geral em Fortaleza, Brasil, em 2013, bem como a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa¹⁸, sendo submetido à Comissão Científica da Secretaria Municipal da Saúde e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa nº 0052/2020 por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o nº 4.633.244 (CAAE: 39139720.7.0000.5053). Ressalta-se que não houve qualquer tipo de suporte financeiro.

Resultados e discussão

Prevalência da violência laboral em Centros de Saúde da Família e sua relação com o cenário pandêmico da covid-19

A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (90,4%), com predominância da faixa etária entre 31 e 45 anos (70,4%). Com relação à escolaridade, 53,6% das participantes possuíam ensino superior completo enquanto 44% tinham ensino médio. A maior parte da amostra se autodeclarou parda (83,4%) e solteira (54,4%). Quanto à renda mensal, 52,8% das profissionais relataram receber mais de dois salários mínimos. No que tange à ocupação, 46,4% eram técnicas de enfermagem, 32,8% eram enfermeiras e 20,8% eram médicas.

Os resultados da investigação revelaram uma prevalência significativa de violência laboral nos CSF no município investigado. De acordo com o *gráfico 1*, 49% da amostra relatou exposição à violência no local de trabalho nos últimos 12 meses. Esse cenário é análogo ao de estudos realizados na APS no Rio Grande do Sul¹⁴ e em Fortaleza no estado do Ceará¹⁹ em que um número representativo dos entrevistados relatou ter sofrido

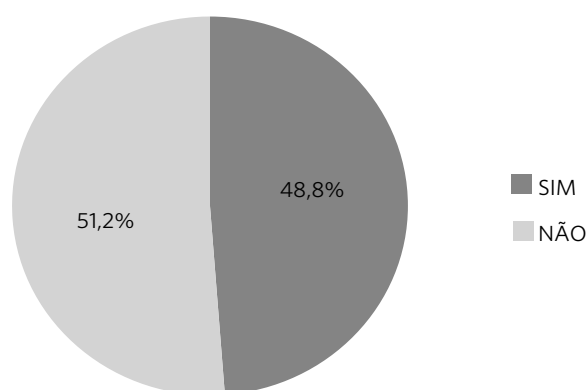
algum episódio de violência. Esse padrão também é observado na APS nas cidades de Sarajevo Canto, Bósnia e Herzegovina²⁰.

A incidência de violência laboral nos CSF investigados foi superior em relação aos resultados encontrados em Bangladesh, Ásia²¹. Contudo, os achados desta pesquisa contrastam com os dados de um estudo realizado com profissionais da APS na Espanha, onde mais de 90% da amostra relatou ter sido exposta

a algum tipo de violência no ambiente de trabalho²².

Esses resultados ressaltam a necessidade de ações e políticas que visem prevenir e combater a violência laboral na APS, em níveis local e internacional. É fundamental promover um ambiente de trabalho seguro e saudável para os profissionais de saúde, assegurando sua integridade biopsicossocial, bem como garantir um atendimento de qualidade aos pacientes.

Gráfico 1. Distribuição dos trabalhadores submetidos e não submetidos à violência laboral nos últimos 12 meses nos Centros de Saúde da Família de um município da região noroeste do estado do Ceará, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

A análise da relação entre a pandemia da covid-19 e o panorama da violência laboral nos CSF da cidade pesquisada reveste-se de significativa relevância, considerando-se o contexto de crise sanitária que agravou desigualdades estruturais e impactou diretamente as condições de trabalho. Esse cenário é corroborado por outro estudo⁶ que identificou que muitas agressões foram motivadas por medo da transmissão do vírus, desinformação ou insatisfação de pacientes e familiares. Ambos os estudos evidenciaram que a pandemia intensificou fatores de risco psicossocial no trabalho, como estresse, sobrecarga laboral e precarização das relações de trabalho, contribuindo para banalização e naturalização da violência contra os profissionais da saúde.

A literatura evoca⁶ as nítidas sobrecargas geradas nos/para os sistemas de saúde durante o período pandêmico e apresenta evidências da inadequação da APS diante das novas demandas. Tal cenário reverberou em ondas de violências contra os trabalhadores de saúde não somente nos CSF investigados, mas também no mundo^{3,4}, como no Oriente Médio²³, no Paquistão²⁴, na Espanha²⁵ e em países da América Latina, como México²⁶, Brasil^{6,7} e Peru²⁷.

O agravamento da situação pandêmica brasileira posicionou o País como epicentro da covid-19 na América do Sul e o colocou em segundo lugar no mundo em número de casos²⁸. Esse panorama pode estar atrelado à combinação de contrarreformas políticas, ataques e desmontes constantes ao Sistema

Único de Saúde (SUS), esgotamento de estratégias para contenção de crises na saúde e as respostas neoliberais para demandas urgentes²⁹. Isso resultou em um processo intenso de precarização exacerbado pela implementação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), que embarga por duas décadas investimentos em setores públicos essenciais, como a saúde²⁵. Além disso, o sucateamento, o subfinanciamento e a falta de prioridade governamental no gerenciamento da crise sanitária, especialmente durante governo em tempos de pandemia, contribuíram para agravar ainda mais a situação^{29,30}.

Durante a pandemia, as condições de trabalho foram exacerbadas, especialmente por causa da postura adotada pela mais alta autoridade executiva, o Presidente da República, que, de forma desastrosa, optou por adotar uma abordagem negacionista em relação à gravidade do novo coronavírus. Isso se manifestou na minimização da seriedade da pandemia, incentivando a população a não aderir às medidas de isolamento e precauções básicas, como o uso de máscaras, e recomendando o uso de medicamentos sem comprovação de eficácia na prevenção e tratamento da doença³⁰.

Com base nessa observação, autores brasileiros ressaltaram a importância da APS na gestão das curvas de sobrecarga da covid-19. Durante as três ondas de impacto da pandemia, a APS era a principal porta de acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS, desempenhando um papel fundamental em conter a sobrecarga do sistema de saúde, fornecendo cuidados resolutivos aos casos dessa doença e promovendo o cuidado contínuo e abrangente dos pacientes com outras condições de saúde. Isso foi possível mediante o uso eficaz da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia primordial³¹.

Além da sobrecarga dos sistemas de saúde, a relação entre a propagação avassaladora de casos de covid-19 e o desencadeamento de uma onda de violências contra profissionais da saúde²⁶ gerou mais de 600 casos de violência, intimidação e/ou estigmatização contra

profissionais de saúde em mais de 40 países²⁴.

Os achados são vastos e lançam luz sobre a problemática, destacando a incidência de violência nos serviços de saúde no Peru, onde a maioria dos médicos envolvidos no atendimento a clientela durante a pandemia de covid-19 foi exposta a atos violentos²⁵. De maneira similar, no Brasil, um estudo realizado com profissionais de saúde de todas as cinco regiões do País revelou que quase metade dos trabalhadores relatou ter sofrido violência ocupacional durante o período da pandemia da covid-19³².

Profissionais da APS da cidade Múrcia, na Espanha²⁵, experimentaram desfechos semelhantes, em que alguns conflitos e/ou episódios de violências surgiram em função das demandas de transformação e/ou adequação durante e após a pandemia da covid-19. Em geral, os entrevistados expressaram a percepção de uma adaptação inadequada da APS, resultando em uma atenção insuficiente, o que, por sua vez, contribuiu para incidentes como agressões²⁴.

A gama de consequências ecoa direta e indiretamente no trabalho da equipe multiprofissional da saúde. Isso resulta em problemáticas e agravos à saúde que afetam as dimensões biopsicossociais de tais profissionais, reverberando, assim, na redução da força de trabalho, no adoecimento e/ou esgotamento da equipe, comprometendo a qualidade do cuidado oferecido aos que recorrem aos serviços de saúde, além de gerar custos adicionais a rede de saúde³².

Profissionais expostos à violência laboral em Centros de Saúde da Família: recorte de sexo, gênero e categoria profissional

A presença feminina no trabalho é evidente neste estudo, uma vez que 90,4% da amostra se identificou como mulheres. Esses resultados corroboram o perfil predominante das profissionais que atuam nos setores de saúde tanto em nível nacional²⁰ quanto internacional²³.

As mulheres são historicamente associadas à função de cuidadoras, predominando nas atividades de cuidado tanto no âmbito familiar quanto em profissões como a enfermagem e o serviço social. Durante a pandemia da covid-19, elas estiveram majoritariamente na linha de frente da assistência de pessoas doentes e idosas, dentro e fora das instituições – e são elas que seguem assumindo, de forma exclusiva ou predominante, a responsabilidade pelo cuidado das famílias³³.

Esse panorama levantou questionamentos sobre as interseções entre gênero, trabalho e violências, haja vista que esta pesquisa demonstrou que quase a totalidade ($f=89\%$) das trabalhadoras relatou experiências de um ou mais tipos de violência nos últimos 12 meses que antecederam o estudo, incluindo violência física, verbal, emocional/psicológica, sexual e/ou assédio moral.

A violência de gênero representa uma forma específica de violência que impacta desproporcionalmente mulheres e pessoas que se identificam com gêneros minoritários. Essa forma de violência, destacada nos resultados deste estudo, é fundamentada em normas sociais, estruturas de poder desiguais e desequilíbrios de poder entre homens e mulheres. Nos contextos dos CSF, a violência de gênero pode assumir várias formas, incluindo assédio sexual, assédio moral baseado no gênero e discriminação de gênero. Resultados similares foram encontrados em estudos realizados na Europa²⁰ e no Brasil³⁴, os quais associaram a violência laboral a questões de gênero. Essa problemática tem sido objeto de análise pela OIT, resultando na criação e promoção da Recomendação nº 206/2019, que enfatiza a importância da implementação de abordagens mais inclusivas, integradas e sensíveis ao recorte de gênero no mundo do trabalho quando se trata de violência e o assédio nesse âmbito³⁵.

Pesquisadores^{36,37} observam que as disparidades de gênero tendem a desaparecer quando se consideram as questões de violências em sua totalidade. No entanto, ao analisarem um

tipo específico de violência, como o assédio sexual, as mulheres emergem como as principais vítimas^{36,37}.

As mulheres que atuam nos CSF enfrentam desafios adicionais decorrentes das desigualdades estruturais de gênero presentes na sociedade. Isso envolve a perpetuação de estereótipos de gênero, a subvalorização do trabalho feminino e a escassez de oportunidades para liderança e progresso profissional. Esses elementos podem ampliar a vulnerabilidade das mulheres à violência no ambiente de trabalho, agravando ainda mais a situação durante a pandemia.

As características primordiais para análise da violência laboral referente ao gênero estão intrinsecamente relacionadas com a feminilização dos profissionais da saúde, a desvalorização da Enfermagem – categoria majoritária na área da saúde – e os fatores sócio-históricos que associam a mulher a uma posição de submissão e fragilidade, além de atribuí-las o papel de cuidadoras integrais^{38,39}.

Destaca-se que, mesmo em meio às lutas pela equidade de gênero, as mulheres continuam a enfrentar atos violentos simplesmente por serem do sexo feminino³⁶. Isso as coloca em posição de submissão diante da dominação e do autoritarismo predominantes em ambientes de trabalho mais masculinizados, estabelecendo relações assimétricas de poder no contexto dos serviços de saúde³⁹.

Dessa forma, torna-se fundamental adotar uma abordagem abrangente e integrada para a compreensão das violências, considerando suas múltiplas dimensões e a interação com os determinantes sociais da saúde. Para além das camadas de violência já discutidas, destaca-se a necessidade de reconhecer a violência de gênero como um componente central e estruturante desse fenômeno.

Partindo dessas concepções, a violência relacionada com o trabalho emerge como uma preocupação significativa, afetando profundamente muitos profissionais da saúde, com especial impacto sobre as mulheres e a equipe de enfermagem. Lamentavelmente, essas

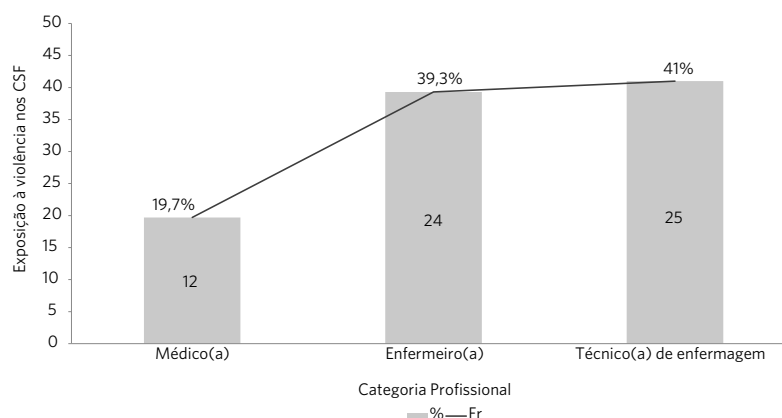
profissionais enfrentam uma dupla ameaça: violência de gênero e violência laboral. Esse fenômeno reflete mais uma vez o machismo arraigado na sociedade brasileira, uma realidade que se manifesta com frequência no contexto da saúde⁴⁰.

A dupla carga de violência na APS é amplamente evidenciada nesta pesquisa, conforme o gráfico 2, no qual se observa que 80,3% dos profissionais expostos à violência no trabalho pertenciam à categoria da enfermagem, resultado da soma dos técnicos de enfermagem (39,3%) e enfermeiros (41%). Um estudo realizado com a equipe de enfermagem do acolhimento com classificação de risco no estado do Rio Grande

do Norte realçou a frequência de atos violentos direcionados a essas profissionais, especialmente por serem as primeiras a interagir com a clientela usuária/família/comunidade, sendo muitas vezes consideradas como as principais representantes ou intermediárias do serviço de saúde diante do público³⁸.

Um estudo apontou ainda uma nova morfologia da 'divisão sociosexual e racial do trabalho', em que mulheres trabalhadoras brancas sofrem mais do que os homens brancos. No caso das trabalhadoras negras, elas são ainda mais penalizadas do que as brancas. A intensificação do trabalho feminino pode exacerbar ainda mais essa desigualdade⁴¹.

Gráfico 2. Distribuição dos profissionais (n = 61) que foram vítimas de agressões nos Centros de Saúde da Família, conforme a categoria ocupacional, em um município da região noroeste do estado do Ceará, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

A violência no trabalho direcionada à equipe de enfermagem é uma questão complexa e multifacetada que não pode ser examinada isoladamente. Está intrinsecamente relacionada com a organização da sociedade e com a distribuição desigual de oportunidades entre os diferentes grupos sociais e de categoria profissional. Portanto, é preciso considerar as questões de gênero que permeiam a sociedade, e como esses fatores refletem nas relações e na dinâmica de trabalho.

As motivações e as evidências que desencadearam atos de violência contra profissionais da saúde – independentemente da categoria profissional, especialmente aqueles atuantes na APS – estiveram associadas a múltiplos fatores interligados. Dentre eles, destacam-se: a disseminação de teorias da conspiração; a desconfiança e a insegurança em relação aos trabalhadores da saúde; a alta demanda da clientela usuária; os longos períodos de espera; a desinformação e o medo ante a covid-19; bem como a necessidade de pessoal (com equipes com dimensionamento

muito abaixo do necessário), além de insumos e equipamentos, incluindo medicamentos, equipamentos de proteção individual e respiradores para as elevadas demandas dos serviços especializados. Esses elementos se somaram a fatores estruturais externos, como a escassez de segurança pública e o aumento da violência na sociedade, contribuindo para um ambiente de trabalho ainda mais vulnerável para os profissionais da APS.

Diante dessa complexidade, torna-se fundamental a implementação de políticas públicas abrangentes, capazes de enfrentar de forma integrada as múltiplas dimensões da violência no trabalho em saúde, com o objetivo de garantir a segurança, a dignidade e o bem-estar dos profissionais da área⁷⁹.

Revelando os tipos de violências laborais e seus perpetradores em Centro de Saúde da Família cearenses

No contexto prático da APS, compreender o fenômeno da violência é fundamental e desafiador devido à sua natureza multidimensional, que envolve diversas causas e fatores determinantes⁴². É essencial reconhecer que a violência é um dos determinantes sociais de saúde, a qual afeta o acesso da população aos

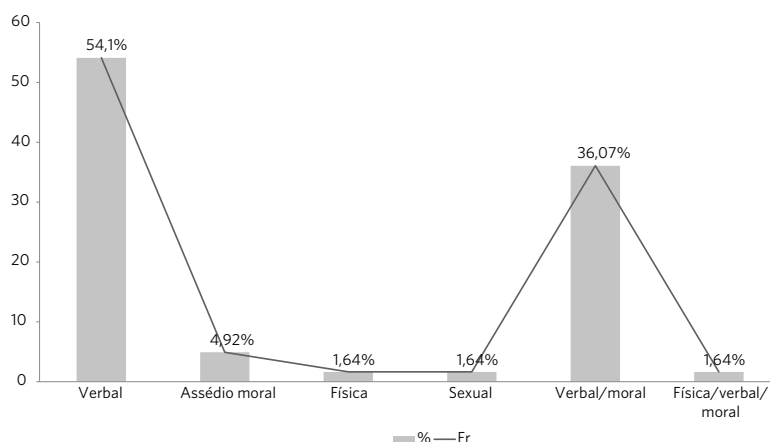
serviços de cuidado, exigindo uma reflexão ampla sobre a realidade das comunidades afetadas, valorizando sua resiliência e potencial de vida⁴².

A sobrecarga nos sistemas de saúde, incluindo a APS, em razão da pandemia global da covid-19 resultou em um aumento nos casos de violência contra os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família^{43,44}.

Esses incidentes evidenciam não apenas as fragilidades estruturais dos sistemas de saúde diante de eventos externos, como pandemias e catástrofes, mas também revelam a precarização histórica das condições de trabalho, salários e empregos, cuja negligência contribui para impactos profundos e persistentes na segurança e no bem-estar biopsicossocial dos profissionais de saúde.

Com base nesse cenário, este estudo revelou que a violência psicológica foi a mais predominante, sendo o subtipo a agressão verbal ($f = 54,1\%$), como mostra o *gráfico 3*, seguido pela dupla carga de violência psicológica: a agressão verbal e o assédio moral de forma mútua ($f = 36,1\%$) e pelo assédio moral ($f = 4,9\%$). Essas formas de violência podem ser categorizadas como direta, simbólica, estrutural e psicológica^{3,4}, dependendo de sua manifestação.

Gráfico 3. Distribuição das modalidades de violência no ambiente de trabalho nos Centros de Saúde da Família, em um município da região noroeste do estado do Ceará, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

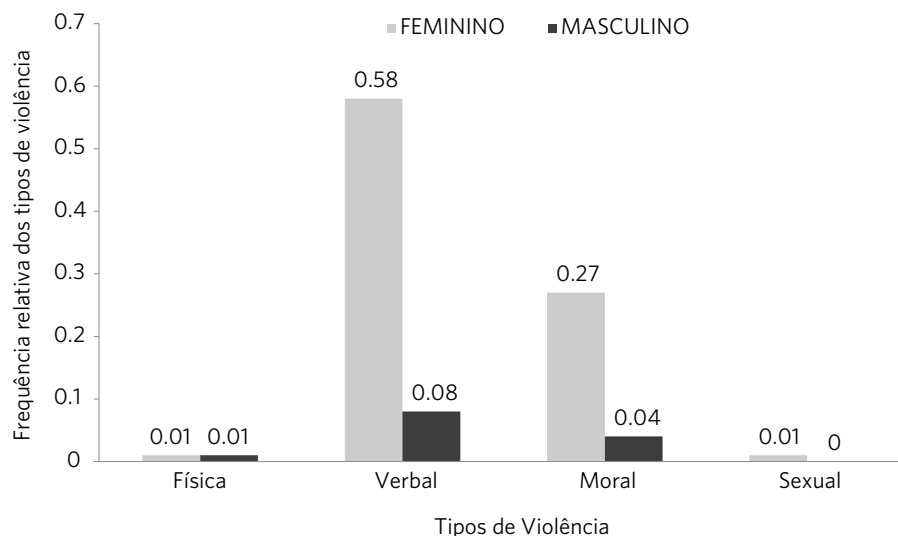
Uma forma de violência que muitas vezes é subestimada, mas que possui influência significativa na saúde mental dos profissionais, é a agressão verbal, que se exibe na prática como uma baixa aprovação social. A literatura nacional e internacional descortina que as agressões verbais são as mais citadas pelos profissionais da APS, abrangendo desde atitudes de desdém, tratamentos inadequados, insultos, desconsideração, arrogância, rudeza ou comunicação desrespeitosa^{38,39}.

Estudo⁴⁵ revela que profissionais mais socialmente aceitos lidam com menos estresse e demandas psicológicas no trabalho enquanto aqueles com baixa aprovação social enfrentam maior estresse, demandas psicológicas e uma maior incidência de violência relacionada com o trabalho. Portanto, é fundamental abordar tanto a violência estrutural quanto suas diversas manifestações no local de trabalho, como a agressão verbal e o assédio moral, para promover ambientes de trabalho mais saudáveis e equitativos para todos os colaboradores⁴⁵.

No que se refere à violência física, o estudo revelou que dois técnicos de enfermagem ($f=1,6\%$) foram vítimas, conforme apresentado no *gráfico 3*. Os técnicos de enfermagem podem ser alvo de violência física por atuarem nas áreas de triagem e acolhimento nas unidades de saúde^{34,38}. O aumento nos incidentes de violência pode ser atribuído ao ambiente estressante gerado pela pandemia da covid-19, conforme documentado em diversas fontes^{8,27}. Esse fenômeno é especialmente observado entre os profissionais que realizam triagem devido à desconfiança, à desinformação, às crenças em teorias conspiratórias, ao medo da doença e à superlotação^{27,30}.

Observa-se, no *gráfico 3*, a ausência de relatos de violência por discriminação racial nesta pesquisa, um dos subtipos de violência psicológica – ao contrário de estudos anteriores no Brasil²⁸ que identificaram ocorrências de assédio e/ou discriminação racial entre profissionais da APS.

Gráfico 4. Associação entre as formas de violência e o gênero dos trabalhadores nos Centros de Saúde da Família de um município da região noroeste do estado do Ceará, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

No *gráfico 4*, investigou-se a relação entre os tipos de violência e sexo dos participantes. Observou-se que a violência verbal foi mais comum contra profissionais do sexo feminino ($f = 58\%$), seguida pela violência moral ($f = 27\%$). Esses achados são consistentes com estudos anteriores conduzidos em Caxias no Maranhão³⁹, na Itália³⁷ e na Europa²¹.

Nas respostas analisadas, constatou-se uma equiparação na exposição à violência física, já que, nos dois incidentes registrados, ambos os sexos foram afetados (*gráfico 4*). Essa constatação diverge com os achados de Magnavita e Heponiemi³⁷, que identificaram em sua pesquisa que os profissionais do sexo masculino foram ligeiramente mais expostos às agressões físicas.

Observou-se uma baixa prevalência de assédio sexual neste estudo, com um caso relatado ($f = 1\%$) direcionado a uma enfermeira. É relevante mencionar que as profissionais do sexo feminino são frequentemente alvo desse tipo de violência^{36,37}. Essa situação representa uma dupla ameaça no contexto de trabalho da equipe de enfermagem, haja vista a violência baseada no gênero e a natureza da profissão^{39,40}.

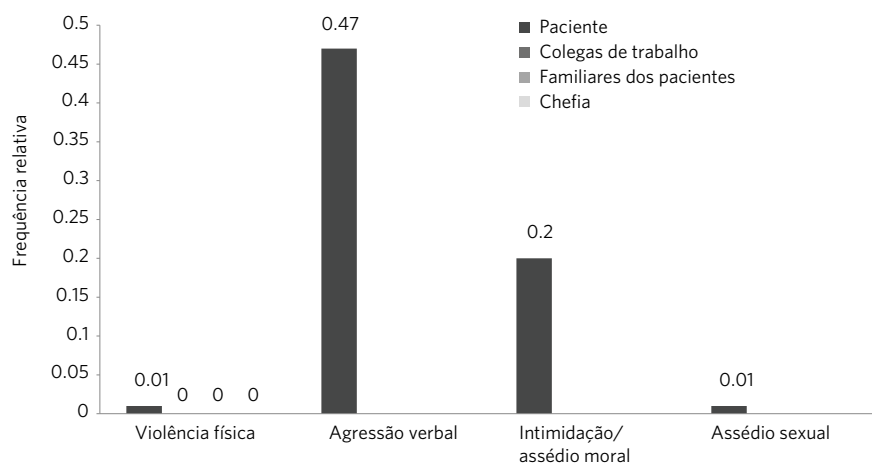
No que diz respeito à magnitude desse fenômeno, mesmo quando os números são

relativamente reduzidos, sua relevância se torna alarmante dada a possibilidade de subnotificação ou viés na abordagem desses casos²⁰. Ao contrário dos achados deste estudo, evidencia-se uma incidência significativa de assédio sexual dirigido à equipe de enfermagem na cidade de Riad, Arábia Saudita³⁶.

Tal fenômeno de assédio sexual se manifesta por meio de modalidades comuns de violência, como piadas e comentários depreciativos relacionados com o sexo, bem como posturas corporais ofensivas³⁶. Os principais perpetradores de assédio sexual citados foram os colegas de trabalho, seguidos por superiores hierárquicos e, em menor medida, a clientela usuária do serviço de saúde e seus acompanhantes ou familiares³⁶.

Neste estudo, ao investigar acerca dos principais perpetradores/agressores (*gráfico 5*) de atos violentos nos CSF, a clientela usuária emergiu como os mais frequentes ($f = 69\%$). Esses resultados são condizentes com pesquisas semelhantes na região sul do Brasil, na Jordânia, Espanha, Itália e Ásia^{22,23,37,39,40}. Esses estudos também apontaram para a prevalência de violência não física, sendo a maioria dos casos atribuídos aos pacientes.

Gráfico 5. Associação entre as modalidades de violência ocupacional e seus perpetradores nos Centros de Saúde da Família em um município da região noroeste do estado do Ceará, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

Os colegas de trabalho foram identificados (*gráfico 5*) como perpetradores de atos violentos, ocupando o segundo lugar nos achados desta investigação ($f = 19\%$), sendo os que praticam a agressão verbal (11%), intimidação e/ou assédio moral (7%) e 1 (1%) caso de violência física. Essa tendência foi confirmada em um estudo sobre agressões verbais entre profissionais da saúde nas CSF nas regiões oeste e extremo oeste de Santa Catarina no Brasil⁴⁰ bem como no Oriente Médio³⁶.

O conflito é um fator de estresse inerente às relações humanas, caracterizando-se como um processo dinâmico e multifatorial, no qual pessoas ou grupos vivenciam reações emocionais negativas diante de determinadas situações⁴⁶.

As relações interprofissionais em uma mesma unidade são dinâmicas e complexas, e nos revelam falhas na organização de trabalho, como a falta de reconhecimento profissional, conflitos nos relacionamentos de trabalho, disputas por lideranças, absenteísmo seguido de sobrecargas de trabalho, licenças prolongadas, rotatividade elevada.

O enfrentamento da covid-19 gerou exaustão generalizada entre os trabalhadores da saúde, tanto os profissionais da saúde quanto os trabalhadores invisíveis da saúde. Essa sobrecarga esteve relacionada não apenas com a exposição contínua ao elevado número de casos e óbitos de pacientes, colegas e familiares, mas também com as profundas alterações provocadas pela pandemia no bem-estar pessoal e na dinâmica da vida profissional⁴⁷.

Diante dos achados deste estudo, evidencia-se a urgência na adoção de medidas preventivas e protetivas específicas voltadas ao enfrentamento da violência nos CSF, sobretudo as de gênero, tanto no estado do Ceará quanto em nível nacional e internacional. Essas medidas devem estar alinhadas às diretrizes da Recomendação nº 206/2019 da OIT³⁵, que orienta a implementação de políticas institucionais voltadas à eliminação do assédio e da discriminação de gênero no ambiente laboral.

Dentre as estratégias prioritárias, destacam-se a formulação e o fortalecimento de políticas

internas que expressem tolerância zero à violência de gênero, acompanhadas da promoção de programas permanentes de formação em equidade de gênero e sensibilização dirigidos a todos os profissionais da saúde. É igualmente essencial consolidar canais de denúncia seguros, sigilosos e acolhedores, que ofereçam suporte psicológico, jurídico e institucional às vítimas.

Paralelamente, as políticas públicas devem considerar os determinantes sociais que sustentam as desigualdades de gênero no mundo do trabalho. Isso implica o desenvolvimento de ações estruturantes voltadas à redução das disparidades salariais e hierárquicas, à promoção da equidade nas relações profissionais, à ampliação de oportunidades de ascensão na carreira e à garantia de infraestrutura física e psicossocial adequada para o enfrentamento das situações de violência.

A incorporação de uma abordagem interseccional, que reconheça e articule os marcadores sociais da diferença, em especial o gênero, às dinâmicas da violência laboral, é indispensável para o delineamento de estratégias mais eficazes de prevenção e enfrentamento. Considerando a expressiva feminilização da força de trabalho na saúde, promover ambientes laborais seguros, equitativos e livres de violência não é apenas um compromisso ético e político, mas também uma condição imprescindível para a qualidade e a integralidade dos serviços prestados à população.

Conclusões

Os achados deste estudo evidenciam que a violência laboral na APS é um fenômeno recorrente e multifacetado, agravado por fatores estruturais, organizacionais e socioculturais, especialmente durante a pandemia da covid-19. Identificou-se uma prevalência significativa de episódios de violência, com destaque para a violência verbal e psicológica, acometendo majoritariamente mulheres e profissionais da enfermagem. A ausência de protocolos

institucionais de enfrentamento, a precarização das condições de trabalho e a feminilização da força de trabalho configuram um cenário de vulnerabilidade que precisa ser urgentemente enfrentado.

Como contribuição para a prática, os resultados sinalizam a necessidade de formulação e implementação de políticas públicas e institucionais que promovam ambientes de trabalho mais seguros e equitativos. Destacam-se como estratégias prioritárias: o fortalecimento de canais de denúncia, o acolhimento às vítimas, a formação permanente das equipes de saúde sobre direitos trabalhistas, equidade de gênero e prevenção da violência, bem como a criação de mecanismos de monitoramento e resposta rápida a situações de agressão. Tais medidas são fundamentais para a valorização dos profissionais da APS e para a qualificação da atenção prestada à população.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o recorte temporal restrito ao período pandêmico, o que pode ter amplificado a percepção de risco e a ocorrência de episódios de

violência. Além disso, o estudo foi conduzido em um único município do interior cearense, o que limita a generalização dos resultados para outras realidades. Apesar disso, os dados oferecem subsídios relevantes para o aprofundamento de investigações futuras e para a formulação de ações que visem proteger os trabalhadores da saúde, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e institucionais.

Colaboradores

Olímpio ACS (0000-0002-3656-6001)* contribuiu para concepção, análise, interpretação e redação do manuscrito. Lira RCM (0000-0002-2163-4307)*, Batista MH (0000-0002-9069-678X)*, Dionisio BWR (0000-0002-0628-5807)*, Ximenes Neto FRG (0000-0002-7905-9990)* e Sousa FWM (0000-0001-9852-6526)* contribuíram para revisão crítica da proposta e consultoria científica do estudo. ■

Referências

1. Novaes Neto EM, Araújo TM, Sousa CC, et al. Violência no trabalho em saúde nos serviços de média complexidade. *Rev Saúde Col UEFS*. 2018;8(1):62-9. DOI: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v8i1.2115>
2. Organização Internacional do Trabalho. Violência no local de trabalho em serviços e setores de saúde: guia para compreensão e prevenção [Internet]. Genebra: OIT; 2003 [acesso em 2025 jun 26]. Disponível em: <https://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/violencaport.pdf>
3. Organización Internacional del Trabajo; Consejo Internacional de Enfermeiras; Organización Mundial de la Salud; Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral em el sector de la salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral em el sector de la salud. Ginebra, Suiza: OIT; 2002.
4. Galtung L. Peace by peaceful means. London: SAGE Publications Ltd; 1996. 292 p. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446221631>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2006.
6. Ribeiro BMSS, Robazzi MLCC, Dalri RCMB. Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. *Rev Saúde Públ Paraná*. 2021;4(2):115-24. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n2p115>
7. Silva CL, Cabral JM, Hino P, et al. Violência contra trabalhadores de enfermagem na pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE02073. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR002073>
8. Escribano RB, Beneit J, Garcia JL. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon*. 2019;5(3):e01283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01283>
9. Pien LC, Cheng Y, Cheng WJ. Internal workplace violence from colleagues is more strongly associated with poor health outcomes in nurses than violence from patients and families. *J Adv Nurs*. 2019;75(4):793-800. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13887>
10. Cheung T, Yip PSF. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*. 2017;17(1):196. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4112-3>
11. Pai DD, Sturbelle ICS, Santos C, et al. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. *Texto Contexto – Enferm*. 2018;27(1):e2420016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>
12. Pedro DRC, Silva GKT, Lopes APAT, et al. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. *Saúde debate*. 2017;41(113):618-629. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711321>
13. Batista CB, Campos AS, Reis JC, et al. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(2):295-317. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200008>
14. Sturbelle ICS, Pai DD, Tavares JP, et al. Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(6):632-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900088>
15. Duarte LR, Camargo LC, Soares NT. Violência no trabalho de profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2023;48:e13. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/25221pt2023v48e13>
16. Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector-Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an Additional Australian Study: Synthesis Report [Internet]. Programme conjoint OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail. Genève: OIT; 2002 [acesso em 2025 jun 26]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvsynthesisreport.pdf>
17. Palácios M, coordenador. Relatório preliminar de pesquisa, violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro – Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudo em Saúde Coletiva, UFRJ; 2002 [acesso em 2025 jun 26]. p. 84. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/assediomoral>
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2025 jun 26]; Edição 112; Seção I:59-62. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Silveira FBCA, Lira Neto JCG, Weiss C, et al. Associação entre a violência comunitária e no local de trabalho e a qualidade do sono de profissionais da saúde: estudo transversal. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(5):1647-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04522021>

20. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, et al. Frequency and forms of workplace violence in primary health care. *Med Arch*. 2019;73(1):6-10. DOI: <https://doi.org/10.5455/medarh.2019.73.6-10>
21. Shahjalal M, Gow J, Alam MM, et al. Workplace Violence Among Health Care Professionals in Public and Private Health Facilities in Bangladesh. *Int J Public Health*. 2021;66:604396. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604396>
22. Ruiz-Hernández JA, López-García C, Llor-Esteban B, et al. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *Int J Clin Health Psychol*. 2016;16(3):295-305. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>
23. Dopelt K, Davidovitch N, Stupak A, et al. Workplace Violence against Hospital Workers during the COVID-19 Pandemic in Israel: Implications for Public Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4659. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084659>
24. Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet*. 2020;396(10252):658. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31858-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31858-4)
25. Pina D, López-Ros P, Luna-Maldonado A, et al. Users' perception of violence and conflicts with professionals in primary care centers before and during COVID-19: a qualitative study. *Front Public Health*. 2021;9:810014. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014>
26. Rodríguez-Bolaños R, Cartujano-Barrero F, Cartujano B, et al. The urgent need to address violence against health workers during the COVID-19 pandemic. *Cuidados Med*. 2020;58(7):663. DOI: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001365>
27. Muñoz Del Carpio-Toia A, Begazo Muñoz Del Carpio L, Mayta-Tristan P, et al. Workplace violence against physicians treating COVID-19 patients in Peru: a cross-sectional study. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2021;47(10):637-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.06.002>
28. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report – 98 [Internet]. [local desconhecido]: WHO; 2019 [acesso em 2025 jun 26]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200427-sitrep-98-covid-19.pdf?sfvrsn=90323472_4
29. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1724-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
30. Perpétua G. Trabalho e saúde do trabalhador em tempos de pandemia no Brasil: notas críticas sobre o caos. *Saúde Soc*. 2022;31(4):e210394pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210394pt>
31. Savassi LCM, Bedetti AD, Abreu ABJ, et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *J Manag Prim Health Care*. 2021;12(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1006>
32. Bitencourt MR, Alarcão ACJ, Silva LL, et al. Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253398. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253398>
33. Santos BS. A cruel pedagogia do vírus. São Paulo: Boitempo Editorial; 2020.
34. Bernardes MLG, Karino ME, Martin JT, et al. Workplace violence among nursing professionals. *Rev Bras Med Trab*. 2021;18(3):250-257. DOI: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-531>
35. Organização Internacional do Trabalho. R206-Recomendação (nº 206) sobre violência e assédio, 2019. Recomendação sobre a eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho [Internet]. Genebra: OIT; 2019 [acesso em 2025 jun 26]. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729461.pdf
36. Alharbi FF, Alzeneid NA, Aljbli GH, et al. Workplace violence among healthcare workers in a tertiary me-

- dical city in Riyadh: a cross-sectional study. *Cureus*. 2021;13(5):e14836. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.14836>
37. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:108. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>
 38. Freitas RJM, Pereira MFA, Lima CHP, et al. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):e62119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>
 39. Lima GHA, Sousa SMA. Psychological violence in the nursing work. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):535-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>
 40. Trindade LL, Busnello GF, Schoeninger MD, et al. Agressão verbal contra profissionais de saúde da atenção primária e terciária: estudo de métodos mistos. *Rev Enferm UFSM*. 2022;12:e15:1-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769266894>
 41. Antunes R. Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo Editorial; 2020.
 42. Barbar AEM. Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42(8):e142. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.142a>
 43. Bitencourt MR, Alarcão ACJ, Silva LL, et al. Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253398. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253398>
 44. Rodríguez-Bolaños R, Cartujano-Barrero F, Cartujano B, et al. The urgent need to address violence against health workers during the COVID-19 pandemic. *Cuidados Med*. 2020;58(7):663. DOI: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001365>
 45. Sun X, Qiao M, Deng J, et al. Mediating effect of work stress on the associations between psychological job demands, social approval, and workplace violence among health care workers in Sichuan Province of China. *Front Public Health*. 2021;9:743626. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.743626>
 46. Rocha PMB, Correa H. Addressing interpersonal conflict among healthcare workers during the coronavirus pandemic. *Braz J Psychiatr*. 2020;42(5):572-3. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1109>
 47. Machado MH, Coelho MCR, Pereira EJ, et al. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(10):2809-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10072023>

Recebido em 31/03/2025

Aprovado em 22/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Ronaldo Teodoro

Gênero como determinante social da saúde de trabalhadoras plataformizadas de moto entregas

Gender as a social determinant of health for motorcycle delivery workers on digital platforms

Fernanda Diniz de Sá¹, Lucas Eurikes Melo Vasconcelos², Raynara Samille Guerra Oliveira², Camilla Araújo da Silva², Ariana Nogueira Rodrigues de Oliveira², Leonildo Santos do Nascimento Júnior²

DOI: 10.1590/2358-28982025E210500P

RESUMO O presente estudo teve como objetivo investigar, sob a perspectiva de gênero, as condições de trabalho e saúde de trabalhadoras que utilizam motocicletas para a realização de entregas, intermediadas por aplicativos, na região metropolitana de João Pessoa, Paraíba. Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo. Para tanto, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, baseado no referencial teórico do tema. Quinze trabalhadoras participaram da pesquisa, cujas falas foram transcritas e analisadas por meio da técnica de análise temática de conteúdo. As participantes relataram conflitos com os pares, falta de apoio, violências de gênero e motivações iniciais que as levaram ao cadastro nas plataformas, bem como as consequências desse trabalho para a saúde física e mental. Como estratégia de proteção, foi ressaltada a importância da construção e fortalecimento do coletivo de trabalho. Nesse contexto, evidencia-se como a correlação entre a saúde e os padrões patriarcais instituídos no mercado operam como determinantes sociais significativos de saúde. Para enfrentar esses desafios, é fundamental compreender esse fenômeno a fim de garantir atenção à saúde qualificada e alicerçada em políticas que mobilizem e confrontem as estruturas sociais.

PALAVRAS-CHAVE Riscos ocupacionais. Segurança do emprego. Saúde mental. Perspectivas de gênero. Mulheres trabalhadoras.

ABSTRACT This study aimed to investigate, from a gender perspective, the working and health conditions of female workers who use motorcycles for deliveries via apps in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba. This is an exploratory, qualitative study. A semi-structured interview script, based on the theoretical framework of the theme, was used. Fifteen female workers participated, and their statements were transcribed and analyzed through thematic content analysis. The participants reported conflicts with peers, lack of support, gender-based violence, initial motivations for registering on the platforms, and the effects of this work on their physical and mental health. The importance of building and strengthening the work collective was highlighted as a protective strategy. The study shows how the intersection of health and patriarchal market standards acts as significant social determinants of health. To address these challenges, understanding this phenomenon is crucial for ensuring qualified healthcare through policies that mobilize and challenge social structures.

KEYWORDS Occupational risks. Job security. Mental health. Gender perspective. Women, working.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
fernanda.sa@ufrn.br

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.



Introdução

Atualmente, os avanços de novas tecnologias têm provocado profundas transformações na estrutura e na organização do mundo do trabalho. Diante desse cenário, o modelo capitalista, na sua fase atual, adota como principais estratégias a reestruturação produtiva e a flexibilização das relações laborais. Tais medidas, embora estejam associadas ao discurso da modernização e da eficiência, tanto para o mercado como para o trabalhador, têm contribuído significativamente para a intensificação da jornada de trabalho, sobretudo nas atividades mediadas por plataformas digitais¹.

A plataforma do trabalho emerge como um fenômeno crescente caracterizado pela intermediação de serviços por aplicativos, oferecendo aos(as) trabalhadores(as) uma inserção rápida no mercado, sob a premissa da autonomia e da flexibilidade. A informalidade, que antes era vista como exceção por influência do desenvolvimento econômico do Brasil e da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), apresenta-se socialmente naturalizada. Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com outras entidades, no ano de 2022, o Brasil possuía aproximadamente 29,9 milhões de trabalhadores independentes, dos quais cerca de 1,5 milhão é de motoristas entregadores². Esses dados destacam a relevância e a crescente expansão dessas novas relações de trabalho no País.

Apesar da veiculação social de uma narrativa que enfatiza a autonomia dos trabalhadores de aplicativo, a realidade cotidiana evidencia uma lógica de exploração, manifestada em jornadas extenuantes, rendimentos variáveis, insegurança quanto à manutenção da atividade e ausência de vínculo formal com as empresas³. Um modelo de trabalho pautado na pressão pela produtividade, somada à insegurança constante e à falta de proteção social, relaciona-se diretamente com o desenvolvimento de sofrimento e adoecimento, tanto físico

como mental, sendo potentes determinantes sociais da saúde⁴. Com base em uma pesquisa qualitativa realizada com motoristas e entregadores de aplicativos, foram identificados, no discurso dos participantes, sentimentos de precarização, desamparo, insegurança e desgaste físico e mental. Tais sentimentos se correlacionam com a ausência de direitos trabalhistas, a pressão por produtividade e a invisibilidade do sofrimento⁵.

Além disso, é necessário salientar a existência de implicações ainda mais significativas dessa dinâmica sobre as mulheres, especialmente as entregadoras, que enfrentam condições laborais agravadas por fatores relacionados com a divisão sexual do trabalho⁶. Esse conceito faz referência a como cada sociedade adapta a divisão social do trabalho com base nas relações sociais de sexo. Historicamente, apresenta como característica a atribuição prioritária dos homens à esfera produtiva (comumente compreendida como trabalho formal) e, quanto às mulheres, à esfera reprodutiva (atividades com o objetivo de sustentar a vida humana e social). A divisão sexual do trabalho é regida por dois princípios organizadores: separação e hierarquização. O primeiro diz respeito à distinção clássica de atividades por sexo, já o segundo atribui maior valor ao trabalho masculino⁷.

Pelo fato de as mulheres estarem inseridas em um contexto de precarização e desempenhando uma atividade socialmente masculina, estas costumam enfrentar cotidianamente desafios adicionais que comprometem a saúde dessas trabalhadoras, tais como: dupla jornada, ausência de infraestruturas adequadas, medo de violência e discriminação de gênero e raça⁸. Assim, torna-se fundamental problematizar os efeitos da plataforma no contexto de trabalho e nas suas implicações sociais, com ênfase nas desigualdades de gênero que atravessam esse processo.

Esta investigação tem como principal objetivo analisar, sob a perspectiva da interseccionalidade de gênero, raça e classe, as condições de trabalho e saúde de trabalhadoras

que utilizam motocicletas para a realização de entregas, intermediadas por aplicativos, na região metropolitana de João Pessoa, na Paraíba. Busca-se compreender como esses marcadores sociais se entrecruzam na experiência dessas mulheres, influenciando o acesso a direitos, a exposição a riscos, violências e a vivência da precarização.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, de natureza metodológica qualitativa. A metodologia adotada está alinhada ao objetivo proposto nesta pesquisa, pois se debruça sobre o universo de significados, aspirações e motivações dos sujeitos, visando compreender como as pessoas se relacionam com o mundo e com o contexto histórico real em que estão inseridas.

Esta investigação decorre de um projeto interinstitucional voltado à articulação entre pesquisa e extensão, o qual viabilizou o acesso e a aproximação com a categoria-alvo deste estudo. No âmbito dessa iniciativa, foram desenvolvidas ações educativas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de riscos ocupacionais, além da realização de debates sobre estratégias de mobilização em defesa dos direitos enquanto trabalhadoras. As intervenções ocorreram entre 2023 e 2024, em uma entidade representativa de entregadoras situada na região metropolitana de João Pessoa, no estado da Paraíba.

A pesquisa contou com a participação de 15 mulheres que utilizam motocicletas para realizar entregas por meio de plataformas digitais. Trata-se de uma amostra não probabilística selecionada por conveniência. Como instrumento, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, tendo por base perguntas norteadoras que pretendiam percorrer os seguintes temas: trajetórias laborativas que conduziram a inserção nessa atividade profissional; dificuldades iniciais e cotidianas das atividades de trabalho;

ocorrências de saúde autorreferidas; impactos nos modos de vida e em suas redes sociais diversas; mecanismos de interação e organização social entre pessoas trabalhadoras nesse setor. Complementarmente, foi adotado um questionário sociodemográfico com o propósito de conhecer o perfil profissional e buscar a caracterização geral das participantes.

Foram realizadas entrevistas individuais, com uma duração média de 50 minutos, entre fevereiro e junho de 2024, sendo concluídas a partir do nível de saturação teórica. Os critérios de inclusão envolveram: identificação com o gênero feminino, idade entre 18 e 59 anos, vínculo ativo com aplicativos de entrega ou cooperativas do setor, utilização da motocicleta como meio principal de trabalho e dependência exclusiva dessa atividade como fonte de renda. A justificativa para a escolha dessa metodologia na coleta de informações ancora-se na oportunidade de obter relatos de modo espontâneo a respeito das vivências sobre o tema, além de criar um ambiente seguro de partilha de outras experiências.

Por se tratar de uma investigação com seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 68494123.6.0000.5188 e Parecer nº 6.023.167, respeitando todos os aspectos éticos e normativos que envolvem a pesquisa com seres humanos presentes nas Resoluções nº 466/2012⁹ e nº 510/2016¹⁰ do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após a aprovação, procedeu-se à fase de busca propriamente dita. Pelo fato de este estudo ser fruto de um projeto interinstitucional, os locais de contato foram facilitados pelas relações já existentes da equipe com as entregadoras. Sendo assim, ocorreram abordagens em locais de concentração, como pontos de espera para entregas (proximidades de lojas e restaurantes), espaços de descanso e pontos de apoio.

Por envolver locais coletivos de convivência, as pesquisadoras abordavam individualmente cada trabalhadora presente para apresentar a

pesquisa e os objetivos. Diante do interesse e da disponibilidade para a participação, ocorria a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, abordando os riscos, os benefícios, a garantia do sigilo ético e do anonimato e a possibilidade de desistência sem qualquer prejuízo para ambas as partes, além da autorização para a gravação de áudio.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. As falas constituíram um *corpus* textual único, submetido à Análise Temática de Conteúdo¹¹. No percurso metodológico, foram identificadas unidades de registro que forneceram subsídios para a construção dos eixos analíticos, a partir dos quais foram definidas as categorias utilizadas na discussão dos relatos. Para garantir a confidencialidade das informações, as participantes foram identificadas pela designação ‘entregadora’, acompanhada de uma numeração sequencial correspondente à ordem de participação na pesquisa.

Resultados e discussão

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico das entrevistadas, destaca-se que a maioria das entregadoras, 10 mulheres, tinha entre 20 e 30 anos, sendo o mesmo número de trabalhadoras que se declararam como pardas. Sobre a renda, 8 trabalhadoras referem ganhar entre R\$ 300 e R\$ 600 por semana, seguida por três que referiram ganhar entre R\$ 600 e R\$ 750 no mesmo período trabalhado.

Considerando o tempo de cadastro na plataforma, seis estão trabalhando há menos de um ano com entregas, cinco estão entre um e dois anos e, por último, quatro estão por um período maior que dois anos. Quando questionadas sobre a quantidade de horas trabalhadas por dia, considerando o tempo de acesso às plataformas de entregas, sete referiram trabalhar entre 4 e 8 horas, seguida por seis trabalhadoras que relataram entre 9 e 12 horas trabalhadas e, por fim, duas trabalhadoras que relataram mais de 13 horas trabalhadas diariamente.

Na análise, tendo por base os efeitos do trabalho em condição de precarização na vida e na saúde de trabalhadoras que usam moto para realizar entregas, foram encontradas três categorias temáticas que serão discutidas neste artigo: conflitos de gênero na categoria de entregas por motocicletas; precarização, flexibilidade e tempo para o cuidado; e estratégias associativas de resistência e cuidado entre trabalhadoras.

***“Eles acham que sou concorrente deles”*: conflitos de gênero na categoria de entregas por motocicletas**

Historicamente, as atividades produtivas, especialmente aquelas que demandam o uso de veículos, têm sido atribuídas predominantemente aos homens, com base em construções socioculturais que os associam à força física, à coragem e à competência técnica. Tal atribuição reflete a persistência da divisão sexual do trabalho, que não apenas sustenta a predominância masculina nesse setor, mas também contribui para a marginalização das mulheres que nele atuam. Essa lógica excludente opera, simbolicamente, ao negar às trabalhadoras a legitimidade para ocupar tais funções ao mesmo tempo que perpetua a ideia de que seriam menos aptas a desempenhá-las, o que impõe obstáculos à sua inserção e ao reconhecimento profissional nesses contextos¹².

A associação entre o trabalho com veículos e a masculinidade no meio social reforça a ideia de que o trabalho produtivo é naturalmente masculino, excluindo as mulheres com base em argumentos de capacidade física ou intelectual. A esse respeito, a plataformização do trabalho de entregas reproduz e amplifica essas desigualdades de gênero. Estudos demonstram que, embora as plataformas aleguem neutralidade, os seus algoritmos e as estruturas de gestão perpetuam estereótipos discriminatórios, marginalizando as mulheres. Tudo isso contribui para os conflitos de gênero e a discriminação nesse setor, que se traduz em

um ambiente hostil e de rivalidade¹³, como evidencia-se nas falas abaixo:

Eles olhavam diferente apesar de nunca falarem nada, é complicado chegar em um ponto e estar cheio de homens, no início eram mais resistentes, agora percebo uma ligeira melhora. (Entregadora 15).

Os homens acham que a gente não consegue, somos sempre as mais lentas, as mais enroladas no trânsito, porém acho que a gente tem mais cuidado, mais atenção. É tanto que se vocês verem a quantidade de acidentes com homens e com mulheres, os da gente são bem poucos. (Entregadora 6).

Relatos de desconfiança, assédio e exclusão por parte de colegas do sexo masculino, conforme evidenciado nas narrativas anteriormente apresentadas, também são recorrentes em investigações qualitativas sobre o tema. Ademais, a inexistência de diretrizes institucionais por parte das plataformas digitais para a prevenção e o enfrentamento do assédio contribui significativamente para a manutenção de um ambiente de trabalho hostil e pouco inclusivo para as entregadoras¹⁴. É compreensível que diversas trabalhadoras relatem a falta de incentivo por parte de suas redes familiares e de suporte social ao optarem por atuar nessa ocupação, uma vez que os obstáculos enfrentados não se restringem aos pares, estendendo-se também aos estabelecimentos comerciais e aos usuários do serviço. De acordo com os depoimentos das participantes, torna-se necessário confrontar estigmas relacionados com a suposta fragilidade associada ao feminino, especialmente em um contexto profissional socialmente masculinizado¹⁵.

Para além das adversidades vivenciadas nos ambientes laborais, é necessário considerar a sobrecarga decorrente das responsabilidades associadas ao trabalho reprodutivo, majoritariamente atribuído às mulheres. Essas atividades, frequentemente não remuneradas e naturalizadas como inerentes ao feminino, englobam cuidados com filhos, pessoas idosas e manutenção do espaço doméstico.

A distribuição desigual dessas funções, em comparação com os homens, contribui para a reprodução das desigualdades de gênero e consolida estigmas que comprometem a inserção igualitária das mulheres no mercado de trabalho, principalmente em ocupações que demandam elevada disponibilidade e flexibilidade, como aquelas mediadas por plataformas digitais¹⁵.

Muitas entregadoras relataram que seus familiares expressaram preocupações quanto à segurança, perante as exposições a acidentes, mas frequentemente a violência de gênero foi acessada:

Meu filho me encorajou no sentido de me inspirar, mas não queria que eu fizesse, ninguém quer lá em casa, uma mulher de quase 60 anos que faz entrega, nem meu marido, nem meus filhos querem. (Entregadora 5).

Só tive apoio do meu marido, ainda somos discriminadas, os próprios motoboys não nos respeitam, acha que estamos invadindo o trabalho deles, hoje menos, mas antigamente sentia isso demais. Acho que as mulheres ganharam muito espaço, e os motoboys acham que estamos tomando seu lugar. (Entregadora 7).

Os relatos das participantes, exemplificados nas falas das entregadoras 5 e 7, evidenciam um contexto de precariedade e insegurança no exercício da atividade de entregas por aplicativos, tanto nas interações com colegas de profissão quanto nas situações de vulnerabilidade agravadas pela condição de gênero. Assim, destaca-se a sobreposição de eixos de opressão, uma vez que gênero, classe social e raça operam de maneira interdependente e articulada na produção e manutenção das desigualdades estruturais¹⁶.

Torna-se fundamental analisar de que forma os marcadores sociais de classe e raça se articulam às desigualdades de gênero, conformando vulnerabilidades específicas na experiência de mulheres entregadoras. Embora as interseccionalidades estejam presentes nas narrativas

das participantes, estas apontam as assimetrias de gênero como elemento central na vivência das relações laborais. As interações em um espaço predominantemente masculinizado não somente dificultam a permanência e o reconhecimento profissional das trabalhadoras, mas também reforçam estruturas patriarcais já consolidadas. Nesse cenário, as implicações para a saúde física e mental das mulheres inseridas nesse setor emergem como uma questão prioritária, que demanda atenção específica^{17,18}.

O flerte da precarização: a flexibilidade e necessidade de tempo para dedicação ao trabalho de cuidado

Um dos elementos que impulsionam a inserção de mulheres em ocupações mediadas por plataformas digitais é a possibilidade de flexibilização do tempo de trabalho, permitindo articular as atividades remuneradas às responsabilidades do âmbito reprodutivo, como as tarefas domésticas e o cuidado com dependentes. Essa conciliação, frequentemente imposta desigualmente ao gênero feminino, evidencia a sobrecarga da dupla jornada. Em cenários marcados pela precarização das relações laborais e pela ausência de políticas públicas eficazes de suporte à maternidade, o trabalho por aplicativos configura-se como uma alternativa viável para aquelas que necessitam de maior autonomia na gestão dos horários¹⁹.

Saí da empresa que eu trabalhava há 13 anos, porque eles queriam que eu ficasse viajando e eu não queria mais viajar porque eu tinha um bebê pequeno. Trabalhando por aplicativo posso ter flexibilidade para cuidar de meu filho. (Entregadora 13).

Em contraposição à rigidez e à subordinação do trabalho formalizado, muitas trabalhadoras relataram optar pela plataformização devido à possibilidade de gerir o seu próprio tempo,

alternando turnos de entrega com tarefas como levar os filhos à escola, preparar refeições e cuidar de familiares. Contudo, no caso em questão, verifica-se a persistência da sobrecarga, da falta de tempo para outras atividades sociais e de cuidados de saúde^{19,20}.

Observa-se, a partir dos relatos das entregadoras, que, embora as plataformas digitais promovam certa flexibilidade na organização das jornadas, essa característica não se converte, necessariamente, em melhoria das condições de vida. Isso ocorre porque as responsabilidades relacionadas com o cuidado permanecem privatizadas, recaindo exclusivamente sobre as trabalhadoras. Ademais, a suposta autonomia na gestão do tempo revela uma contradição estrutural: a exigência de extensas horas de atividade para compensar a baixa remuneração por demanda, o que frequentemente resulta em intensificação do esforço laboral e sobrecarga física e mental.

Trabalhar como entregadora não me deu mais tempo para ficar com minha família, como dizem, a gente tem que conciliar [...] quando somos CLT temos uma folga determinada para aquilo [...] trabalhando como entregadora não temos dia certo de folga, no outro emprego tinha mais tempo para outras atividades. (Entregadora 4).

A aparente autonomia presente no trabalho mediado por plataformas digitais constitui um dos principais atrativos para trabalhadores e trabalhadoras, frequentemente influenciados pela retórica do empreendedorismo e da flexibilização do tempo. Essa narrativa, ao prometer maior liberdade na gestão da atividade laboral, mascara relações assimétricas de poder e exploração. Trata-se de uma construção típica do ideário neoliberal, cuja adesão voluntária esconde os mecanismos de controle exercidos por meio de sistemas algorítmicos e dinâmicas gamificadas, que potencializam a intensificação das tarefas e a maximização dos lucros empresariais em detrimento das condições de trabalho e bem-estar dos envolvidos²⁰.

No caso das participantes desta pesquisa, a percepção da falsa autonomia manifesta-se na dificuldade de organizar a rotina laboral, gerir os próprios recursos e preservar práticas básicas de autocuidado. Essa condição é agravada pela lógica de rendimento atrelada ao cumprimento de metas diárias, impondo um ritmo intensificado e dificultando a conciliação entre as exigências do trabalho e as necessidades individuais.

Tenho que rodar a quantidade de horas estabelecida por dia, para bater a meta, tenho hora para ligar e hora para desligar, e se não ligar, tenho que me explicar, tem dias que faço tudo e dá tempo de ir para casa, cuidar de tudo, mas tem dias que é muita correria. (Entregadora 12).

O relato analisado revela de forma clara a lógica de controle e intensificação imposta pelas plataformas digitais, que, apesar do discurso de flexibilidade, estabelecem rotinas rigidamente estruturadas e metas impostas unilateralmente. A dinâmica da plataforma oculta um modelo de gestão algorítmica que transfere às trabalhadoras a total responsabilidade pelos resultados obtidos, aprofundando os efeitos da precarização. Destaca-se, nesse contexto, a sobrecarga decorrente da dificuldade em conciliar as exigências laborais com outras esferas da vida cotidiana – sobretudo aquelas relacionadas com o cuidado –, evidenciando a sobreposição de jornadas que afeta de maneira desproporcional as mulheres.

Além disso, é válido salientar que a articulação entre as exigências do trabalho remunerado e o trabalho reprodutivo pode ser constantemente atravessada por sentimentos de inadequação, culpa e autocobrança. Esse processo pode ser intensificado pela narrativa da lógica de mercado que atribui a responsabilidade pela gestão do tempo, da produtividade e da vida sobre o indivíduo. Como consequência, consolida-se a naturalização da sobrecarga feminina e aprofunda-se o processo de precarização, particularmente em contextos de intensa desigualdade social e econômica¹⁹.

“A minha saúde é precária, a mental já não existe mais”: repercussões da precarização para a saúde das entregadoras

As transformações nas relações laborais, associadas à inserção precária das mulheres no mercado de trabalho – especialmente em ocupações tradicionalmente atravessadas por uma divisão sexual do trabalho que privilegia o masculino –, têm gerado implicações relevantes para a saúde dessas trabalhadoras. Tal dinâmica se manifesta de forma singularmente aguda entre aquelas envolvidas em atividades de entrega mediadas por plataformas digitais, nas quais as desigualdades de gênero se entrelaçam com a precarização das condições de trabalho. Esse cenário impulsiona experiências de insegurança, exposição ao assédio, discriminação e sensação de invisibilidade no exercício da atividade laboral, com repercussões diretas sobre o bem-estar físico e psicológico dessas profissionais²¹.

A intensificação da jornada, a sobrecarga física e psicológica, a ausência de suporte institucional e as limitações para a adoção de práticas de autocuidado, características inerentes ao trabalho plataformizado, configuram um cenário de vulnerabilidade que repercute negativamente na saúde mental. Esse contexto contribui para o aumento da incidência de transtornos como ansiedade, estresse e depressão²¹. As consequências da intensificação do trabalho e da produção de cansaço do capitalismo contemporâneo na saúde dos(as) trabalhadores(as) são exemplificadas por meio de manifestações de sintomas como fadiga e irritabilidade, que podem levar ao esgotamento físico e mental (Síndrome de *Burnout*), distúrbios do sono e outros quadros psicopatológicos²².

Avalio a minha saúde física como precária, a mental já não existe mais, já surtei duas vezes, já tentei suicídio recentemente, e o psicológico acaba puxando para o físico também. (Entregadora 8).

A análise da narrativa da entregadora demonstra como os riscos psicossociais inerentes à atividade exercida influenciam a saúde mental da categoria. A exposição contínua a jornadas extenuantes, à insegurança financeira e à ausência de suporte institucional configura um cenário de sofrimento e adoecimento físico e psicológico. Ademais, é importante ressaltar que o modelo de plataforma intensifica a precarização estrutural das relações de trabalho, promovendo a individualização dos riscos e responsabilização do trabalhador por sua própria sobrevivência. Assim, o sofrimento experimentado pelas entregadoras não se configura meramente como um efeito colateral, mas como um componente intrínseco de um modelo de organização do trabalho que subordina a saúde e a vida à lógica produtivista e algorítmica das plataformas digitais^{5,23}.

As implicações do trabalho mediado por plataformas para a realidade das entregadoras evidenciam a relevância dos marcadores sociais de gênero, classe e atividade laboral na constituição de processos de adoecimento. As questões abordadas neste estudo exigem uma abordagem crítica e interseccional que vá além da mera identificação de sintomas, orientando-se pela construção de saberes comprometidos com a justiça social. O avanço dessa reflexão no âmbito acadêmico não apenas aprofunda a compreensão dos efeitos do trabalho digital sobre as trajetórias femininas, mas também subsidia a elaboração de políticas públicas e estratégias coletivas voltadas à proteção, reconhecimento e dignidade dessas profissionais no espaço público.

"Olhar com mais carinho pela profissão e pelas colegas": estratégias associativas de resistência e cuidado entre trabalhadoras de entregas

Diante da constelação de desafios que as entregadoras enfrentam cotidianamente, em algumas cidades do Brasil, a exemplo da cidade de João Pessoa, tem se fortalecido a criação de

associações e movimentos para reivindicação de direitos, como o movimento breque dos *apps*²⁴. A organização em grupos *online* e *offline* tem sido crucial para denunciar discriminação e pressionar plataformas por melhores condições de trabalho, *"Começamos a olhar com mais carinho pela profissão e pelas colegas, somos guerreiras demais, temos vencido muitos obstáculos"* (Entregadora 9).

Nessa esteira, as redes de apoio e coletivos têm sido fatores importantes para fortalecer a presença de mulheres cis e trans no setor e reduzir as desigualdades de gênero. Algumas plataformas, em resposta a críticas de denúncias públicas lançadas por esse movimento, começaram a implementar medidas simbólicas, como uso de linguagem neutra para referir-se a pessoas entregadoras e canais exclusivos para relatos de assédio. Contudo, essas iniciativas das empresas ainda são incipientes e seguem sendo insuficientes para garantir condições dignas de trabalho, sobretudo para mulheres.

A solidariedade de classe e a sororidade entre as entregadoras emergem como resposta concreta à precarização, à violência de gênero e à solidão que caracterizam a dinâmica de entregas por aplicativos⁵. Um exemplo dessas redes são os grupos em aplicativos de mensagens nos quais as entregadoras compartilham trajetos seguros, locais com estrutura mínima para descanso e, principalmente, escuta e acolhimento para os momentos de exaustão física e emocional. Estudos também apontam que a atuação das mulheres nesse setor está diretamente atravessada por relações de gênero e raça. Para driblar as dificuldades, muitas entregadoras organizam-se em grupos informais de apoio, nos quais compartilham estratégias individuais e coletivas de enfrentamento das adversidades¹⁷.

Tais espaços virtuais, muitas vezes, extrapolam o digital, dando lugar a encontros presenciais e articulações coletivas de reivindicação, critérios justos de pontuação e políticas de proteção específicas para mulheres, com vistas a melhorias na segurança, na saúde e no campo dos direitos. Dessa mobilização, algumas das

interlocutoras entrevistadas nesta pesquisa desenvolveram uma iniciativa que culminou na criação de uma associação de mulheres trabalhadoras de moto entregas. Anteriormente à criação dessa associação específica, já existia uma associação de classe na cidade, mas as mulheres não se sentiam contempladas em muitos dos pleitos liderados por um coletivo que na sua maioria era composto por homens. Assim, elas reconheceram como fundamental a criação de uma associação exclusiva para mulheres, ainda que a interlocução com o movimento geral continue sendo considerada uma articulação política de relevo na luta da categoria.

Essa associação conta com uma sede para realização de reuniões, atividades educativas, e oferece infraestrutura de banheiros e espaço de descanso e espera mais seguros. Para as entregadoras, isso proporciona o mínimo de dignidade para as mulheres que passam boa parte do dia nas ruas. O cuidado coletivo, nesse cenário, é uma prática política, na qual a noção de trabalho pode ser ressignificada, uma vez que a competição, tão destacada nas falas entre os colegas homens, dá lugar a formas relacionais voltadas à cooperação. Assim, a invisibilidade dessas mulheres começa a se transformar em protagonismo, a partir de estratégias associativas de resistência e cuidado, como se observa nas falas das interlocutoras:

Aprendemos bastante nas reuniões, quando compartilhamos nossos medos, angústias e dificuldades, sempre procurando ajudar uma à outra. (Entregadora 11).

A importância da união e de como é bom ter mulheres nesse trabalho, mulheres iguais a mim, guerreiras, que apesar das dificuldades estão sempre prontas para ajudar. (Entregadora 8).

Observa-se que, diante da ausência de políticas públicas direcionadas e da persistente invisibilidade institucional, as mulheres entregadoras têm articulado formas autônomas de organização coletiva, por meio da criação de redes de compartilhamento de experiências,

alerta de segurança, apoio emocional e estratégias conjuntas de enfrentamento do assédio e da discriminação. Essas iniciativas constituem redes de solidariedade entre pares, que não apenas viabilizam a manutenção da vida cotidiana, mas também se configuram como práticas de resistência diante das múltiplas opressões presentes no trabalho mediado por plataformas digitais. Tal mobilização evidencia a construção de alternativas mais justas de existência e atuação profissional, mesmo em um contexto laboral marcado por intensos processos de precarização e adoecimento.

Considerações finais

O trabalho de entregas plataformizado, quando analisado sob a perspectiva de gênero, revela um cenário marcado por contradições e desafios específicos para as mulheres, que se materializam em implicações na saúde física e mental destas trabalhadoras. Dentre os determinantes sociais da saúde, os mais destacados nas narrativas das participantes do estudo, em primeiro lugar, trata-se da construção social do trabalho realizado com motocicleta como uma atividade masculina, frequentemente associada à força, destreza e coragem, reforçando estereótipos e marginalizando essas trabalhadoras, dificultando sua aceitação e legitimação no setor. Ademais, essa barreira simbólica se soma à precariedade estrutural do trabalho por aplicativos, criando um ambiente duplamente hostil que se manifesta tanto no espaço público, sob a forma de assédio e violência, quanto nas relações de trabalho, provocando quadros de ansiedade, depressão e esgotamento físico.

A segunda questão de relevância presente na fala das trabalhadoras foi a promessa de flexibilidade, frequentemente veiculada como vantagem pelas plataformas, mas que se mostra uma ilusão quando confrontada com a realidade do trabalho de cuidado, sobretudo para mulheres mães ou responsáveis por familiares. A ausência de proteção social, combinada

com a necessidade de longas jornadas para compensar os baixos ganhos, transforma essa flexibilidade em um risco para a saúde, sendo mais um mecanismo de exploração. Ao invés de auxiliar no desequilíbrio do tempo para as mulheres, aprofunda os riscos de sobrecarga física e mental, não oferece vantagem quanto ao tempo disponível para o trabalho de cuidados que muitas almejam, uma vez que é socialmente construído como uma designação de gênero.

Diante desse contexto, as formas de associação entre mulheres nessa categoria emergem como estratégia de resistência, atuando como mecanismo protetor a partir de coletivos, grupos de apoio e redes informais. A criação da associação de classe exclusivamente para as mulheres, com uma sede própria, mostrou-se, nas narrativas das interlocutoras, não apenas um meio para suporte emocional e prático, mas também um espaço importante de organização política com potencial para emancipação social, tão cara à promoção da saúde.

Este estudo evidencia que a precarização inerente ao trabalho plataformizado articula-se a desigualdades estruturais de gênero, intensificando as vulnerabilidades incididas sobre a saúde física e mental das mulheres

entregadoras. Dessa maneira, é imprescindível que as políticas públicas de saúde da mulher trabalhadora incorporem as especificidades desse grupo, por meio da inclusão nos sistemas de vigilância em saúde, da elaboração de protocolos de atenção especializados e do desenvolvimento de programas de saúde mental voltados a trabalhadoras inseridas em contextos de informalidade e precarização laboral.

Colaboradores

Silva CA (0000-0002-7700-3934)* e Oliveira RSG (0009-0002-6175-1345)* contribuíram para concepção do estudo, organização dos dados e redação da versão inicial do manuscrito. Oliveira ANR (0009-0006-1850-3513)* contribuiu para revisão teórica, aprimoramento metodológico e conclusões do manuscrito. Vasconcelos LEM (0000-0002-8955-0169)* e Nascimento Júnior LS (0000-0002-5383-8494)* contribuíram para revisão crítica do manuscrito. Diniz de Sá F (0000-0001-8525-7718)* contribuiu para a revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Castilho DR, Cavalcante MAM, Gomes VLB, et al. Informalidade no capitalismo plataformizado: particularidades do município de Belém-Pará. *O Social em Questão*. 2024;1(58):103-126. DOI: <https://doi.org/10.17771/PUCRio.OSQ.65353>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Teletrabalho e trabalho por meio de plataformas digitais 2022* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2025 mar 25]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102035>
3. Moreno KB. Uma breve análise sobre a precarização do trabalho plataformizado no município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. *Espaço Econ Rev Bras Geogr Econ*. 2023;1(26). DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.24798>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Salvagni J, Veronese MV, Figaro R. Plataformas digitais: o retrato contemporâneo da exploração no trabalho e os desafios à saúde do trabalhador. *Rev Bras Saude Ocup.* 2025;50:edsmsubj7. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/23322pt2025v50edsmsubj7>
5. Rodrigues NLPR, Lucca SRD. Precarização do trabalho em plataformas digitais: narrativas de desgaste e desalento de motoristas e entregadores. *Saúde debate.* 2024;48(143):e9270. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439270P>
6. Soares PE, Araújo ACM, Silva EDFF. A invisibilidade das entregadoras de aplicativo: a uberização como elemento de precarização da divisão sexual do trabalho. *Braz J Dev.* 2021;7(5):51611-51641. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-519>
7. Kergoat D. Divisão sexual do trabalho e relações de gênero [Internet]. In: Emílio M, Teixeira M, Nobre M, et al., organizadoras. *Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as políticas públicas.* São Paulo: Coord especial da mulher; 2003 [acesso em 2025 jun 25];55-64. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05634.pdf#page=55>
8. Cheron C, Salvagni J, Colomby R. 'Homem só respeita homem': quando o machismo invisibiliza duplamente o trabalho das entregadoras por plataformas. In: 46º Encontro da ANPAD – EnANPAD 2022 [Internet]; 2022 set 21-23. [local desconhecido]; ANPAD; 2022 [acesso em 2025 jun 25]. p. 1-23. Disponível em: <https://anpad.com.br/uploads/articles/120/approved/df308fd90635b28d82558cf580c73ed9.pdf>
9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 20; Edição 98, Seção I:44-46.
11. Minayo MC, Costa AP. *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação.* São Paulo: Ludomedia; 2019.
12. Moraes CM, Alencar NPR, Guerra BM. Discriminação da mulher no trabalho em plataformas digitais. *Revista do TRT7.* 2023;42(42):59-71. DOI: <https://doi.org/10.69488/revistatrt7v42i42.146>
13. Goulart AMM, Melo MCOL, Versiani F. Relações de gênero e gueto profissional: estudo com mulheres motoristas de aplicativos de mobilidade urbana. *Recadm.* 2022;21(1):124-148. DOI: <http://dx.doi.org/10.21529/RECADM.2022005>
14. Hirata H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo social.* 2014;26(1):61-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>
15. Sousa VFF, Bezerra TCE. Mulheres trabalhadoras em tempos de capital: fundamentos, resistências e sobreposições de trabalho. *Rev Perspec Soc.* 2024;10(2):177-195. DOI: <https://doi.org/10.15210/rps.v10i02.26892>
16. Oliveira PTG, Junges JR. Plataformas digitais de entrega de alimentação: condições de trabalho e riscos para a saúde. *Saúde Soc.* 2023;32(3):e220642pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220642pt>
17. Arnaud BN, Gomes VLB. Retrato da mulher na plataforma de trabalho: a particularidade das entregadoras por aplicativos em Belém-Pará. *Rev Ciênc Trab.* 2024;1(25):1-12.
18. Freitas TV. Trabalho, flexibilidade e família: uma combinação (im)perfeita. *Estud Sociol.* 2014;19(36):147-162.
19. Pellegrini CMC, Costa APM. Trabalho, emprego e renda na era da plataforma digital: o caso dos trabalhos de cuidado. *Liinc rev.* 2022;18(2):e6011. DOI: <https://doi.org/10.18617/liinc.v18i2.6011>

20. Antunes R, Filgueiras V. Plataformas digitais, Uberização do trabalho e regulação no capitalismo contemporâneo. *Contracampo*. 2020;39(1):27-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/contracampo.v39i1.38901>
 21. Ciraulo LM. Trabalho, subjetividade e gênero: o caso das entregadoras de aplicativos em João Pessoa [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2023. 77 p.
 22. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde debate*. 2018;42(1):175-186. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>
 23. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018. 321 p.
 24. Carvalho FSE, Santos Pereira S, Sobrinho GS. #BrequeDosApps e a organização coletiva dos entregadores por aplicativo no Brasil. *Rev Juríd Trab Desenvolv Hum*. 2020;3(1):1-29. DOI: <https://doi.org/10.33239/rjtdh.v3.85>
-

Recebido em 13/04/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Emergência em Saúde Pública: vulnerabilidade social sob a perspectiva de trabalhadores afetados pela covid-19

Public Health Emergency: Social vulnerability from the perspective of workers affected by COVID-19

Milena Nogueira Azevedo¹, Kênya Lima de Araújo², Mônica Angelim Gomes de Lima¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210472P

RESUMO Emergências em Saúde Pública (ESP) caracterizam-se pela ocorrência de situações que demandem emprego urgente de medidas de controle, prevenção e contenção de riscos. A covid-19 foi uma das ESP mais letais do século XXI, repercutindo diretamente na vulnerabilidade social de inúmeros trabalhadores, haja vista a possibilidade de redução de carga horária e perda real de vínculo empregatício devido ao adoecimento e suas sequelas. O objetivo desta pesquisa foi compreender a experiência de vulnerabilidade social de distintos trabalhadores afetados pelas sequelas da covid-19 (covid longa), acompanhados em um ambulatório público, localizado no estado da Bahia, Brasil. Por meio de entrevista em profundidade utilizando questionário semiestruturado, obtiveram-se narrativas de oito trabalhadores, analisadas a partir de aproximações com a hermenêutica-dialética e estudos das ciências sociais em saúde. Os resultados confirmam que o adoecimento por covid longa amplifica a vulnerabilidade social, principalmente daqueles trabalhadores sem garantias da seguridade social. Observaram-se a feminização do cuidado e a sobrecarga das mulheres, além do não reconhecimento social da covid longa como barreira para o retorno ao mercado de trabalho. O estudo revelou que a covid-19 não é uma ‘doença socialmente neutra’, atingindo, sobretudo, grupos em desvantagem social.

PALAVRAS-CHAVE Emergências. Covid-19. Saúde do trabalhador. Vulnerabilidade social. Centros de reabilitação.

ABSTRACT *Public Health Emergencies (PHEs) are characterized by situations demanding the urgent implementation of control, prevention, and risk containment measures. COVID-19 was one of the most lethal PHEs of the 21st century, directly impacting the social vulnerability of numerous workers due to potential reductions in working hours and the actual loss of employment ties due to the illness and its sequelae. This study aimed to understand the experience of social vulnerability among diverse workers affected by the sequelae of COVID-19 (long COVID), who were receiving care at a public outpatient clinic located in the state of Bahia, Brazil. In-depth interviews were conducted using a semi-structured questionnaire, and narratives from eight workers were analyzed based on hermeneutic-dialectics and social health sciences approaches. The findings confirm that long COVID exacerbates social vulnerability, particularly among workers lacking access to social security protections. The feminization of caregiving and the overburdening on women were evident, alongside the lack of social recognition of long COVID as a legitimate barrier to labor market reintegration. The study revealed that COVID-19 is not a socially neutral disease, disproportionately affecting socially disadvantaged groups.*

KEYWORDS *Emergency. COVID-19. Worker's health. Social vulnerability. Rehabilitation centers.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
milenaazevedo.psi@gmail.com

²Universidade Federal do Tocantins (UFT) – Palmas (TO), Brasil.



Introdução

O Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005)¹ define as Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) como eventos extraordinários que representam risco à saúde pública de outros países, exigindo resposta coordenada em escala global. Desde 2011, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorreram mais de 1.200 surtos de doenças com potencial epidêmico em 188 países².

A pandemia da covid-19 destacou-se como uma das mais letais do século XXI, com estimativas de cerca de 15 milhões de mortes, diretas e indiretas, entre 2020 e 2021³. No Brasil, até fevereiro de 2025, foram registradas 714.959 mortes atribuídas diretamente à doença⁴. Para além da letalidade, a pandemia resultou em impactos prolongados sobre a saúde da população, dentre os quais se destaca a chamada covid longa⁵.

Estudos nacionais apontam que indivíduos acometidos por formas moderadas ou graves da covid-19 apresentam sintomas persistentes, como fadiga, mialgia, dispneia e comprometimento cognitivo, mesmo após seis meses da alta hospitalar⁵. Embora a maioria dos pacientes tenha retornado ao trabalho, muitos relataram prejuízo no funcionamento e dificuldades para manter o ritmo laboral⁵. Outro levantamento identificou que parte dos trabalhadores afetados precisou reduzir a carga horária ou interromper suas atividades, frequentemente sem acesso a benefícios legais ou licença médica⁶.

Globalmente, a incapacidade para o trabalho, associada a doenças, resulta em custos socioeconômicos significativos, com repercussões diretas no Retorno ao Trabalho (RT)⁷. Esse processo complexo é atravessado por fatores que podem atuar como facilitadores ou barreiras, entre os quais, estão: quadro clínico, aspectos psicossociais, afastamento e/ou modificações no trabalho, suporte recebido, existência de programas de RT⁷. É a partir dessa perspectiva que se compreende também o RT na covid longa.

Ressaltam-se, contudo, a ausência de dados oficiais no País sobre a prevalência da covid longa⁸ e a carência de estudos que considerem a ocupação dos sujeitos pesquisados^{5,9}. Nesse contexto, esta pesquisa propõe-se a analisar a experiência de vulnerabilidade social de trabalhadores, com diferentes inserções na economia formal e informal, afetados diretamente pela covid-19 no Brasil.

Adota-se um referencial que compreende a vulnerabilidade como expressão de fatores individuais, sociais e programáticos, com ênfase na dimensão social¹⁰. Tal abordagem permite examinar como desigualdades estruturais – especialmente aquelas relacionadas com gênero e raça – se associam ao contexto laboral e intensificam a exposição ao adoecimento e suas consequências¹⁰. A literatura aponta que a zona de vulnerabilidade, conforme proposto por Castel¹¹, refere-se a contextos marcados pela precarização do trabalho e fragilidade de redes de apoio, em um cenário de crescente desproteção social.

Gênero é concebido como construção histórica e social que estrutura relações de poder em sociedades desiguais, como a brasileira^{12,13}. De modo semelhante, raça é compreendida como categoria sócio-histórica que hierarquiza grupos sociais a partir de marcadores fenotípicos, como cor da pele, cuja operacionalização remonta a concepções do século XIX¹⁴. O imbricamento das questões de gênero e raça pode implicar experiências de vulnerabilidade social complexas após o adoecimento¹²⁻¹⁴.

Apesar do encerramento formal da emergência sanitária em 2023¹⁵, os efeitos da pandemia permanecem, sobretudo no campo da saúde mental e da capacidade para o trabalho. No Brasil, observa-se a ausência de políticas públicas efetivas de reparação para os trabalhadores acometidos pela covid-19^{8,16}. Diante disso, e considerando a possibilidade de futuras pandemias^{17,18}, esta pesquisa busca contribuir para a produção de conhecimento sobre os impactos sociais e laborais da covid-19, com ênfase nas desigualdades que atravessam essas experiências.

Material e métodos

Este estudo de abordagem qualitativa, descritivo-analítico, que se propôs a investigar os significados atribuídos à experiência vulnerabilidade de trabalhadores após o adoecimento por covid-19¹⁹. A pesquisa foi realizada em um ambulatório público, localizado em um hospital do estado Bahia, e é um dos resultados da dissertação de uma das autoras deste estudo. A escolha do campo foi direcionada pela inserção da pesquisadora como trabalhadora de saúde nesse serviço na ocasião.

A amostragem da população estudada foi intencional, composta por oito trabalhadores acompanhados pela pesquisadora por meio do serviço de psicologia do ambulatório. Todos apresentavam covid longa e foram convidados pessoalmente para participar do estudo, de modo a garantir a lógica interna do objeto¹⁹. Foi garantido a todos os convidados que a não concordância em contribuir para a pesquisa em nada afetava a continuidade da assistência à saúde no serviço.

Os critérios de inclusão do trabalhador nesta pesquisa foram: mulheres ou homens; com mais de 18 anos; com sintomas persistentes de covid-19 há mais de quatro semanas; estar ou não exercendo atividades laborais; submetido a tratamento psicológico devido ao adoecimento por covid-19 e ser respondente do quesito raça/cor. Como critérios de exclusão, foram definidos: pacientes do ambulatório que não eram acompanhados pelo serviço de psicologia; pessoas abaixo de 18 anos.

A produção de dados ocorreu a partir da realização de entrevista em profundidade – um recurso metodológico qualitativo que oportuniza conhecer experiências, percepções e informações dos participantes que possam ser analisadas de forma científica²⁰.

As entrevistas individuais foram gravadas em áudio e realizadas entre abril e julho de 2022, em sessão única, com duração média de uma hora, em um ambiente protegido do ambulatório. Foi aplicado um questionário semiestruturado durante a entrevista, cujas

questões contemplavam, a princípio, os dados sociodemográficos e três blocos a respeito: 1) sintomas persistentes pós-covid-19 e alterações de humor/comportamentais; 2) vulnerabilidade social pré e pós-infecção por covid-19; 3) saúde mental na pandemia; 4) expectativas e condições de trabalho pós-covid-19; e 5) sofrimento psíquico e atividade laboral pós-covid-19.

A transcrição das entrevistas foi realizada pelas pesquisadoras que, após repetidas leituras, buscaram compreender os significados atribuídos pelos trabalhadores às suas experiências após o adoecimento em contexto de vulnerabilidade. Atribuíram-se nomes fictícios aos entrevistados, e suas narrativas foram categorizadas por similitudes de sentidos para análise, inspirada na teoria compreensiva e ideia de círculo hermenêutico encontradas na obra ‘Verdade e Método’, do filósofo Hans-Georg Gadamer²¹.

Ao assumir que a interpretação deve proteger-se da arbitrariedade de intuições repentinas e voltar seu olhar para as “coisas elas mesmas”²¹⁽²⁷¹⁾, as narrativas analisadas foram compostas não apenas por palavras, mas também por tudo o que escapa à linguagem verbal – silêncios, gestos e expressões faciais²¹. A leitura do não dito possibilita compreender os medos, os desafios cotidianos, as esperanças e as modificações na vida dos trabalhadores com covid longa decorrentes desse adoecimento.

Aqui, a dialética estabelecida pela pesquisadora e seus(suas) entrevistados(as) revelou os significados atribuídos pelos sujeitos do estudo sem esquecer a interpretação possível das narrativas *per si*²². A partir da análise das narrativas, surgiram as seguintes unidades de sentido: “Trabalhar é ser útil”: para quem?; “Atividade doméstica sempre é ela”: feminização do cuidado e sobrecarga na covid longa; “Meu medo é não conseguir”: retorno ao trabalho pós-covid-19.

No processo interpretativo, foram utilizados estudos das ciências sociais em saúde na tentativa de compreender a experiência de covid

longa dos trabalhadores. Contudo, importa salientar também de onde fala a pesquisadora: psicóloga, mulher cisgênera, branca, trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) e com aproximação profissional, teórica e pessoal com o tema. Nessa direção, reconhece-se que os efeitos da raça/cor e gênero com os quais a pesquisadora se identifica podem repercutir, em alguma medida, na análise dos dados²³.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 56502722.5.0000.5577 e Parecer nº 5.302.998. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a instituição hospitalar onde se encontra o ambulatório forneceu autorização via Termo de Anuência, e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foi respeitada²⁴.

Este artigo foi construído com base nos critérios estabelecidos dos Critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas

(Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ) – lista de verificação²⁵ composta por 32 itens cujo objetivo principal é promover a apresentação de pesquisas mais completas e transparentes e preservar o rigor das pesquisas qualitativas. Como propõe o COREQ²⁵, entrevistados e profissionais de saúde do ambulatório estiveram presentes na defesa da dissertação que originou este estudo, para devolutiva dos resultados.

Resultados e discussão

Caracterização dos trabalhadores acometidos pela covid longa

Os sujeitos do estudo foram oito trabalhadores em reabilitação pós-covid acompanhados no ambulatório de psicologia de um hospital do estado da Bahia, Brasil. A seguir, um quadro descritivo.

Quadro 1. Características gerais dos participantes da pesquisa. Bahia, Brasil, 2025

Nome	Idade	Gênero	Raça/cor	Escolaridade	Status civil
Jorge	65	Masculino – cis	Parda	Ensino fundamental incompleto	União estável
Lia	47	Feminino – cis	Negra	Ensino médio completo	Solteira
Maria	52	Feminino – cis	Negra	Ensino fundamental incompleto	Solteira
Denise	44	Feminino – cis	Parda	Ensino superior incompleto	Divorciada
Ricardo	54	Masculino – cis	Negra	Ensino fundamental incompleto	Casado
Rosa	54	Feminino – cis	Parda	Ensino superior completo	União estável
Mabel	43	Feminino – cis	Preta	Ensino médio completo	Casada
Neide	67	Feminino – cis	Negra	Ensino médio completo	Viúva (marido foi vítima de covid-19)

Fonte: elaboração própria.

No que se refere ao vínculo de trabalho, a maioria foi de trabalhadores informais, com renda que variava de R\$ 400 a R\$ 2.424 (dois salários mínimos), sendo que uma participante

afirmou não possuir renda e autodenominava-se ‘cuidadora’ de cômuge.

Quanto à infecção por covid-19, os participantes adoeceram em diferentes estágios da

pandemia (entre junho de 2020 e janeiro de 2022), e metade deles apresentou sintomas compatíveis com a covid-19, em duas ocasiões, alguns dos quais apresentaram confirmação laboratorial. Quatro dos oito sujeitos da pesquisa foram hospitalizados e realizaram tratamento em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e dois deles foram intubados. Os demais (quatro sujeitos), na fase aguda, mantiveram-se em cuidados domiciliares, em isolamento social.

Quatro entrevistados estavam afastados das suas funções devido à covid longa, e aqueles que haviam retornado ao trabalho remunerado ou não (quatro deles) encontravam dificuldades na execução das atividades da rotina laboral. Ao serem questionados sobre cuidar de outra(s) pessoa(s) de forma não remunerada, apenas as mulheres (seis) afirmaram-se cuidadoras.

As queixas associadas à covid longa autorreferidas pelos participantes versavam, principalmente, sobre alterações multissistêmicas físicas e emocionais, que incluíam:

Derrame no joelho [...] fico tonta, esse cansaço, dor de barriga [...] mexeu com a minha visão, ela mexeu meu pulmão, ela mexeu com tudo no meu corpo. (Maria, 52, trabalhadora doméstica).

Depois que tive covid, eu não trabalhei mais, porque as condições físicas mudaram muito, muitas dores no corpo, minha cabeça agora começou doer também. (Ricardo, 54, pintor automotivo).

A partir das narrativas obtidas, verificou-se que os trabalhadores compreendiam quais os recursos físicos, cognitivos e psicológicos necessários para o desenvolvimento das suas tarefas, uma vez que reconheciam os impactos do quadro de saúde, limitações e possibilidades no contexto de trabalho. De modo geral, os participantes enfatizavam a definição e a centralidade do trabalho na vida, a precarização do trabalho formal durante a pandemia e a informalidade como marca de vulnerabilidade, como se vê a seguir.

“TRABALHAR É SER ÚTIL”: PARA QUEM?

Os sujeitos estudados consideraram que trabalhar é central em suas vidas e possibilita dignidade, sentir-se útil e importante, além de proporcionar o reconhecimento social. Nesse sentido, vale ressaltar que há uma multiplicidade de perspectivas conceituais²⁶ sobre a centralidade do trabalho, quais sejam: ontológica, centralidade política dos trabalhadores e vida cotidiana.

Para Lessa²⁶, as atividades de trabalho na vida cotidiana assumem importância pelo modo que a força de trabalho é distribuída nos momentos distintos do processo reprodutivo, com ênfase da vida social e sua interação com as pessoas e a natureza, questão que se revela nas seguintes vozes: “*O trabalho é vida, é fazer o seu melhor e ser reconhecida*” (Lia, 47 anos, auxiliar de secretaria). Em outro trecho, Maria (52 anos, trabalhadora doméstica) menciona: “*O trabalho para mim é tudo! Era uma satisfação [...] Hoje eu sinto muita falta do meu trabalho... queria recuperar a minha dignidade*”.

Para Bandini e Lucca²⁷, o trabalho adquire valor nas sociedades, uma vez que se configura como espaço de reconhecimento individual e coletivo, colaborando para a construção das identidades, inclusão social, sentimento de fortalecimento e estabelecimento de relações de cooperação e solidariedade. Os homens entrevistados significavam o trabalho como intrínseco à sua existência: “*Trabalho pra mim é tudo [...]. O homem sem trabalho não é nada. Vai viver como? Viver na dependência de mulher?*” Ricardo (54 anos, pintor automotivo).

Esse homem que convivia com a covid longa e começou a desempenhar afazeres domésticos enquanto sua esposa trabalhava fora de casa se via improdutivo, pois seu trabalho não era visto pelo público, tampouco era remunerado. Os sentidos dele acerca da temática se fundem com os de Jorge (65 anos, comerciante): “*[...] trabalho dignifica o homem! Se não tiver o que fazer, eu tô sem nada*”.

Essas vozes encontram o pensamento de Zanello¹³, que também refere que o valor moral

do trabalho para o homem estabelece parâmetros de julgamento sobre sua dignidade e honra. Neste estudo, a experiência da pandemia se mostrou diversa entre trabalhadores formais e informais. Sobre isso, uma trabalhadora com vínculo empregatício formal narrou o fato de ter sido constrangida a trabalhar mesmo estando com sintomas da covid-19: *“Eu estava com sintomas e eles disseram no trabalho: ‘se não tem atestado, você tem que trabalhar. Se ficar em casa, vai ter desconto no salário’”* (Mabel, 43 anos, recepcionista).

O medo de perder o emprego é a marca da submissão dessa trabalhadora à dominação e ao controle por parte do empregador, mesmo com carteira assinada²⁸. Essa mulher é uma trabalhadora ‘invisível’, de acordo com Carvalho e colegas²⁹, ao ser desvalorizada pelos empregadores, na dimensão do cuidado e no combate ao vírus, além de, como mulher negra, vivenciar em seu corpo e subjetividade os efeitos deletérios do racismo¹⁴.

Em consonância com esse achado, um estudo divulgado pela Fundação Oswaldo Cruz³⁰ revelou a falta de apoio institucional referida por 70% dos trabalhadores pesquisados e por 35,5% que admitiram sofrer violência ou discriminação no ambiente de trabalho, na vizinhança ou no trajeto casa-trabalho-casa durante a emergência sanitária.

Demarca-se, por outro lado, o processo de vulnerabilidade vivido pelos trabalhadores informais. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no segundo trimestre de 2022, trabalhadores informais experimentaram maior aumento na vulnerabilidade³¹.

Nesse cenário, encontrava-se Ricardo (54 anos, pintor automotivo) que, antes da infecção por covid-19, por ser autônomo, não pôde permanecer em isolamento domiciliar e adoeceu. Depois de adoecer, a desproteção social ameaçou sua possibilidade de dar continuidade à reabilitação pós-covid, conforme relatado:

Para vir para cá [ambulatório], ela [esposa] tem que me dar dinheiro porque venho de Uber. Quando saí do hospital minha família ajudou muito, mas depois que melhorei um pouco, parou de ajudar e a situação ficou tão ruim. [...] É muito constrangedor.

O processo de reabilitação dele no ambulatório foi descontinuado por falta de renda. Sobre isso, vale ressaltar que, sobretudo para aqueles que foram hospitalizados, a recuperação da saúde depende do cuidado em reabilitação pós-covid³², que se constitui pré-requisito para que esses trabalhadores possam efetivamente retornar ao trabalho.

A família extensa que atuou no estado mais crítico da doença como suporte financeiro, dadas a alta hospitalar e a cessão dos sintomas mais graves, entendeu que Ricardo estava curado, e, portanto, apto a retornar ao trabalho e garantir o próprio sustento, suspendendo, então, o suporte financeiro.

Em Gadamer²¹, vê-se a expressão ‘durée’, que aqui aplicada trata da continuidade da sua condição de doente contrariando a objetividade da vida revelada nos olhares externos. Desse modo, sua situação de vulnerabilidade foi agravada pela ausência de reconhecimento social da covid longa como doença incapacitante.

As experiências de covid longa deste estudo revelam a necessidade da garantia de uma renda mínima para que os trabalhadores possam se recuperar. No entanto, onde estão as políticas públicas de enfrentamento da covid longa para minimizar os efeitos da vulnerabilidade aos quais essas pessoas já estão submetidas?

“ATIVIDADE DOMÉSTICA, SEMPRE É ELA”: FEMINIZAÇÃO DO CUIDADO E SOBRECARGA NA COVID LONGA

Não é nova na sociedade atual a naturalização do trabalho doméstico atribuído a um fazer intrínseco das mulheres. Em Gadamer²¹⁽²⁵¹⁾, vê-se o conceito de Husserl sobre o ‘mundo da vida’:

[...] o mundo em que nos introduzimos por mero viver nossa atitude natural, que, como tal, jamais poderá tornar-se objetivo para nós, mas que representa o solo prévio de toda a experiência.

Nesse entendimento, nas narrativas, viu-se a falta de reconhecimento, inclusive pelas mulheres entrevistadas, das atividades domésticas como trabalho não remunerado. O não reconhecimento dos afazeres domésticos como trabalho não impediu, no entanto, que Neide (67 anos, pensionista) visse sua importância no combate ao Sars-CoV-2: *“Tinha que cuidar da casa [para evitar a covid-19]”*. Maria (52, trabalhadora doméstica), ao contrário, valorizava o trabalho doméstico pela possibilidade de rentabilidade: *“[...] saber que vou sair e receber meu dinheiro é tudo!”*.

Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde³³ afirma que a covid-19 apresentou impactos na saúde e socioeconômicos devastadores para as mulheres, como no caso de Maria (52 anos, trabalhadora doméstica), cuja remuneração pelo trabalho doméstico lhe oferecia autonomia e empoderamento.

Para Ricardo Ayres¹⁰, as relações de gênero são fenômenos sociais que suscetibilizam os sujeitos à experiência de vulnerabilidade. Por sua vez, Zanello¹³ diz que tecnologia de gênero é tudo o que comunica e induz (revistas, filmes, músicas, novelas) homens e mulheres a agirem de determinada maneira. Sob sua ótica, a mulher se constitui como pessoa a partir do ‘dispositivo amoroso e materno’, e o homem, por meio do ‘dispositivo da eficácia’, sobretudo, da virilidade sexual e laborativa pertinente. Contudo, o que isso significa?

O dispositivo materno se constitui pela naturalização da ideia de que a capacidade de procriar (ter um útero) está necessariamente ligada ao cuidado, pondo as mulheres no protagonismo e na exigência social de cuidar¹³. Nesse sentido, e como se vê neste estudo, mulheres vivem em um heterocentrismo que as fazem valorizar e cuidar mais dos outros que de si mesmas, como fez Denise – mulher que, apesar de residir com dois homens, assumiu

sozinha a responsabilidade de limpar a casa: *“O trabalho foi pesado e muito desgastante. Precisava limpar a casa todo dia com cloro”* (Denise, 44 anos, gerente de panificadora).

Esse é um retrato da ‘feminização’ do cuidado¹³ reafirmado pelos sujeitos estudados ao serem questionados sobre as práticas de cuidado com outra(s) pessoa(s) de forma não remunerada – as mulheres viam-se cuidadoras de todos (enteados, cônjuges, filhos), ao passo que nenhum homem afirmou sentir-se assim.

Observaram-se, além disso, os impactos psíquicos e físicos do esforço realizado pelas mulheres para cumprir os afazeres domésticos, como se viu na experiência de uma idosa (Neide, 67 anos, pensionista), cujo corpo não suportou a excessiva demanda: *“Tinha que limpar a casa toda hora! [...] Tive que operar os dois pulsos por fazer muito esforço na mão para limpar o chão”*.

Este estudo mostrou que a covid-19 não é uma ‘doença socialmente neutra’, atingindo, sobretudo, grupos em desvantagem social³⁴. Neide é o retrato do já reportado em outras pesquisas sobre a covid longa acerca do comprometimento na realização das atividades da vida diária por pessoas que cursam com a doença^{5,9,35}.

Outros fragmentos de narrativa reafirmam a feminização do cuidado e a invisibilidade do trabalho doméstico:

Atividade doméstica, sempre é ela [uma mulher].
(Jorge, 65 anos, comerciante).

A atividade doméstica sempre foi comigo, ele não ajuda em nada. Após a covid ficou pior [...] Eu virei um burro de 2 cargas! É dessa forma que eu me sinto! (Rosa, 54 anos, dona de casa).

Viu-se nas narrativas o que outros estudos identificaram sobre sobrecarga e feminização do cuidado^{13,36}, principalmente das mulheres negras e de baixa renda. A vulnerabilidade das mulheres negras aqui pesquisadas após infecção por covid-19 coadunam com resultados encontrados em estudo realizado nos Estados

Unidos da América³⁷, evidenciando, assim, o alcance global da problemática.

Ao contrário do observado em uma pesquisa sobre o impacto da família no processo de adoecimento de servidores públicos – que identificou uma reestruturação familiar mediada por um espaço de negociação para adaptação ao contexto pós-enfermidade e às restrições dele decorrentes³⁸ –, no presente estudo, Rosa, Neide e Denise, além de enfrentarem os efeitos da enfermidade em suas próprias vidas, continuaram exercendo o papel de cuidadoras.

Este estudo sugere que, durante a pandemia de covid-19, a responsabilidade pelos cuidados recaiu com mais intensidade sobre as mulheres, especialmente aquelas impactadas por desigualdades de gênero, raça e classe. Tal cenário é ilustrado na narrativa de Maria (52, trabalhadora doméstica): “*Eu me senti mais acuada, presa, sofri humilhação, porque ele me dava o sustento e eu ficava até com vergonha*”. Esse resultado coaduna com a divisão e a hierarquização social do trabalho que responsabiliza a mulher pelo cuidado do lar, de seus filhos e adultos da casa³⁶, bem como a expõe a inúmeras formas de violência.

“MEU MEDO É NÃO CONSEGUIR”: RETORNO AO TRABALHO PÓS-COVID-19

Todos os sujeitos desta pesquisa afirmaram ter sofrido impactos prejudiciais no desenvolvimento ou retorno ao trabalho, tanto formal quanto informal. Quando questionados sobre isso, a maioria dos participantes relatou sentir medo, dada a autopercepção de comprometimento funcional, e consequente prejuízo no desempenho, quando comparados ao período anterior à infecção, como ilustrado nas narrativas:

Tenho medo de retornar ao trabalho e não fazer o que eu fazia. Quando vou arrumar a casa, tenho que parar, tenho que sentar. (Denise, 44 anos, auxiliar de secretaria).

Eu fiquei com medo deles falarem: ‘não, não está servindo muito, então vai ter que ser desligada!’. (Mabel, 43 anos, recepcionista).

As narrativas revelam que a covid-19 se estendeu a prejuízos no desenvolvimento das atividades de vida diária, dentro e fora de casa, gerou medo do retorno ao trabalho. Sobre isso, uma coorte internacional realizada por Davis et al.⁹ em 56 países mostrou que 45,2% dos entrevistados exigiram redução do horário de trabalho e que 22,3% não estavam trabalhando devido à covid longa.

Para Ribeiro e Léda³⁹, na sociedade contemporânea, a pessoa é valorizada em função do lugar ocupado, e, portanto, pessoa e mercadoria viram sinônimos, como sentido por Denise e Mabel. Essas trabalhadoras encontravam-se em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, o que conduziu a pensar que o trabalho adquiriu valor ainda maior por significar possibilidade de sobrevivência e manutenção da vida.

O medo dessas mulheres quanto ao retorno ao trabalho após a covid-19 amplificou-se, na medida em que a impossibilidade de atuar como antes foi vista como ameaça à sobrevivência. O lugar que o labor ocupava na vida delas colocava-se como símbolo do exercício livre da autonomia, independência e sociabilidade.

Nesse sentido, é importante considerar que a inclusão oficial da covid-19 na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) só ocorreu em 2023, um ano após a realização dessas entrevistas⁴⁰. Essa modificação amplia a possibilidade de garantias de direitos previdenciários, trabalhistas, por meio do estabelecimento do nexo causal. No entanto, o não reconhecimento social em torno da covid longa esteve presente nas narrativas obtidas e traduziu, em especial, o medo das perdas funcionais e de renda.

O caso de Lia ilustra com efetividade esse fenômeno: após interrupção do recebimento do auxílio-doença, ela apresentou-se ao trabalho, mas ainda estava fragilizada e sem

possibilidade de exercer suas funções. Ao explicar sobre o comprometimento na realização das suas atividades da vida diária ao médico do trabalho, a resposta que ouviu foi: “*pode ser coisa psicológica*’ [...] ‘*you já procurou psiquiatra?*’”.

Essa experiência descortina a necessidade de visibilizar e disseminar informações sobre covid longa, principalmente com os profissionais de saúde, pois a literatura mostra que a identificação de sintomas persistentes após doenças semelhantes à influenza ocorre desde 1892, quando Josephine Butler relatou persistência de uma fadiga após ter apresentado a ‘gripe russa’. Infecções virais como a dos vírus Sars-CoV-1 e Mers-CoV também estiveram relacionadas com a persistência de sintomas⁴¹ – semelhante ao que se vê nos casos aqui de infecção pelo Sars-CoV-2.

Os trabalhadores deste estudo que já retornaram ao trabalho confirmaram dificuldade, tensão e medo. Segundo Jorge (65 anos, comerciante): “*Tá mais difícil...! Tem hora que me dá um nervoso, mal-estar*”. Aqui esse trabalhador autônomo narrava sobre o medo de falhar como provedor. É disruptivo¹³. Nesse contexto, verifica-se que a maioria dos trabalhadores com histórico de covid-19 apresenta sequelas neuropsicológicas e redução na capacidade para o trabalho – achado que está condizente com os resultados observados nesta pesquisa⁴².

As narrativas acima mostraram que pessoas vivendo com covid longa parecem ser mais um desafio da atualidade para a construção e consolidação de um Programa de Retorno ao Trabalho^{7,43} adaptado às singularidades desse adoecimento. Destaca-se, além disso, a mobilização de resistências e sofrimentos associados à morbimortalidade provocada pela covid-19³⁵.

Sobre isso, Mbembe⁴⁴ discute o conceito de necropolítica, ou seja, as políticas de morte. Para ele, trata-se das formas contemporâneas de poder e capacidade de impor quem deve viver e quem deve morrer. Não oferecer condições dignas de retorno ao trabalho nem

assegurar direitos para a população vulnerabilizada são modos de operar a necropolítica. Magalhães⁴⁵ menciona que a política de precarização é uma maneira de favorecer a política de morte, sobretudo, contra grupos específicos – como no caso deste estudo, cujos participantes foram pretos ou pardos, e a maioria, mulheres.

Considerações finais

Este estudo evidenciou que a covid-19 não é uma ‘doença socialmente neutra’, atingindo, sobretudo, grupos em desvantagem social. A experiência de vulnerabilidade social vivida pelos trabalhadores acometidos por covid longa aqui estudados foi traduzida como medo da perda do emprego e renda, tornando-os ainda mais fragilizados. Também foram constatadas a intensificação da feminização do cuidado e a sobrecarga das mulheres no período pandêmico como agravantes dos processos históricos de opressão de gênero, raça e classe.

O não reconhecimento social e político dos impactos físicos, psíquicos e sociais da covid longa configura-se como elemento de amplificação da vulnerabilidade dos entrevistados, sendo essa a maior contribuição deste estudo. Assim, esta pesquisa revelou a necessidade de criação de políticas públicas intersetoriais que assegurem os direitos constitucionais à saúde e proteção social às pessoas acometidas pela covid longa.

É urgente para o Brasil avançar em políticas integradas de reabilitação profissional e Programas de RT que tragam respostas a esse problema ainda pouco explorado no âmbito do SUS, da Previdência Social e do Sistema de Assistência Social. Ademais, a pesquisa evidenciou a importância de investimento nas ações de qualificação profissional da saúde para cuidar de pessoas acometidas pela covid longa e marcou a relevância de investir em pesquisas científicas que contribuam para essa agenda.

Colaboradoras

Azevedo MN (0000-0003-1940-0947)* contribuiu para desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica e aprovação da versão final do

manuscrito. e Araújo KL (0000-0001-9913-7485)* e Lima MAG (0000-0003-3364-8439)* contribuíram para desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jan 25 [acesso em 2025 fev 9]; Seção I:1-9. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
2. Organização Mundial da Saúde. Emergências sanitárias [Internet]. Genebra: OMS; [data desconhecida] [acesso em 2025 fev 9]. Disponível em: <https://www.who.int/our-work/health-emergencies>
3. Organização Mundial da Saúde. Excesso de mortalidade associado à pandemia de covid-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. OPAS [Internet]. 2022 maio 5 [acesso em 2025 fev 10]; Notícias. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>
4. Ministério da Saúde (BR). Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]. [data desconhecida] [acesso em 2025 fev 10]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
5. Azevedo HMJ, Santos NWF, Lafetá ML, et al. Persistence of symptoms and return to work after hospitalization for covid-19. J Bras Pneumol. 2022;48(6):e20220194. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220194>
6. Portela M, Lima SML, Andrade CLT, et al. Cuidado de saúde à covid longa: necessidades, barreiras e oportunidades no município do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2024 [acesso em 2025 fev 10]. Relatório executivo. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/secoes/noticia/45094/53521>
7. Saldanha JH, Pereira APM, Neves RF, et al. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. Rev Bras Saúde Ocup. 2013;38(127):122-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100014>
8. Universidade de São Paulo. A importância de detectar e tratar a covid longa no Brasil. Uma análise sobre sintomas dos indivíduos acometidos e do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Rede de Pesquisa Solidária [Internet]. 2023 [acesso em 2025 fev 10];(44):1-14. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/boletim-44/a-importancia-de-detectar-e-tratar-a-covid-longa-no-brasil-uma-analise-sobre-sintomas-dos-individuos-acometidos-e-do-acesso-ao-diagnostico-e-ao-tratamento/>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*. 2021;38:101019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2021.101019>
10. Ayres JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde debate*. 2022;46(Esp 7):196-206. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>
11. Castel R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. *Cad CRH*. 2006;10(26):19-40. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v10i26.18664>
12. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ & Real* [Internet]. 1995 [acesso em 2025 abr 1];20(2):71-99. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>
13. Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba, PR: Appris; 2018.
14. Tavares JSC, Kuratani SMA. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. *Psicol Cienc Prof*. 2019;39:e184764. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003184764>
15. Organização Mundial da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à covid-19. OPAS [Internet]. 2023 maio 5 [acesso em 2025 fev 15]; Notícias. Disponível em: <https://encurtador.com.br/4saPN>
16. Xavier J. Meia década sem justiça e reparação. Radis [Internet]. 2025 mar 11 [acesso em 2025 mar 18]; Reportagem. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/covid-5-anos/meia-decada-sem-justica-e-reparacao/>
17. Sridhar D. Preparing for the next pandemic. *Lancet*. 2025;405(10476):371-2. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00156-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00156-4)
18. Ministério da Saúde (BR), Biblioteca Virtual em Saúde. “Novas pandemias poderão ocorrer em breve e precisamos estar preparados”, diz diretor do Butantan. BVS [Internet]. 2023 [acesso em 2025 fev 15]; Últimas Notícias. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/novas-pandemias-poderao-ocorrer-em-breve-e-precisamos-estar-preparados-diz-diretor-do-butantan/>
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
20. Duarte J. Entrevista em profundidade. In: Duarte J, Barros A, organizadores. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas; 2005. p. 62-64.
21. Gadamer HG. Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 2017.
22. Oliveira R. C. O trabalho do antropólogo. São Paulo: Editora Unesp; Paralelo 15; 2006.
23. Pereira BCJ, Siqueira JP. Efeitos da raça/cor e gênero da pesquisadora ou do pesquisador na pesquisa empírica: impactos na classificação racial de respondentes de um survey. *Sociologias*. 2022;24(60):302-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/18070337-114265>
24. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
26. Lessa S. Centralidade do trabalho: qual centralidade? *Rev Ciênc Hum*. 1997;19(22):153-164. DOI: <https://doi.org/10.5007/%25x>

27. Bandini M, Lucca Sd, Lauriano A, et al. Desse jeito não dá mais: trabalho doente e sofrimento mental. São Paulo: Hucitec; 2023.
28. Castelhana LM. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. *Psicol Soc.* 2005;17(1):14-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000100003>
29. Carvalho EL, Castellanos MEP, Teixeira AMF, et al. Trabalhadores de apoio de um hospital de referência na Bahia no enfrentamento da covid-19: essenciais e invisíveis. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1355-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10972022>
30. Leonel F. Pandemia reafirma invisibilidade de 2 milhões de trabalhadores da área da saúde. Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. 2022 fev 10 [acesso em 2022 maio 10]; Notícias. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude>
31. Carvalho SS. Retrato dos rendimentos do trabalho – resultados da PNAD contínua do segundo trimestre de 2022. Carta de Conjuntura [Internet]. 2022 [acesso em 2025 fev 15];56(17):1-16. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wp-content/uploads/2022/09/220901_cc_56_nota_17_rendimentos_e_horas_trabalhadas.pdf
32. Lorent N, Weygaerde VY, Claeys E, et al. Prospective longitudinal evaluation of hospitalised covid-19 survivors 3 and 12 months after discharge. *ERJ Open Res.* 2022;8(2):0004-2022. DOI: <https://doi.org/10.1183/23120541.00004-2022>
33. Organização Pan-Americana da Saúde. A covid-19 tem impactos “devastadores” sobre as mulheres, afirma diretora da OPAS. OPAS [Internet]. 2021 maio 26 [acesso em 2023 jan 10]; Notícias. Disponível em: <https://encurtador.com.br/uoBZL>
34. Barreto ML, Aquino EML. Pandemia de covid-19: reflexões sobre seus impactos, incertezas e controvérsias. In: Buss PM, Burger PM, organizadores. *Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. p. 33-44.
35. Azevedo MN, Rodrigues EDS, Passos EAFV, et al. Multimorbidity associated with anxiety symptomatology in post-COVID patients. *Psychiatry Res.* 2022;309:1-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114427>
36. Braga IF, Oliveira WA, Santos MA. “História do presente” de mulheres durante a pandemia da covid-19: feminização do cuidado e vulnerabilidade. *Rev Feminismos Neim.* 2020;8(3):1-9
37. Frontera JA, Lewis A, Melmed K, et al. Prevalence and Predictors of Prolonged Cognitive and Psychological Symptoms Following covid-19 in the United States. *Front Aging Neurosci.* 2021;13:690383. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.690383>
38. Rocha PRF, Lima MAG. Trabalhador-doente e sua família: dinâmica, convivência e processo de retorno ao trabalho. RBSP [Internet]. 2011 [acesso em 2025 fev 15];35(1):143-58. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1023>
39. Ribeiro CVS, Leda DB. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. *Estud Pesqui Psicologia [Internet].* 2004 [acesso em 2025 fev 15];4(2):1-8. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812004000300006&script=sci_abstract
40. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2023 nov 29; Seção I:99.
41. Akbarialiabad H, Taghrir MH, Abdollahi A, et al. Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. *Infection.* 2021;49(6):1163-86. DOI: <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01666-x>
42. Ferreira LP, Cendes C, Martinez F, et al. Comprometimento da Capacidade para o Trabalho e efeitos neuropsicológicos entre trabalhadores com Covid-19 prévia. *Saúde debate.* 2023;47(139):776-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313904>

43. Lima MAGC, Carvalho RCP, Andrade AGM, et al. Modelo lógico de um programa de retorno ao trabalho: instrumento orientador para prevenir a incapacidade. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2019;44:e29. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018318>
44. Mbembe A. Necropolítica. *Rev Arte & Ensaios.* 2016;32:123-51.
45. Magalhães A. As periferias na pandemia: explicitação da política de precarização e de exposição à morte. *Rev Tessituras [Internet].* 2020 [acesso em 2025 fev 15];8(1):80-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/tessituras/article/view/18909>
-
- Recebido em 06/04/2025
Aprovado em 01/07/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve
- Editora responsável:** Maria Juliana Moura Corrêa

Impacto das novas relações de trabalho na saúde mental na Paraíba: análise das notificações

Impact of new work relationships on mental health in Paraíba: An analysis of notifications

Brenda Feitosa Lopes Machado¹, Danielle Victor Fernandes², Nathalia Dantas Claudino do Nascimento³, Laiany Erika Arruda Roque Carreiro², Talita Tavares Alves de Almeida¹, Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos²

DOI: 10.1590/2358-28982025E210515P

RESUMO As transformações recentes no mundo do trabalho, marcadas por flexibilização das jornadas, crescimento da informalidade, aumento da pressão por produtividade e precarização das condições laborais, têm contribuído significativamente para o agravamento dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT). Este estudo teve como objetivo analisar as notificações de TMRT registradas no estado da Paraíba entre os anos de 2020 e 2024, a fim de compreender a evolução desses agravos e suas possíveis relações com as novas dinâmicas laborais. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e caráter descritivo, que utilizou dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, referentes ao período de 2020 a 2024. Os dados revelam um aumento progressivo das notificações no estado, evidenciando a necessidade de fortalecer as ações de vigilância, articulação intersetorial e promoção da saúde mental nos territórios. Conclui-se que é fundamental investir em estratégias integradas e territorializadas que promovam ambientes laborais mais saudáveis, garantindo a dignidade e o bem-estar dos trabalhadores e trabalhadoras, mesmo que em contexto de informalidade.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Transtornos mentais relacionados ao trabalho. Vigilância em saúde.

ABSTRACT Recent transformations in the world of work marked by the flexibilization of working hours, the growth of informality, increased pressure for productivity, and the precarization of working conditions have significantly contributed to the worsening of Work-Related Mental Disorders (WRMDs). This study aimed to analyze the notifications of WRMDs recorded in the state of Paraíba between 2020 and 2024, in order to understand the evolution of these conditions and their possible relationship with the new labor dynamics. This is a quantitative, descriptive study that used secondary data from the Notifiable Diseases Information System, made available by the Paraíba State Health Department, for the period from 2020 to 2024. The data show a progressive increase in notifications in the state, highlighting the need to strengthen surveillance actions, intersectoral collaboration, and the promotion of mental health across territories. It is concluded that it is essential to invest in integrated and territorially grounded strategies that foster healthier work environments, ensuring the dignity and well-being of workers, even in contexts of informality.

KEYWORDS Occupational health. Work-related mental disorders. Health surveillance.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
lopes_brenda@outlook.com

²Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) – João Pessoa (PB), Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Nos últimos anos, o mercado de trabalho brasileiro tem passado por grandes mudanças, influenciada por fatores como a globalização e novas tecnologias. Essas mudanças têm transformado significativamente as dinâmicas laborais, impactando negativamente na saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras¹.

O cenário atual, marcado por flexibilização das jornadas de trabalho, aumento da pressão por produtividade, ampliação da informalidade e precarização das condições laborais, está associado ao aumento dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), como estresse, ansiedade e a Síndrome de *Burnout*².

Nesse contexto, Dejours³ destaca que o trabalho pode ser uma fonte de realização e bem-estar psíquico, desde que realizado em ambientes acolhedores, que respeitem os direitos e os deveres do trabalhador. No entanto, quando essas condições são desfavoráveis, a mesma atividade pode provocar sofrimento psíquico, dependendo da organização do trabalho e das relações estabelecidas no ambiente.

Dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), referentes ao ano de 2024, registraram cerca de 3,5 milhões de afastamentos decorrentes de diversas condições de saúde do trabalhador. Desses, 472 mil solicitações têm relação com as questões de saúde mental, representando um aumento significativo em comparação com o ano anterior, com 283 mil afastamentos. Esse aumento de 68% evidencia a intensificação do impacto da saúde mental no ambiente de trabalho e no bem-estar do trabalhador e da trabalhadora⁴.

Além disso, em 2025, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontou que os trabalhadores informais enfrentam um risco de transtornos mentais até 40% maior em comparação aos trabalhadores formais. A insegurança no trabalho, a falta de direitos sociais e a sobrecarga de trabalho são fatores determinantes que exacerbam o impacto psicológico⁵.

No estado da Paraíba, os reflexos dessa mudança também são evidentes. Dados recentes do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (Cerest-PB) apontam um crescimento significativo nas notificações de TMTR entre os anos de 2020 e 2024, revelando o impacto das mudanças nas relações de trabalho sobre a saúde mental⁶.

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é uma das estratégias fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Seu objetivo central é identificar, monitorar e intervir nos fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho, prevenindo doenças e agravos relacionados com as atividades laborais⁷. Na Paraíba, a Visat exerce um papel essencial por meio do Cerest-PB, contribuindo diretamente para a construção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis⁸.

Diante desse cenário, reforça-se a importância de fortalecer as estratégias de prevenção e intervenção no campo da saúde do trabalhador, com ênfase especial na saúde mental. O enfrentamento das novas formas de adoecimento relacionadas com as transformações do mundo laboral requer ações integradas, sensíveis ao território e comprometidas com a promoção da dignidade e do bem-estar no trabalho.

Assim, este trabalho teve como objetivo analisar as notificações TMRT registradas na Paraíba entre os anos de 2020 e 2024, período escolhido pela influência da pandemia na saúde do trabalhador, a fim de compreender a evolução dos casos e identificar possíveis relações com as transformações nas dinâmicas laborais contemporâneas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e caráter descritivo, cujo objetivo foi analisar os TMRT notificados no estado da Paraíba. A pesquisa utilizou dados secundários provenientes do Sistema de Informação de

Agravos de Notificação (Sinan), disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), referentes ao período de 2020 a 2024.

Foram consideradas as variáveis: ano de notificação e Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Incluíram-se todas as notificações classificadas como TMRT no sistema durante o período analisado. Registros com informações incompletas, duplicadas ou inconsistentes foram excluídos, a fim de assegurar a confiabilidade dos resultados.

A análise dos dados foi conduzida por meio de estatística descritiva, utilizando o *software* Microsoft Excel^{®9} (versão 2021). Foram calculadas frequências absolutas e relativas das notificações, com distribuição por ano e por CBO. Também foram elaborados gráficos de barras com o intuito de facilitar a visualização dos padrões e tendências temporais, contribuindo para uma compreensão mais clara da evolução dos casos no estado da Paraíba.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em dados secundários de domínio público, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme estabelece a Resolução nº 510/2016¹⁰ do Conselho Nacional de Saúde.

Cabe destacar que, por se tratar de uma base de dados secundária, o estudo está sujeito a

limitações, como subnotificações e falhas no preenchimento das fichas, o que pode comprometer a completude e a representatividade dos dados analisados.

Resultados e discussão

Ao longo dos anos, o processo de trabalho não foi relacionado como um fator determinante de saúde, sendo, em grande parte, ignorado. A sobrecarga laboral, muitas vezes tida como sinônimo de ‘guerreirismo’, foi transformada em um cenário de sofrimento psicológico, tristeza e insatisfação profissional¹¹.

Ratificando esse contexto, a *tabela 1* apresenta a frequência de notificações por ano e município no estado da Paraíba entre os anos de 2020 e 2024. A análise dos dados revela uma forte ascensão das notificações ao longo dos anos, iniciando com 40 registros em 2020 e alcançando 190 no ano de 2024, totalizando em 523 notificações durante todo o período analisado. Esse aumento gradual pode estar associado à ampliação das informações e ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, assim como pode estar relacionado com uma melhoria nos processos de vigilância e notificação por parte das equipes de saúde nos territórios.

Tabela 1. Frequência de notificações por ano e município de notificação, Paraíba

Município	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alagoa Nova	0	0	0	2	0	2
Alcantil	0	0	0	6	0	6
Alhandra	0	0	11	0	0	11
Arara	0	0	0	0	2	2
Areia	0	0	0	1	0	1
Assunção	0	0	0	1	0	1
Barra de Santana	0	0	0	1	0	1
Cabedelo	24	46	38	42	27	177
Campina Grande	3	7	19	41	94	164
Caturité	0	0	0	0	1	1
Duas Estradas	0	0	0	0	2	2

Tabela 1. Frequência de notificações por ano e município de notificação, Paraíba

Município	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Esperança	0	0	0	1	0	1
João Pessoa	13	18	33	42	47	153
Lagoa Seca	0	0	0	0	2	2
Patos	0	2	1	6	1	10
Paulista	0	0	0	0	1	1
Picuí	0	0	0	1	5	6
Pilões	0	0	0	0	1	1
Pocinho	0	0	3	0	1	1
Prata	0	0	0	1	0	1
Puxinanã	0	0	0	1	0	1
Queimadas	0	0	1	0	0	1
Santa Inês	0	0	0	1	0	1
Santa Luzia	0	0	0	1	0	1
Santa Rita	0	0	0	0	1	1
Santa Teresinha	0	0	0	1	0	1
São Francisco	0	0	0	1	0	1
Sapé	0	0	0	1	0	1
Seridó	0	0	0	1	0	1
Serra Redonda	0	0	0	1	0	1
Soledade	0	0	0	1	0	1
Sumé	0	0	0	1	0	1
Umbuzeiro	0	0	0	0	4	4
Total	40	73	106	154	190	523

Fonte: Sinan/NET – SES/PB.

Na *tabela 1*, observa-se uma concentração de notificações em três municípios, considerados grandes centros urbanos com maior densidade populacional e oferta de trabalho: Cabedelo, Campina Grande e João Pessoa. Juntos, esses municípios somam 494 notificações entre os anos, sendo 177 em Cabedelo, 164 em Campina Grande e 153 em João Pessoa.

No entanto, a partir de 2022, período pós-pandêmico, é possível observar um surgimento de notificações em municípios menores, como Pocinhos, Alhandra, Patos, Umbuzeiro e outros localizados no interior do estado.

Por outro lado, muitos municípios apresentaram registros pontuais ou inexistentes ao longo do período, o que pode indicar subnotificação ou ausência de identificação dos casos

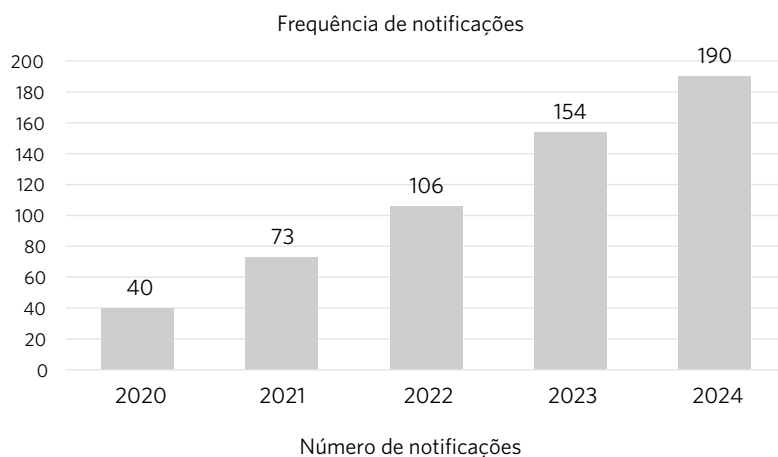
suspeitos. Esses dados refletem disparidades na vigilância e na capacidade de detecção e notificação dos agravos relacionados ao trabalho nos diferentes territórios paraibanos.

A subnotificação é um problema comum em diversos agravos, sugerindo a fragilidade da rede de saúde e vigilância local, bem como a deficiência nos sistemas de informações e despreparo das equipes de saúde para lidar com as necessidades dos trabalhadores. Estudos indicam que essa subnotificação está associada a deficiências metodológicas, imprecisão nos dados, aspectos sociais e políticos, além da falta de integração entre os sistemas de informação. Esses fatores dificultam a implementação de políticas eficazes de prevenção e proteção à saúde do trabalhador¹².

Além disso, a subnotificação recorrente em todos os estados brasileiros é evidenciada quando se comparam dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Anuário Estatístico

da Previdência Social, revelando um descompasso significativo entre os registros oficiais e a realidade dos acidentes e doenças do trabalho¹³.

Gráfico 1. Frequência de Notificações por ano na Paraíba, 2020-2024



Fonte: Sinan/NET – SES/PB.

O gráfico 1 apresenta o aumento nas notificações de TMRT na Paraíba entre os anos de 2020 e 2024, refletindo uma tendência nacional crescente¹⁴, sendo as regiões Sudeste e Nordeste as que concentram a maior parte dessas notificações¹⁵.

Estudos indicam que o período pós-pandêmico foi marcado por um aumento significativo nos casos de TMRT. A transição para o teletrabalho, o isolamento social e a insegurança financeira contribuíram para o crescimento dos transtornos mentais entre os trabalhadores. Segundo Lima¹⁶, entre a série dos anos 2018 e 2021, houve um aumento de 34,3% nos casos de TMRT de 2020 para 2021, evidenciando o impacto da pandemia nas condições de trabalho e na saúde mental dos profissionais.

De acordo com Antunes¹⁷, o cenário de crescimento das notificações de TMRT está

fortemente associado às transformações nas relações laborais nas últimas décadas. O avanço da automação, o trabalho sob demanda (*gig economy*), a intensificação do ritmo de trabalho e a cultura da hiperprodutividade têm sido apontados como fatores que comprometem o bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Nesse contexto, a análise das ocupações mais frequentemente relacionadas com as notificações de TMRT entre 2020 e 2024 no estado da Paraíba permite observar como determinadas categorias profissionais têm sido mais vulneráveis aos impactos das transformações no mundo do trabalho. O quadro 1 apresenta as ocupações prevalentes nesse período, segundo a CBO, evidenciando a recorrência das atividades associadas ao cuidado, à prestação de serviços e ao trabalho sob pressão constante.

Quadro 1. Lista da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) prevalentes entre os anos de 2020 e 2024

Ano	Ocupações
2020	Professor da Educação de Jovens e Adultos (EJA), agente de segurança, operador de telemarketing, gerente de contas e técnico de enfermagem
2021	Professor da EJA, Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro, técnico de enfermagem, médico
2022	Professor da EJA, operador de telemarketing, técnico de enfermagem, gerente de contas, agente comunitário de saúde
2023	Professor da EJA, operador de telemarketing, enfermeiro, técnico de enfermagem, faxineiro
2024	Operador de telemarketing, professor da EJA, vendedor de comércio varejista, operador de caixa, faxineiro

Fonte: Sinan/NET – SES/PB.

A análise do *quadro 1* revelou padrões consistentes que refletem as transformações no mercado de trabalho e a vulnerabilidade de determinadas categorias profissionais.

Observou-se a predominância em categorias associadas ao serviço como trabalhadores da saúde e educação, além de categorias inseridas no contexto da informalidade ou vínculos laborais precários. Destacam-se profissionais da área da saúde como técnicos de enfermagem, o que pode estar associado ao período da pandemia da covid-19 nos anos de 2020 a 2021¹⁸.

Nos anos subsequentes (2022 a 2024), observa-se aumento nas notificações entre trabalhadores de setores como comércio, serviços administrativos e operacionais, refletindo uma ampliação do adoecimento psíquico para além de ocupações prioritárias no enfrentamento da pandemia¹⁹. A priorização dos casos agudos e das emergências sanitárias levou à interrupção ou à fragilização do acompanhamento contínuo desses pacientes, o que resultou em agravamento de quadros clínicos e aumento da demanda reprimida. Essa mudança pode estar relacionada com intensificação da precarização das relações de trabalho, aumento da informalidade e insegurança laboral, além da pressão por produtividade e metas inalcançáveis²⁰.

Professores da Educação de Jovens e Adultos (EJA), por exemplo, enfrentam ambientes desafiadores, marcados pela escassez de recursos didáticos, sobrecarga de tarefas

e fragilidade nas políticas de valorização docente, o que potencializa o sofrimento psíquico e favorece quadros de ansiedade, estresse e depressão²⁰. Os operadores de telemarketing, por sua vez, compõem uma categoria profissional comumente submetida a metas abusivas, controle excessivo e interações conflituosas com o público, o que agrava os riscos de desgaste emocional e Síndrome de *Burnout*²¹.

No campo da saúde, técnicos, enfermeiros e agentes comunitários lidam cotidianamente com situações de sofrimento humano, escassez de insumos, carga horária exaustiva e insegurança institucional, fatores que contribuem significativamente para o adoecimento mental²¹.

Diante desse cenário, os dados evidenciam um processo de ampliação e diversificação dos perfis ocupacionais afetados pelos TMRT na Paraíba, revelando que o sofrimento psíquico no contexto laboral não se restringe mais a categorias tradicionalmente reconhecidas como de risco, como os profissionais da saúde. Isso leva a um dos principais desafios na vigilância dos TMRT, as limitações dos bancos de dados oficiais, que muitas vezes não contemplam adequadamente os trabalhadores informais. A informalidade dificulta a obtenção de informações precisas, já que esses trabalhadores não estão registrados em sistemas formais de emprego, o que restringe seu acesso a serviços de saúde ocupacional e à notificação de agravos relacionados ao trabalho. Consequentemente,

os casos de TMRT nesse grupo acabam subnotificados ou sequer identificados, ampliando a invisibilidade desse segmento nas estatísticas oficiais²².

A intensificação das condições de precariedade, a fragilização das políticas de proteção ao trabalho e as transformações nas dinâmicas produtivas impõem novos desafios à vigilância em saúde do trabalhador e à formulação de estratégias de cuidado mais amplas e inclusivas.

Considerações finais

As transformações nas relações de trabalho impõem desafios significativos à saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras. Nesse cenário, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias intersetoriais de prevenção e intervenção, que integrem toda a rede de atenção à saúde.

Promover a articulação entre os Cerest e a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma medida essencial para fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora, ampliando as ações educativas e preventivas. Essa

articulação fortalece o reconhecimento dos determinantes sociais e laborais no processo de adoecimento, favorece a identificação precoce de agravos relacionados ao trabalho, inclusive entre trabalhadores informais e precarizados, e contribui para uma resposta mais eficaz e integral do sistema de saúde.

Enfrentar os impactos das novas configurações laborais na saúde mental, portanto, exige uma abordagem transversal, que promova ambientes mais saudáveis, garanta direitos e fortaleça o cuidado em rede, garantindo o compromisso com a dignidade, a equidade e a justiça social do trabalhador e da trabalhadora.

Colaboradoras

Machado BFL (0000-0002-3151-5774)*, Fernandes DV (0000-0002-4475-9225)*, Nascimento NDC (0000-0001-6655-9884)*, Carreiro LEAR (0000-0001-6448-6511)*, Almeida TTA (0000-0002-1388-7996)* e Santos TEBGL (0009-0002-9512-8535)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Saboia J, Hallak Neto J, Simões A, et al. Mercado de trabalho, salário-mínimo e distribuição de renda no Brasil no passado recente. *Rev Econ Contemp*. 2021;25(2):e212521. DOI: <https://doi.org/10.1590/198055272521>
2. Lima CA, Barros EM, Aquino CA. Flexibilização e intensificação laboral: manifestações da precarização do trabalho e suas consequências para o trabalhador. *Rev Labor*. 2017;1(7):102. DOI: <https://doi.org/10.29148/labor.v1i7.6708>
3. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 1987.
4. Miranda I. Afastamentos por saúde mental cresceram 68% em 2024. *Contábeis* [Internet]. 2025 mar 15 [acesso em 2025 abr 14]; Saúde Mental. Disponível em: https://www.contabeis.com.br/noticias/69787/afastamentos-por-saude-mental-cresceram-68-em-2024/?utm_source=chatgpt.com

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Rocha L. Cerca de 15% dos trabalhadores no mundo possuem transtornos mentais, diz OMS. CNN Brasil [Internet]. 2022 set 28 [acesso em 2025 abr 14]; Saúde. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/cerca-de-15-dos-trabalhadores-no-mundo-possuem-transtornos-mentais-diz-oms/?utm_source
6. Ministério Público do Trabalho na Paraíba. Transtornos mentais no trabalho crescem 100% após pandemia e PB é o 3º Estado do NE com mais casos; MPT realiza Fórum de Saúde Mental nesta segunda, na Fiep, em Campina Grande. MPT-PB [Internet]. 2023 set 17 [acesso em 2025 abr 14]; Institucional. Disponível em: <https://www.prt13.mpt.mp.br/8-institucional/1921-transtornos-mentais-no-trabalho-crescem-100-apos-pandemia-e-pb-e-o-3-estado-do-ne-com-mais-casos-mpt-realiza-forum-de-saude-mental-nesta-segunda-na-fiep-em-campina-grande>
7. Ministério da Saúde (BR). Vigilância em Saúde: fundamentos, práticas e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
8. Secretaria de Estado da Saúde (PB). Gerência Executiva de Vigilância em Saúde – GEVS [Internet]. João Pessoa: Governo da Paraíba; [ano desconhecido] [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/vigilancia-em-saude>
9. Microsoft Corporation [Internet]. [local desconhecido]: Microsoft Excel; 2021 [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://office.microsoft.com/excel>
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98, Seção I:44-46.
11. Borsoi IC. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicol Amp Soc*. 2007;19(Esp):103-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-71822007000400014>
12. Rinaldi A. Subnotificação dificulta implementação de políticas públicas. Fundacentro [Internet]. 2019 ago 26 [atualizado em 2022 ago 17; acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2019/8/subnotificacao-dificulta-implementacao-de-politicas-publicas>
13. Ministério Público do Trabalho em Minas Gerais. O MPT alerta para a subnotificação de acidentes e doenças do trabalho no Brasil em audiências públicas. MPT-MG [Internet]. 2022 jun 24 [acesso em 2025 abr 14]; PRTs em Minas. Disponível em: https://www.prt3.mpt.mp.br/procuradorias/prt-belohorizonte/2253-o-mpt-alerta-para-a-subnotificacao-de-acidentes-e-doencas-do-trabalho-no-brasil-em-audiencias-publicas?utm_source
14. Marinho N. Bahia tem 75,6% de aumento de notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho. *Correio* [Internet]. 2024 set 23 [acesso em 2025 abr 14]; Colunistas. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/colunistas/empregos-e-solucoes/bahia-tem-756-de-aumento-de-notificacoes-de-transtornos-mentais-relacionados-ao-trabalho-0924?utm>
15. Bailo DW, Oliveira AC, Sauer VR, et al. Impacto dos transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil: uma revisão de dados e perspectivas epidemiológicas. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(8):4723-33. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p4723-4733>
16. Lima MCMS, Moreira ABVB, Machado DN, et al. Prevalence of work-related mental disorders in Brazil: a pre and post-pandemic comparison. *Perspect Em Medicina Leg Pericias Medicas*. 2023;8(1):e230306. DOI: <https://doi.org/10.47005/230306>
17. Farias SK, Costa GS, Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018. 325 p. *Novos Cad NAEA*. 2020;23(2):289-99. DOI: <https://doi.org/10.5801/ncn.v23i2.8518>
18. Faro A, Araújo LF, Maciel SC, et al. Structure and invariance of the hospital anxiety depression scale (HADS) in adolescents. *Cienc Psicol*. 2021;15(2):e-2069. DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2069>

19. Kadri Filho FE, Lucca SR. Fatores psicossociais e Transtornos Mentais Comuns no teletrabalho do judiciário trabalhista na pandemia de Covid-19. *Saúde debate*. 2024;48(140):e8895. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408895p>
20. Guerra CF, Leite RM, Soares FM. Condições de trabalho e adoecimento de professores da EJA: um estudo em escolas públicas. *Rev Bras Educ*. 2021;26:e260087.
21. Batista MJ, Medeiros LP, Souza RM. Sofrimento mental em operadores de telemarketing: uma revisão integrativa. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:e12345.
22. Oliveira FES, Trezena S, Dias VO, et al. Transtornos mentais comuns em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um período de pandemia da covid-19: estudo transversal na macrorregião Norte de saúde de Minas Gerais, 2021. *Epidemiol Serv Saúde*. 2023;32(1):e2022432. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100012>

Recebido em 15/04/2025

Aprovado em 22/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: tempo de mudança!

Workers' Health as Human Rights: Time for change!

Luís Carlos Fadel de Vasconcellos^{1,2,3}, Isabella de Sousa Maio^{2,3}, Douglas Oliveira Carmo Lima^{2,4}

DOI: 10.1590/2358-28982025E210597P

RESUMO O texto propõe uma reflexão crítica sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora como direito humano, destacando a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como marco de mudança. Aponta a insuficiência das políticas atuais diante da violência estrutural do trabalho, diariamente revelada por dados de acidentes e doenças. Critica narrativas que impedem o enfrentamento efetivo do Estado e defende a integração de lutas identitárias. Propõe novos marcos jurídicos e a continuidade do debate pós-conferência, sob o lema 'a 5ª continua'.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Direitos humanos. Conferências de saúde. Trabalho. Transformação paradigmática.

ABSTRACT *The text proposes a critical reflection on the health of workers as a human right, highlighting the 5th National Conference on Workers' Health as a milestone for change. It points out the insufficiency of current policies in the face of structural violence in the workplace, revealed daily by accident and disease data. It criticizes narratives that prevent the State from effectively confronting the issue and advocates the integration of identity struggles. It proposes new legal frameworks and the continuation of the post-conference debate, under the motto 'the 5th continues'.*

KEYWORDS Occupational health. Human rights. Health conferences. Work. Paradigmatic transformation.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lcfadel@gmail.com

²Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) – Brasília (DF), Brasil.

³Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



Situando a 5ª CNSTT

A 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT), cujo tema é ‘Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano’, tem sido percebida como uma oportunidade estratégica para a consolidação da área de Saúde do Trabalhador (ST), no âmbito das políticas públicas de saúde, de uma forma distinta das que hoje se mostram incapazes de enfrentar a tragédia do mundo do trabalho.

A exemplo do papel histórico desempenhado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e pela 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ambas ocorridas em 1986, quando da então proposta de estruturação e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a 5ª CNSTT, a ser realizada em agosto de 2025, pode ser considerada como paradigmática da área da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT), em matéria de reconhecimento como Direito Humano (DH).

Distinguindo-se das 2ª, 3ª e 4ª Conferências de Saúde do Trabalhador anteriores, realizadas, respectivamente, em 1994, 2005 e 2014, a 5ª CNSTT deve ser entendida com um caráter oposto, centrado em objetivos concretos, definidos e tangíveis na direção de mudança de paradigmas do campo. As três conferências predecessoras tiveram como principais resultados proposições afirmativas e reafirmativas de sua identidade e missão institucional.

A inovação de trazer para o núcleo essencial da saúde pública a área de ST, instituída pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu art. 200¹, estabeleceu responsabilidades até então desconhecidas e, mesmo, inéditas para o campo da saúde. Confinada ao aparelho estatal previdenciário-trabalhista, durante décadas, a questão da saúde no mundo do trabalho teve reconhecida sua missão inequívoca de ter como seu abrigo mais adequado e apropriado o aparelho de Estado da saúde pública².

A tarefa inédita de seguir a Constituição Cidadã, como em outras áreas de políticas sociais, foi árdua e continua sendo,

especialmente por sua natureza de confronto com o poder econômico abrigado hegemonicamente no poder político, notadamente nos parlamentos das esferas federativas.

Por esse motivo, as três conferências anteriores, por sua própria natureza instituinte da área de STT, acabaram por se tornar sucessões repetitivas de diretrizes e propostas de mudanças pontuais e decorrentes de dissensos em relação a significados conceituais, éticos, jurídicos, institucionais, epistemológicos, operacionais e tantos outros. Outro aspecto relevante é o fato de as conferências serem estuário de demandas enclausuradas e reprimidas pelo Estado no atendimento às questões de violência, descaso, abandono, prevaricação e omissão no mundo do trabalho em detrimento da saúde e da vida. Conferências são vozes que repetem as mesmas histórias pelas mesmas causas com novas vítimas. Inclusive, o fato de as conferências serem propositivas, por força da própria Lei nº 8.142/1990³ que as institui, limita sua capacidade de transformação imediata.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem uma imagem objetiva ideal. Deveria ser um divisor de águas entre a prescrição de centenas de diretrizes ineficazes e sem meios de avaliar caso uma seja atendida, em oposição a uma lista muito pequena, de três a seis reivindicações do Controle Social para que a STT formule de verdade a defesa da vida e da saúde no trabalho, como direito humano⁴.

Essas características, embora aqui muito resumidas, acabam sempre por tangenciar as contradições do próprio aparelho de Estado brasileiro ao lidar com a STT.

Não é isso o que se espera da 5ª CNSTT. Assim como se esperava algo além das sete conferências nacionais de saúde anteriores, a 8ª CNS nos trouxe a política pública mais inclusiva e mais generosa de todas as que temos no Brasil. É isto que queremos com a 5ª: reviver um marco histórico que nos honra.

O tempo político de concretizar aspirações populares em direitos objetivos é sempre retardatário diante da necessidade urgente de fazer justiça social por meio da lei. As conferências acabam por reafirmar sucessivamente suas aspirações, na expectativa de sua objetivação nas oportunidades que o Brasil oferece legal e oficialmente para ouvir a comunidade no que diz respeito à STT. É nesse sentido que a propositura de conceber a STT como DH configura a abertura de um cenário de mudança de paradigma distinto dos anteriores.

Tendo como tema central um estatuto jurídico distinto e predominante de reconhecimento da relação saúde-trabalho – o DH –, a propositura da conferência revela um novo olhar da comunidade sobre o tema.

A rigor, o que se deve esperar da 5ª CNSTT, enquanto virada paradigmática, é abrir frentes de debate em relação ao próprio campo da STT, os erros e desvios cometidos em sua institucionalização, as questões conflitivas no âmbito do aparelho de Estado, as insuficiências legais para a operacionalização de mudanças e outros dilemas que impedem um enfrentamento da dramática epidemiológica do mundo do trabalho. No entanto, isso não se esgota em um período de quatro dias de conferência.

A saúde como DH no mundo do trabalho deve ser reconhecida como um projeto. A 5ª pode ser o convite para a entrada em um projeto de mudança do mundo do trabalho. Sergio Arouca dizia que o SUS se tratava mais do que uma questão de saúde. Tratava-se de um projeto civilizatório de país. Pensamos que a 5ª CNSTT pode e deve tratar de um projeto civilizatório do mundo do trabalho – e, quem sabe, estanque a barbárie de trabalhadores e trabalhadoras morrerem ao construir seu país.

Os debates conferenciais de saúde são demonstrações pujantes da sociedade viva, engajada e indignada com as injustiças de diversas ordens. No caso da 5ª CNSTT, os eixos para reflexão e debate são: I) Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); II) Novas Relações de Trabalho; e III) Participação Popular para efetivação

do Controle Social. Ao considerarmos a STT como um DH, cada um desses eixos e todas as suas questões decorrentes exigirão profundas reflexões em uma nova perspectiva. O espaço conferencial, nesse sentido, deverá ser um disparador de desdobramentos. Para que a 5ª CNSTT atinja seu objetivo de virada, jamais poderá ser um fim em si mesma. É apenas o começo. Espera-se uma 5ª em movimento...

A dramática do mundo do trabalho e suas ausências

Os dados da Previdência Social evidenciados em Aguiar e Vasconcellos⁵ e em Vasconcellos e Aguiar⁶ revelam que, entre 1988 e 2011, mais de 80 mil óbitos por acidentes de trabalho foram registrados; enquanto no mesmo período, mais de 360 mil incapacidades permanentes para o trabalho foram registradas.

Os dados do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério Público do Trabalho (MPT) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) referendam esse cenário, revelando que, em um período de 10 anos (entre os anos de 2014 e 2024), somente para trabalhadores formais com carteira assinada, ocorreram mais de 7 milhões de acidentes de trabalho, e entre 2012 e 2024, estimaram-se mais de 2 milhões de casos subnotificados no País⁷.

O Serviço de Epidemiologia e Estatística da Fundacentro, com base nos dados do Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho da Previdência, estima que cerca de 83 acidentes de trabalho ocorrem por hora no Brasil, e 2.007,54 por dia, totalizando 732.751 casos⁸.

Ainda no período de 2012 a 2024, foram contabilizadas 29.963 mortes no e pelo trabalho. Isso significa dizer que, no Brasil, a cada 3 horas e 48 minutos, um trabalhador ou uma trabalhadora não voltam para as suas casas depois de um dia de trabalho⁷.

Dados mais recentes da OIT também revelam que, no mundo, a cada 15 segundos, um trabalhador ou uma trabalhadora morrem

por acidentes de trabalho. Essa é a ‘lei’ que vigora no mundo do trabalho; e para revogá-la, é urgente que a ST seja considerada efetivamente um DH^{9,10}.

Os gastos com aposentadorias por invalidez devido a acidentes de trabalho, pensões por morte de acidentados no trabalho, auxílio-acidente e auxílio-doença não são menos assustadores e somam R\$ 430,2 bilhões apenas no período de 2012 a 2024. Portanto, por meio dos dados, nota-se que a tragédia que atravessa a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras brasileiras é um grave problema de saúde pública⁷.

O trabalho informal representa uma parcela significativa do mercado de trabalho brasileiro. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil registrou cerca de 39 milhões de trabalhadores na informalidade em 2023, o que equivale a aproximadamente 39% da população ocupada no País¹¹. Esse número inclui trabalhadores sem carteira assinada, por conta própria sem Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) e trabalhadores familiares auxiliares. A informalidade, muitas vezes, está relacionada com baixa escolaridade, ausência de proteção social e precarização das condições de trabalho, sendo mais comum entre as camadas economicamente vulneráveis da população.

Por mais que esses dados sejam alarmantes, a depender do ouvinte ou leitor, eles podem significar algo ou nada. Números só são considerados quando alguém os considera. Nossa experiência com a STT é que os alguéns que deveriam considerá-los estão esparsos, camuflados, escondidos, disfarçados ou sabe-se lá onde. São os responsáveis pela tragédia, ora por ajudarem a causá-la, ora por não fazerem o suficiente para evitá-la. Gestores do SUS que se incomodam com a ‘impertinência’ de pessoas abnegadas que incriminam o poder econômico local pelo cenário trágico do mundo do trabalho são financiados por esse mesmo poder nos sucessivos ciclos eleitorais. Professores do campo das relações saúde-trabalho que

formam continuamente milhares de profissionais para atuar no mundo do trabalho reproduzem o mesmo conteúdo normativo e pedagógico que nada muda e apenas mantém a tragédia da saúde no trabalho. Pesquisadores da STT, especialmente do campo da epidemiologia que, invariavelmente, cancelam a categoria trabalho como essência da violência e dos mecanismos de determinação social da saúde; gestores e, mesmo, profissionais da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renastt) que, muitas vezes, contribuem para a mumificação de um quadro que se mostra imutável.

A área de STT, lastimável observar, possui porta-vozes que portam vozes que não são as necessárias vozes a serem ouvidas. Profissionais na área da saúde, do trabalho, da previdência social, do poder Judiciário, Executivo e, principalmente, do Parlamento são cúmplices dessa tragédia. Quando se fala em tese não é necessário assinalar as exceções que existem – e são muitas. Sabemos quais são. Basta observar os últimos 35 anos, no Brasil, desde que a Lei nº 8.080/1990 carregou na ST e, ao que parece, pouca gente viu^{10,12}.

Do que se avançou, por mais que a alguns pareça que foi muito, a realidade mostra com sobras que foi insuficiente.

São muitas as ‘ausências’ no decorrer da tragédia. Além de um Estado negligente e omissivo, um empilhamento de dados epidemiológicos, ao longo dos anos, gera informação e não gera ação interventora na mesma medida. Muito se vê, nos serviços de SST, um entusiasmo exagerado por realizar coleta e análise de informações do que é a maior catástrofe epidemiológica do Brasil, mas não se vê, minimamente, o mesmo entusiasmo de, enfim, agir nas causas para enfrentar o problema.

A vigilância sanitária que não assume a relação saúde-trabalho, em todos os setores produtivos do País, em suas normativas, resoluções e práticas, é uma das mais graves dessas inexplicáveis ‘ausências’ ainda que a CF/88 afirme sua missão. Prevaricação? A ver nos debates que virão¹³.

A Renastt, por insuficiência de método, ‘ausência’ de articulação profunda e indissociável com o controle social e ‘ausência’ crônica de um processo continuado de vigilância, é uma trave adicional antes da grande área. Entretanto, considerando a inequívoca responsabilidade institucional da Renastt e seus Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), os quase 230 Cerest no Brasil podem ser os arautos dessa virada. Mesmo assim, é possível pensar nisso? Há uma palavra de ordem compartilhada de mudança? Ainda não, mas pode ser. Por isso, impulsionar uma 5ª CNSTT para algo, no mínimo, revolucionário, transformador ou qualquer palavra que represente uma ‘hora do chega!’ é um imperativo para todos aqueles – profissionais, militantes, trabalhadores – comprometidos com a STT, ávidos por mudanças¹⁴.

Pensar na STT como DH é repensar nas ausências institucionais, operacionais e repensar nas configurações da área no aparelho de Estado. Para isso, a 5ª CNSTT deverá se constituir na deflagração de um processo: a 5ª deverá seguir em frente...

STT como direito humano – uma tese

A exuberante literatura sobre direitos humanos, acadêmica ou não, nacional e internacional, contrasta com a escassez de textos que tratam especificamente da ST enquanto um DH, assim considerado simbólica e juridicamente. Quando se referem explicitamente ao mote ‘saúde do trabalhador é um direito humano’, os textos, invariavelmente, recorrem a expressões justificativas como trabalho digno, trabalho decente, trabalho seguro, trabalho saudável e outras. Inclusive, na Agenda 2030, o ‘trabalho decente’ está descrito como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável¹⁵. É interessante notar que a expressão ‘decente’, cujo oposto significativo é ‘indecente’, acabou por se consagrar como expressão capaz de apontar outro rumo, sem sequer abordar a

possibilidade de elevação do patamar jurídico e mudança na representação simbólica da saúde no mundo do trabalho. Sem qualquer mudança, a expressão capitaneada pela OIT faz lembrar a frase de Giuseppe Tomasi di Lampedusa em seu romance ‘Il Gattopardo’ (o Leopardo) ‘algo deve mudar para que tudo continue como está’ (em tradução livre)¹⁶. A expressão trabalho decente nada oferta em termos de mudança.

Parece haver uma banalização da tese da saúde como DH no mundo do trabalho. A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), nas cinco vezes em que se refere ao trabalho (arts. 23 e 24)¹⁷, propõe diretrizes que, à época, já eram contempladas em direitos trabalhistas, inclusive, no Brasil. Outro aspecto que muito se observa é a analogia com a questão da saúde em geral que, no caso brasileiro, é considerada como um direito fundamental – e de fato o é! Ocorre que isso não outorga à saúde no mundo do trabalho a titularidade de DH. A própria ideia de direito constituído, qualquer que seja, lhe confere a ideia de ser fundamental – fundamentado no que se propõe. Por isso, todos os direitos aplicados à saúde no trabalho são fundamentais, mas não têm o significado de DH com a abrangência para mudar o temível cenário do mundo do trabalho.

Direitos humanos no mundo do trabalho serão considerados quando os trabalhadores que se sujeitam às suas condições sejam obrigatoriamente considerados em suas subjetividades, singularidades, identidades e, simbólica e juridicamente, tornem-se titulares de uma humanidade intocável e blindada a qualquer tentativa de invasão desumanizadora de seu universo de cidadão e cidadã. O DH é, antes de tudo, um direito positivado que garante a condição humana dos sujeitos em todas as suas nuances. No mundo do trabalho, a humanização dos sujeitos é sabidamente rara. Para isso, a amplitude do direito deve ser alargada...

No que se refere às obrigações básicas do empregador para a garantia do direito à saúde do

trabalhador, ele tem de cumprir todas as prescrições normativas sobre o tema, estejam elas na Constituição, nas leis infraconstitucionais, nas regulamentações, nas chamadas normas coletivas, ou nas disposições de caráter internacional, como os tratados, convenções e recomendações¹⁸.

A par de toda a legislação vigente, a que se usa corriqueiramente, sabidamente incapaz de deter a dramática epidemiológica, ficam evidentes dois pressupostos:

1. o direito posto precisa ser profundamente aprimorado, justamente ao contrário do que se observou com as recentes reformas trabalhista e previdenciária, com nítida perda de direitos da classe trabalhadora^{19,20};
2. o direito posto precisa ser superado com um ordenamento jurídico integrativo com enfoque nos direitos humanos, conforme a citação anterior, fato que já se observa, por exemplo, nas ações do Estado brasileiro em relação ao trabalho análogo à escravidão e ao trabalho infantil.

Nessa linha argumentativa, situamos a tese de STT como DH baseada em alguns tópicos: 1) Superação da Insuficiência do Direito Posto; 2) Representação simbólica; 3) Pauta Interseccional dos Movimentos Sociais; 4) Campo e questão da saúde dos trabalhadores; 5) Elevação de patamar jurídico^{9,21}.

Superação da insuficiência do direito posto

Desde a Revolução Industrial, o principal direito regulador da saúde no mundo do trabalho, na grande maioria dos países, inclusive no Brasil, foi o chamado Direito Trabalhista (DT). Inspirado e incentivado pelos próprios capitalistas no alvorecer das fábricas inglesas, o DT nasceu como fator regulador diante da ameaça de comprometer a própria reprodução da classe trabalhadora, dadas as

condições insalubres e desumanas da nova ordem econômico-fabril².

O DT, ao aparentar uma regra de cuidado com a saúde dos trabalhadores, esconde sua natureza de transformar pessoas em coisas. Alain Supiot pergunta ao direito do trabalho: “qual seria o estatuto jurídico do corpo do trabalhador integrante de uma relação de trabalho?”²². Parece inequívoco que o direito ao corpo é um DH, cujo *status* jurídico é superior ao DT.

Já no século XX, com a criação da OIT, o monopólio da saúde no mundo do trabalho, estranhamente, passou a se situar no aparelho de Estado do trabalho, indústria, comércio (e afins) dos países capitalistas, inclusive no Brasil². A motivação econômica no pós-Primeira Guerra Mundial é bem documentada², e a despeito das conquistas obtidas com a OIT na regulação do mundo do trabalho, sua motivação econômico-trabalhista não se inclui na ordem dos direitos humanos. Durante esse percurso, agregou-se o direito previdenciário que, em matéria de saúde no trabalho, ocupou o lugar de compensar financeiramente os excluídos pela doença, pelo acidente, pela incapacidade e pela morte. Claro que, compondo o binômio econômico-trabalhista, sua garantia como direito existe somente com o pagamento da classe trabalhadora. Nesse caso, é bem evidente que não se pode falar em DH dos que não passam no balcão. A agregação de novos ordenamentos jurídicos é imperativa.

Outros direitos, especialmente no caso brasileiro, que hoje incidem na relação saúde-trabalho, tais como o direito sanitário e o direito ambiental, da forma como exercem sua capacidade normativa, institucional e operacional não são capazes de agregar valores satisfatórios de mudanças.

Nenhum direito estabelecido foge à regra dos direitos favoráveis ao capital e aos patrões – o direito das relações desiguais; o direito dos que mandam e dos que obedecem; o direito da chantagem de quem compra sobre quem vende a força de trabalho; o direito das obrigações [...] ²³.

Representação simbólica

A ideia de um direito desejado (DH), para ser aplicado à relação saúde-trabalho no mundo do trabalho, necessariamente deverá desalojar a representação simbólica, já incorporada pela classe trabalhadora, de que o direito que ele necessita (desejado) é o DT – o que já está posto. Esse é um debate a ser inaugurado na conferência, mas somente sua continuidade poderá aprofundar a questão. Por isso, defendemos que a 5ª CNSTT se configure tão somente no começo da mudança.

A própria expressão DH, a depender do contexto em que é utilizada, é ultrajada, a exemplo de que *“defender direito humano é defender bandido”*, como estamos habituados a ouvir. Governos assumidamente xenófobos, racistas, homofóbicos, caso de vários países atualmente, especialmente os Estados Unidos da América, desconsideram e tentam não o reconhecer no próprio ordenamento jurídico.

Quando falamos de inclusão do DH como representação simbólica, o que está em jogo é o posicionamento contra-hegemônico ao direito contratualista (trabalhista-previdenciário). A relação comprador-vendedor da força de trabalho é constituída por um jogo intersubjetivo de interesses que implica, ordinariamente, a captura da subjetividade do vendedor pelo comprador (detentor do capital). O contrato é mediador das relações intersubjetivas, mas traz inexoravelmente na sua autoria a marca favorável ao contratador. A mudança de ordenamento jurídico da saúde no trabalho como DH possibilita a rebelião contra a violência simbólica presente na captura da subjetividade. O resgate da identidade do trabalhador subjetivamente capturado só é possível se viabilizar com a mudança da representação simbólica²⁴.

A mudança do trabalhador objeto em sujeito portador de um DH inviolável possibilita desconstruir a cultura de culpabilização da vítima e da autculpa. À expressão simbólica *“sou culpado por meu acidente e*

minha doença”, superpõe-se *“estou sendo desrespeitado em meu direito humano como trabalhador”*.

A culpabilização do trabalhador, vitimado pela doença, sofrimento e morte no mundo do trabalho, poderia ser comparada à culpabilização das vítimas do racismo por sua raça, às vítimas da violência de gênero pelo seu gênero, às vítimas do trabalho análogo à escravidão por sua escravização e às vítimas do trabalho infantil por serem crianças e terem que trabalhar.

Ofensa, discriminação, ameaça, desprezo, deboche e perseguição são algumas das formas de assédio moral que não encontram solução nos direitos postos. A própria gestão por assédio²⁵ é pauta para a STT como DH, na discussão da organização do trabalho na arena do conflito capital-trabalho.

O simulacro da representação na criação de falsos símbolos na gestão por assédio é comum – obediência, docilidade e silêncio para manutenção do emprego; promessas de aumento salarial, gratificação e ascensão por mérito; e, o pior de todos, cooptação de alguns trabalhadores para o exercício do (falso) poder sobre seus iguais (introjeção do opressor pelo oprimido), como observaria Paulo Freire. Outro exemplo da STT como DH é sua representação simbólica na superação das estratégias defensivas²⁶ como soluções pontualmente localizadas para blindagem do sofrimento mental.

O relevo significativo de considerar a saúde dos trabalhadores com um simbolismo claro e explícito de que se trata de um DH traz muitas possibilidades de aplicação prática. Na agenda sindical, significa mudar as formas de negociação sindical. Acordos e contratos coletivos necessariamente discutirão a gestão por assédio e suas implicações e estarão atrelados a novos ordenamentos jurídicos. A própria camuflagem da desigualdade de classe, instituída pelo tripartismo, perde um tanto da hegemonia da aliança Estado-Patrões em detrimento da classe trabalhadora. O Estado, em sua falsa

neutralidade tripartite, a exemplo do que ocorre com o trabalho infantil, o trabalho análogo à escravidão e os casos de racismo, homofobia, capacitismo, misoginia, entre outros, no mundo do trabalho, é chamado a se posicionar e a agir efetivamente em favor dos direitos humanos, ainda que contrarie sua aliança com o poder econômico.

Outros aspectos simbólicos são o desmascaramento da farsa do ensino na área da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (médicos, engenheiros, enfermeiros, técnicos) que consideram, em seu conteúdo pedagógico, os trabalhadores meros objetos sujeitos a regras, sem autonomia, identidade, voz ativa e humanidade. O ensino nessa área é uma incubadora de culpabilização das vítimas. Segundo essa lógica, trabalhadores são negligentes, imperitos, imprudentes que se acidentam, sofrem, adoecem e morrem por “*não seguirem as regras*”. Nessa linha, encontram-se as equipes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) sob o comando das empresas.

Pauta interseccional dos movimentos sociais

A conquista da STT como DH depende de uma conjugação de fatores, mas a apropriação da causa pelo sindicalismo e pelos movimentos sociais é a sua base estrutural. A aliança da luta de classe à luta por direitos humanos serve ao sindicalismo como estratégia de sair do isolamento, especialmente após a reforma trabalhista e a precarização e flexibilização do trabalho. A aproximação do sindicalismo das pautas identitárias contribui para a inclusão da categoria trabalho no espaço comunitário, na economia solidária, nas estratégias de luta e resistência, nas ações de solidariedade local, nas expressões culturais e no reconhecimento e compartilhamento de identidades pela mesma causa. Os próprios trabalhadores das bases sindicais

demitidos, incapacitados, aposentados circulam em espaços em que a única ordem jurídica capaz de os acolher é a dos direitos humanos. Já em 2005, Antonaz e Lopes observavam que era preciso olhar para além dos sindicatos²⁷.

Atingidos pelo trabalho, sem a cobertura jurídica tradicional, ficavam à mercê de iniciativas isoladas, erráticas e raramente bem-sucedidas. Conhecemos tantos deles... inválidos pelas Lesões por Esforços Repetitivos e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER-Dort); leucopênicos da siderurgia; doentes do amianto, mercúrio, sílica, Césio 137 e substâncias radioativas, benzeno, alumínio, agrotóxicos; assim como os desalojados pelos crimes ambientais – mineração, hidrelétricas, desmatamento, garimpo, agronegócio, refinarias... E esses atingidos continuam por aí, em busca de justiça.

Contudo, a interseccionalidade depende de os movimentos sociais incorporarem a relação saúde-trabalho como categoria relevante em suas lutas cotidianas para alcançarmos a STT como DH. Ao êxito de algumas conquistas recentes das pautas identitárias, parece, ainda, faltar a inclusão do mundo do trabalho em sua violação sistemática aos direitos humanos. Muitos trabalhadores e trabalhadoras sofrem injúria, calúnia, difamação, perseguição e assédios diversos relacionados com suas atividades de trabalho sem explicitação de suas identidades de raça, gênero e outras. Embora algumas dessas violações sejam decorrentes de estigma, preconceito e discriminação, sua forma de expressão verbal é muitas vezes camuflada intencionalmente para não incorrer em crimes mais explícitos contra os direitos humanos. Por que não considerar que a coisificação do trabalhador – sua desumanização – e a expropriação de sua identidade de construtor do país são uma violação do DH?

Luta de classe e luta identitária são irmãs contra a opressão, a discriminação e a injustiça social e econômica. Por que, enquanto irmãs, não caminham juntas?

Campo e questão da saúde dos trabalhadores

Uma instigante análise de Diego Souza²⁸ estabelece a distinção entre o campo da ST e a questão da ST.

De um lado, o campo da ST, com uma limitação de sua ação, sujeito às regras de um Estado dominado pela burguesia econômica neoliberal; por uma elite agrária insistentemente escravagista; por uma institucionalidade estatal atravessada por representantes e porta-vozes da classe dominante, inclusive na própria rede de ST; e por uma academia majoritariamente produtora de conhecimentos, em ST, com a marca do produtivismo neoliberal, colonizado e conservador da ideologia patronal sobre o mundo do trabalho. Ou seja, como enfatiza o autor²⁸, o campo utiliza ‘conceitos científicos dos velhos paradigmas...’ e poderíamos acrescentar que não avançam em conceitos que possam abrir trilhas para os que almejam um outro futuro.

De outro lado, a questão da ST tem como palavras de ordem a ruptura com o atual modelo de desenvolvimento e sociedade; a recolocação da hegemonia operária na luta de classes; a profunda transformação do mundo do trabalho; e, enfim, a emancipação da classe trabalhadora. Para isso, o campo da ST deve reciclar sua ideologia de partida e ampliar seu horizonte de chegada.

A frase que já nos acostumamos a ouvir – “saúde não é mercadoria” –, no caso da relação saúde-trabalho, evidencia que a mercadoria é o corpo do trabalhador. Se a troca clássica entre força de trabalho e salário é uma troca de mercadorias (coisas), o corpo de trabalhador vira a coisa em forma de força de trabalho. Às vezes, vira coisa mesmo quando jaz triturado por uma máquina. Contudo, se o corpo é ‘coisa’, o direito que rege a ‘coisa’ deve ser o DH, pois a ‘coisa’ é um ser humano. O contrato de trabalho não pode ser exclusivamente uma relação desigual entre troca de coisas quando a vida está em jogo. Olhar para o campo e a questão é compreender melhor a STT como um DH.

Elevação da categorização jurídica

A CF/88 cita a expressão direito 207 vezes, e a expressão direitos humanos, apenas 7 vezes, sendo uma vez nas disposições transitórias. Nenhuma das 7 diz respeito ao trabalho, tampouco à ST como DH objetivado. Na CF/88, o mais próximo que temos da punibilidade pelo acidente e morte no trabalho é o inciso 28 do art. 7º: “seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa”¹. A indenização prevista no artigo é raramente utilizada, o que é de estranhar diante da dramática epidemiológica da área.

Observemos que, constitucionalmente, mesmo perante o dolo do empregador em um acidente fatal, sua responsabilidade ante o crime é indenizatória. O corpo morto do trabalhador reitera a ideia de mercadoria na relação saúde-trabalho. Ao reivindicarmos o reconhecimento de que a doença, o acidente, o sofrimento e, principalmente, a morte no trabalho sejam elevados à categorização de DH, implica elevar o patamar de responsabilização do empregador. Não se trata de criar tribunais punitivos no mundo do trabalho. Trata-se de instituir uma responsabilidade que não encontra fundamento na própria CF/88 e, portanto, nas legislações subalternas instituídas. O próprio Código Penal (art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente)²⁶ acaba por ser relativizado indiretamente e inaplicado no mundo do trabalho, como temos observado na prática cotidiana. Assim como os dispositivos constitucionais e o Código Penal não são suficientes para a responsabilização exemplar do racismo, violência doméstica e homofobia, por exemplo, exigindo leis próprias e jurisprudências (Leis do Racismo, de 1989, e Lei nº 14.532, de 2023, de tipificação do racismo; Leis Maria da Penha, de 2006, e do Sinal Vermelho, de 2021)²⁹⁻³³, a ST, para ser alçada à condição de DH, exige algum tipo de responsabilidade legal adicional além dos dispositivos normativos tradicionais.

Concluindo para seguir com a 5ª CNSTT

O mérito da conferência que se avizinha é trazer como tema principal uma ideia capaz de quebrar paradigmas, capaz de virar, remexer e sacudir o estado de coisas da STT em nosso país. Para isso, a 5ª começa antes do seu início (nas pré-conferências) e não termina, apenas continua. Essa é a nossa proposta para enfrentar a complexidade que envolve o mundo do trabalho. Ninguém deve estar achando que, ao fim de três dias, sairemos de lá com a STT como DH. Todavia, esperamos que ninguém também ache que, ao sair de lá, a ideia se esfumará. Essa é uma bandeira de luta referendada pela 5ª, e por isso será empunhada.

Propomos, de forma mais imediata, algumas ações factíveis que dependerão dos milhares de profissionais, militantes, trabalhadores das diversas instituições que lidam com a área (instituída na saúde pública), com o campo (disseminada nos espaços de formação) e com a questão (transversal à classe trabalhadora – sua organização – e aos poderes constituídos do Estado). Sempre com o mote STT como DH, propomos a criação de Frentes Interseccionais de Saúde no Trabalho como Direito Humano, vinculadas e/ou associadas aos Cerest, às universidades e aos parlamentos nas esferas federativas.

A Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador (CGSAT) está hoje alocada no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS). Sua atual posição hierárquica pode limitar sua capacidade de atuação ante os desafios complexos e multifacetados da STT no País.

A elevação hierárquica da CGSAT – por exemplo, para o nível de departamento ou de secretaria – traria benefícios significativos tanto em termos de autonomia quanto de efetividade na gestão de políticas públicas,

visto que apenas a vigilância em saúde não dá conta da complexidade nem do campo, tampouco da questão da ST. Isso permitiria, portanto, um maior poder decisório, capacidade orçamentária e articulação intersetorial com outras áreas do governo, como o Ministério do Trabalho e Emprego, Previdência Social, agências reguladoras e entes federativos.

Também se deve considerar que a ST é um componente fundamental do SUS e da vigilância em saúde, exigindo uma estrutura com capacidade técnica e política à altura de sua complexidade. A subordinação excessiva a estruturas mais amplas pode diluir as especificidades da área e dificultar a implementação de ações focalizadas.

Assim, propomos a elevação hierárquica da CGSAT, não apenas por uma questão administrativa, mas também como um passo estratégico para fortalecer o SUS e garantir a boa execução de políticas públicas de STT brasileiros, de forma mais eficaz, autônoma e articulada.

Sempre tendo a 5ª em movimento, propomos a criação de ‘Seminários Itinerantes e Permanentes de STT como DH’ promovidos interinstitucionalmente, sob a coordenação da CGSAT/MS. Os seminários realizados em todas as regiões do País deverão contar, minimamente, com a participação da CGSAT/MS; e no nível local, com os Cerest, as Comissões Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt) e o controle social, as Frentes Interseccionais e as universidades públicas e o parlamento locais. Propomos que os seminários sejam instituídos oficialmente e passem a ser realizados permanente e periodicamente em cada região/estado do País. Seu objetivo é o de formação continuada para Cerest/Cistt, estímulo à vigilância em STT, à criação e apoio às Frentes Interseccionais, negociação com o parlamento para audiências públicas e criação de Frentes, estabelecimento de parcerias institucionais com as universidades públicas e arena de debates de temas sensíveis e controversos.

Dentre os temas sensíveis que necessitam ser enfrentados para alcançarmos a STT como DH, destacamos alguns:

1. O corporativismo por parte do Ministério do Trabalho e Emprego que insiste em tentar impedir a atuação efetiva do SUS enquanto vigilância no mundo do trabalho^{34,35};
2. A prevaricação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em não assumir a responsabilidade regulamentadora da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)¹³;
3. A perícia previdenciária de acidente de trabalho e sua negação obstinada de direitos dos trabalhadores;
4. A desfocalização da relação saúde-trabalho nas pautas das agendas públicas sobre sustentabilidade, mudanças climáticas, energéticas e afins⁵;
5. A desvirtuação por parte de setores do próprio SUS do conceito constitucional de STT, enquanto política de saúde pública, confundindo-o com a relação privada contratual (patrão-empregado) da gestão do trabalho de trabalhadores do SUS^{36,37}.

Enquanto a formação em saúde do trabalhador continuar precária, impedindo a compreensão sobre seus significados históricos, conceituais, éticos, simbólicos, jurídicos, institucionais, epistemológicos, operacionais e, principalmente, humanísticos, teremos dificuldade em considerar a STT como DH. Por isso esses e outros temas sensíveis devem ser enfrentados, não nos escassos dias de uma conferência, mas no legado que ela pode deixar. A 8ª CNS durou cinco dias (17 a 21 de março de 1986), e ela nos colocou aqui agora, persistindo, esbravejando e lutando pela saúde do trabalhador e da trabalhadora como DH. Não vamos esmorecer porque, da 8ª CNS, extraímos que saúde é ausência do medo; e da 5ª CNSTT, extrairemos que a saúde no mundo do trabalho será um DH. A 8ª está em nós. A 5ª também estará.

Colaboradores

Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)*, Maio IS (0000-0002-7191-0357)* e Lima DOC (0000-0002-5050-6742)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2025 abr 1]; Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Gaze R, Leão LHC, Vasconcellos LCF. A Organização Internacional do Trabalho: a saúde fora do lugar [Internet]. In: Vasconcellos LCF, Oliveira MHB. Saúde, Trabalho, Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam; 2011 [acesso em 2025 abr 1]. p. 201-55. Disponível em: https://www.multiplicadoresdevisat.com/_files/ugd/15557d-ddf1e57faf984ba49c4869de86577705.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 dez 31 [acesso em 2025 abr 1]; Edição 249; Seção I:25694-5. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
4. Filho HRC. Saúde do Trabalhador – Um olhar rumo à 5a CNSTT [Internet]. [local desconhecido]: Multiplicadores de Visat; [data desconhecida] [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: https://www.multiplicadoresdevisat.com/_files/ugd/15557d_d3e6aa68fda-44b8083f65da726694075.pdf?index=true
5. Aguiar L, Vasconcellos LCF. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. Saúde debate. 2015;39(106):830-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030022>
6. Vasconcellos LCF, Aguiar L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2017;41(113):605-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711320>
7. Smartlab. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho: Promoção do Meio Ambiente do Trabalho Guiada por Dados [Internet]. [local desconhecido]: Ministério Público do Trabalho/Organização Internacional do Trabalho (MPT/OIT); [data desconhecida] [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/>
8. Fundacentro. Brasil registra 83,6 acidentes de trabalho por hora. Gov.br [Internet]. 2025 abr 28 [atualizado em 2025 abr 29; acesso em 2025 abr 1]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2025/abril/brasil-registra-83-6-acidentes-do-trabalho-por-hora>
9. Oliveira MHB, Vasconcellos LCF, Vianna MB, organizadores. Direitos humanos e saúde: refletindo sobre as dores e esperanças. São Paulo, SP: Hucitec Editora; 2025. 334 p.
10. Fundacentro. Manifesto do Dia Internacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho. Gov.br [Internet]. 2024 abr 24 [acesso em 2025 abr 1]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2024/abril/manifesto-do-dia-internacional-em-memoria-das-vitimas-de-acidentes-e-doencas-relacionadas-ao-trabalho>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuas, Divulgação [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>
12. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2025 abr 1]; Edição 182; Seção I:8055-9. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
13. Silva JARO. A saúde do trabalhador como um direito humano. Rev TRT-15 [Internet]. 2007 [acesso em 2025 abr 1];(31). Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12178/105309>
14. Bezerra BJS. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e responsabilidade constitucional sobre a proteção à saúde do trabalhador: questões não resolvidas [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019. 149 p.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). A Hora do Chega. Coletânea Rumo a 5a CNSTT. Gov.br [Internet]. 2025 abr 8 [atualizado em 2025 jun 26; acesso em 2025 abr 1]; Textos. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnstt/coletanea-rumo-a-5a-1/textos/a-hora-do-chega>

16. Tomasi di Lampedusa GT. O Leopardo [Internet]. Dias MS, tradutor. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2017 [acesso 2025 jul 14]. Disponível em: <https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/13877.pdf?srsId=AfmBOooJCrtff8D1Rl1a4epa3lhAg-AH7-mMC6r1EPVTmO6pHpmNhhj>
17. Organização das Nações Unidas – Brasil. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil [Internet]. [local desconhecido]; ONU; 2024 [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
18. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. [local desconhecido]; ONU; [data desconhecida] [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
19. Lobato LVC, Costa AM, Rizzotto MLF. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. *Saúde debate*. 2019;43:5-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912000>
20. Krein JD, Oliveira RV, Filgueiras VA. Reforma trabalhista no Brasil: promessas e realidade [Internet]. Campinas, SP: Editora Curt Nimuendajú; 2019 [acesso em 2025 abr 1]. 222 p. Disponível em: <https://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2019/09/Livro-RE-MIR-v-site.pdf>
21. Vasconcellos LCF. Saúde do Trabalhador como Direito Humano (subsídios para a argumentação da tese) [palestra na Internet]. Salvador, Bahia: 2º Simpósio de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 2º Simbrastt; 2022 nov [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: https://www.multiplicadoresdevisat.com/_files/ugd/15557d_ccda0a8befd74ccb9dadabc4794850ea.pdf
22. Supiot A. Le travail n'est pas une marchandise. Contenu et sens du travail au XXe siècle: Leçon de clôture prononcée le 22 mai 2019 [Internet]. Paris: Collège de France; 2019 [acesso em 29 abr 2025]. 72 p. (Leçons de clôture). Disponível em: <https://books.openedition.org/cdf/7026>
23. D'Ambrosio MJF. Direitos humanos e direito do trabalho: uma conexão para a dignidade. [local desconhecido]: Editora RTM Ltda; 2019.
24. Alves G. O espírito do toyotismo - reestruturação produtiva e “captura” da subjetividade do trabalho no capitalismo global. *Confluências Rev Interdiscip Sociol Direito*. 2013;10(1):97. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/conflu10i1.p20020>
25. Silva AKL, Marinho MID, Machado LSSX, et al. Assédio moral no trabalho: do enfrentamento individual ao coletivo. *Rev Bras Saúde Ocupacional*. 2019;44:e22. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000015918>
26. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez Editora; 1992.
27. Antonaz D, Lopes JSL. Para além dos sindicatos: os grupos de atingidos do trabalho [Internet]. Caxambu: Encontro Anual da ANPOCS; 2005 [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1wGtWcKp5zvq_FOV31RKRYadsaJuPHVt3
28. Souza DO. Saúde do(s) trabalhador(es): análise ontológica da “questão” e do “campo” [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016 [acesso 2025 jul 14]. 236 p. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/15900/1/Tese%20-%20Diego%20de%20Oliveira%20Souza.pdf>
29. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1940 dez 31 [acesso em 2025 abr 1]; Seção I:23911. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del-2848compilado.htm
30. Presidência da República (BR). Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021. Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Pe-

- na), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2021 jul 19 [acesso em 2025 abr 1]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14188.htm
31. Presidência da República (BR). Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2006 ago 8 [acesso em 2025 abr 1]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
 32. Presidência da República (BR). Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 (Lei do Crime Racial), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar como crime de racismo a injúria racial, prever pena de suspensão de direito em caso de racismo praticado no contexto de atividade esportiva ou artística e prever pena para o racismo religioso e recreativo e para o praticado por funcionário público. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2023 jan 11 [acesso em 2025 abr 1]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14532.htm
 33. Presidência da República (BR). Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1989 jan 6 [acesso em 2025 abr 1]; Seção I:369. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm
 34. Vasconcellos LCF. Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador: “Esperando Godot” [Internet]. Rio de Janeiro: Blog Multiplicadores de Visat; 2024 [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: https://www.multiplicadoresdevisat.com/_files/ugd/15557d_ccda-0a8befd74ccb9dadabc4794850ea.pdf
 35. Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde [Internet]. In: Vasconcellos LCF, Oliveira MHB, organizadores. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro, RJ: EDUCAM; 2011 [acesso em 2025 abr 1]. p. 423-52. Disponível em: https://www.multiplicadoresdevisat.com/_files/ugd/15557d_61f66d93edf041269e70563dfad824f9.pdf
 36. Vasconcellos LCF. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2007 [acesso em 2025 abr 1]. 421 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Tese_desenvolvimento_sustentavel.pdf
 37. Albuquerque-Oliveira PR. Saúde do Trabalhador perante os direitos fundamentais: uma crítica propositiva [Internet]. [local desconhecido]: [editora desconhecida]; [data desconhecida] [acesso em 2025 abr 1]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/artigo_publicacao.pdf

Recebido em 30/04/2025

Aprovado em 08/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Juliana Moura Corrêa

O neoliberalismo faz mal à saúde: novas configurações no mundo do trabalho e a saúde do trabalhador e da trabalhadora

Neoliberalism is bad for health: New configurations in the world of work and the workers health

Matheus Oliveira Lacerda¹, Natália Ramos da Silva¹, Eliana Costa Guerra¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210541P

RESUMO Este ensaio parte da perspectiva teórica da determinação social da saúde, tendo como objetivo problematizar a hegemonia do neoliberalismo na determinação das novas relações de trabalho na contemporaneidade e as consequências desse fenômeno para o processo saúde-doença-cuidado dos trabalhadores e das trabalhadoras, em especial no Brasil. Dessa forma, discute-se o processo de precarização do trabalho no contexto neoliberal, apresentando as suas formas de gestão do sofrimento psíquico na chamada sociedade dos adoecimentos no trabalho. Para além disso, destacam-se, também, as saídas revolucionárias arduamente construídas pela classe trabalhadora com respostas apresentadas, por exemplo, por meio dos processos de mobilização contra a escala 6x1 e/ou as reivindicações organizadas por pessoas que trabalham com entregas por aplicativos de *delivery*. Em articulação com esse debate teórico, elencaram-se dados sobre o adoecimento de trabalhadores brasileiros, bem como as suas principais demandas nos processos de mobilização realizados nos últimos anos. Assim, pretendeu-se oferecer subsídios para as discussões e proposições da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir de um debate teórico comprometido com os processos modernos de mobilização social da classe trabalhadora.

PALAVRAS-CHAVE Saúde dos trabalhadores. Precarização do trabalho. Controle social. Condições de trabalho. Exploração do trabalho.

ABSTRACT *This essay is based on the theoretical perspective of the social determination of health. It aims to problematize the hegemony of neoliberalism in determining new labor relations in contemporary times and the consequences of this phenomenon for the health-illness-care process of workers, especially in Brazil. In this way, we will discuss the process of precarious work in the neoliberal context, presenting its forms of managing psychological suffering in the so-called society of illnesses at work. But beyond this, we will also highlight the revolutionary solutions arduously constructed by the working class with responses presented through the mobilization processes against the 6x1 scale and/or the demands organized by people who work with delivery apps. In conjunction with this theoretical debate, we list data on the illness of Brazilian workers, as well as their main demands in the mobilization processes undertaken in recent years. Thus, we intend to provide support for discussions and proposals in the 5th National Conference on Workers' Health based on a theoretical debate committed to modern processes of social mobilization of the working class.*

KEYWORDS *Occupational health. Precarious employment. Social control. Working conditions. Exploitation, labor.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
matheus.lacerda@ufrn.br

Introdução

Transformações profundas têm ocorrido no capitalismo a partir dos anos 1970, marcadas especialmente por crise e estagnação, mas que apresentam suas determinações de forma mais profunda, caracterizadas por uma crise estrutural do capital¹. As respostas apresentadas para essa crise têm sido um conjunto de políticas de austeridade nomeadas como neoliberais. Como parte dessas políticas, figura uma série de mudanças relativas às relações de trabalho em que a redução de direitos, as novas formas de gestão e controle, a flexibilização da carga horária e o apagamento da relação jurídica entre empregador e empregado são parte de um conjunto de mudanças que determinam a saúde dos trabalhadores, formando o que Antunes e Praun² designam como sociedade dos adoecimentos no trabalho.

Este ensaio parte do entendimento de que a determinação social em saúde compreende muito além do simples estabelecimento de um esquema de causalidade entre variáveis sociais e agravos em saúde. Pelo contrário, a definição da determinação social em saúde segue um esforço de descrição das características e especificações de processos sociais relacionados com o processo saúde-doença-cuidado, apreendendo o real de modo concreto como síntese de determinações múltiplas³. Dessa forma, rompe-se com explicações baseadas na multicausalidade, substituindo-as pela adoção da análise dos processos de determinação histórica e social, articulada dialeticamente, com base na compreensão da determinação social em saúde⁴.

Assim, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de relatório produzido por sua Comissão de Determinantes Sociais em Saúde, as categorias fundamentais para analisar as condições de emprego, baseada no conceito de *fair employment*, são: desemprego, emprego precário, emprego informal, trabalho infantil, trabalho forçado ou escravidão⁵.

A ideia de *fair employment*, que pode ser traduzida como ‘emprego justo’, refere-se ao termo que contempla a discussão de *decent work* (emprego decente). Em uma perspectiva de saúde pública, está relacionado com o entendimento de que as relações entre empregado e empregadores, seus comportamentos, efeitos, práticas e instituições, que modificam as relações de emprego, precisam ser compreendidas como um fator-chave para a qualidade de vida dos trabalhadores.

Entretanto, González, Hartman e Cuapio⁶ desenvolvem uma crítica a essa proposição de análise por se tratar de uma compreensão que não faz uma referência direta a como as relações sociais de produção geram essas condições de emprego necessárias para sustentar a acumulação de poder e capital. Dessa forma, as categorias propostas pela OMS permitem estabelecer certas classificações em um nível de generalização a partir de um estudo sem profundidade.

Ao mesmo tempo, o aspecto ideológico dessa proposição também se apresenta pelo uso do termo *employment* (emprego), que se relaciona com a venda da força de trabalho por meio de um contrato, ao invés do termo *labor* (trabalho), que está mais relacionado com uma certa subjetividade e uso da criatividade por meio de um esforço físico ou mental para a produção.

Nessa perspectiva, Fontes⁷ sinaliza o estabelecimento dessa suposta correspondência entre o trabalho (uso da criatividade), o emprego (sujeição do trabalhador ao capital) e a vida (sociabilidade) como parte desse processo de gerência das relações de trabalho no capitalismo contemporâneo. Nesse aspecto, a compreensão dessas novas formas de trabalho e da gerência das suas relações é fundamental para o entendimento do processo saúde-adoecimento-cuidado dos trabalhadores e trabalhadoras na contemporaneidade.

Neste ensaio teórico, debruçamo-nos sobre o mundo do trabalho e suas contradições próprias ao modo de produção

capitalista na sociedade contemporânea, buscando tecer mediações para compreender como as novas formas de relações produtivas impactam o processo saúde-doença-cuidado das trabalhadoras e dos trabalhadores.

Assim, é a partir dessas inquietações, e da iminência da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT), que pretendemos contribuir em alguns pontos para o aprofundamento desse debate. Dessa forma, apontamos que o objetivo deste artigo é problematizar o processo de precarização do trabalho no século XXI, em especial no Brasil, apresentando como esse processo tem produzido novos elementos para a compreensão das determinações sociais da saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores na contemporaneidade. Além disso, pretendemos destacar, ao final, alguns processos sociais que vêm ocorrendo a partir da organização da classe trabalhadora em resposta à precarização.

Para alcançar esse objetivo, propomos este texto em formato de ensaio teórico organizado em três linhas temáticas: a) O processo de precarização do trabalho no século XXI, em que apresentamos os elementos novos como a plataformização do trabalho e o processo que tem sido chamado de ‘uberização’, bem como as contrarreformas apresentadas no contexto do neoliberalismo brasileiro como a Reforma Trabalhista; b) O adoecimento da classe trabalhadora no século XXI, no qual aprofundaremos o debate acerca do uso da ideia do empreendedorismo como forma de precarização e o neoliberalismo como forma de gestão do sofrimento psíquico da classe trabalhadora a partir de um debate teórico e de dados sobre o adoecimento de trabalhadores; e c) Movimentos contra-hegemônicos e processos de mobilização social, em que apresentamos algumas respostas em forma de movimentos de resistência à precarização do trabalho como o ‘Breque dos Apps’, a luta pelo fim da escala 6x1 e o *anti-work movement*.

O processo de precarização do trabalho no século XXI

Antes mesmo de iniciar a discussão sobre o processo de precarização do trabalho no século XXI, é necessário compreender os movimentos de atualização e reorganização que o capitalismo estabelece para se sustentar enquanto modo de produção hegemônico e, assim, rememorar o passado para compreender o presente e vislumbrar o futuro.

Desse modo, é importante compreender que as crises e depressões são intrínsecas ao modo de produção capitalista⁸, uma vez que esse sistema se orienta pela crescente concentração de riquezas, pautando-se na superexploração da classe trabalhadora, mercantilização das relações sociais e degradação da natureza. No entanto, essas crises se expressam de diferentes formas, de acordo com o contexto e com o estágio de desenvolvimento em que as relações produtivas se encontram.

No século XXI, vivemos tempos de mundialização, monopólio e financeirização do capital, isto é, se em períodos históricos anteriores as crises do modo de produção capitalista eram resultado da superprodução de mercadorias, a exemplo da crise dos anos 1970 já citada¹, na era do capital fictício e especulativo, por sua vez, são os investimentos em ações e bolsas de valores que predominantemente ditam as relações do mercado. Assim, alguns capitalistas deixam de investir seus capitais no setor produtivo para investir em ações ou em outros tipos de produto financeiro, que podem gerar lucro a partir da especulação.

Esse movimento altera diretamente as relações de produção, uma vez que é no setor produtivo que é gerada a mais-valia. Entretanto, agora, a mais-valia é apropriada pelos capitalistas do setor produtivo e do setor financeiro/especulativo. Para que esse circuito de exploração/lucro se sustente, é necessário garantir uma alta produtividade a baixos custos de produção. Dessa forma, as relações de trabalho apresentadas como ‘flexíveis’ e o emprego de tecnologias de produção têm sido

o carro-chefe para a maximização de lucros⁸. Antunes e Praun² consideram que

Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural²⁽⁴¹²⁾.

Nesse percurso da implementação de relações de trabalho ‘flexíveis’, é importante chamar a atenção para o papel do Estado enquanto o que Marx e Engels (1848) denominaram de “comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa”⁹⁽²⁾. No Brasil, um exemplo objetivo disso é a recente Reforma Trabalhista¹⁰, que alterou as principais legislações que regem as relações de trabalho entre capitalistas e classe trabalhadora, deixando as trabalhadoras e os trabalhadores ainda mais vulneráveis nessa relação que já é bastante desigual em termos de poder.

Somado a esse processo de contrarreforma legislativa, os Estados capitalistas têm empreendido processos educativos, no sentido de uma construção de narrativa ideológica, elaborados pelo patronato e caracterizados pelo disciplinamento e convencimento da força de trabalho, nos quais o desemprego deixa de ser uma ameaça disciplinadora para tornar-se uma condição normal da existência. Talvez o exemplo mais representativo desses processos educativos seja o ‘empreendedorismo’⁷.

O processo de precarização característico do empreendedorismo se dá mediante um apagamento jurídico fictício da relação de subordinação do trabalho ao capital. Isso decorre da suposta supressão do conflito entre trabalhador e empregador, em que ambos passam a ter uma relação de igualdade, sendo igualmente ‘capitalistas’. Entretanto, esse processo se configura como um mero jogo de palavras ilusório, na medida em que o trabalhador e a trabalhadora são apenas uma ‘empresa proprietária’ de si mesmos. No entanto, seguem obrigados a vender sua força

de trabalho para sobreviver e, dessa vez, em uma situação ainda mais insegura juridicamente.

Além do artifício de transformar o trabalhador em empresa, outras configurações jurídicas também têm se multiplicado sob o pretexto da necessidade do ‘desenvolvimento’. Entre elas, estão as formas de contratos parciais (jornadas parciais ou por tempo determinado), as terceirizações em diferentes níveis (subcontratações – empresa que contrata empresa para contratar trabalhador), a subordinação sem contrato (bolsistas ou estagiários), o salário por peças e o trabalho em domicílio⁷.

Outro processo de precarização tem sido o adotado por empresas como Uber ou iFood, com um modelo de negócio por vezes nomeado de ‘colaborativo’, caracterizando-se por agregar a ideia do empreendedorismo e do trabalho por demanda somado ao repasse dos custos (e não dos lucros) aos trabalhadores que, nesse modelo de negócio, são chamados de ‘colaboradores’. Assim, os custos com os instrumentos de produção, isto é, combustíveis, aquisição de meios de transporte, reparo e outros, ficam a cargo das pessoas que vendem sua força de trabalho para essas empresas.

Nesse formato ‘colaborativo’, no qual capitalistas e trabalhadores são colocados de forma falaciosa em uma igualdade de condições, os capitalistas conseguem repassar até mesmo os custos com os meios de produção para a classe trabalhadora e se desresponsabilizar pelos direitos e seguros, ou seja, há um aumento da produção com diminuição dos custos, garantindo a maximização dos lucros. Não à toa, esse processo contemporâneo com tendência à generalização nas relações de trabalho tem sido chamado de ‘uberização’¹¹.

Será, notadamente, a partir desse processo denominado ‘uberização’, compreendido aqui por nós como um estágio do capitalismo em sua face neoliberal, que pretendemos discorrer sobre os aspectos que têm determinado, social e historicamente, a saúde da classe trabalhadora nesse momento histórico, partindo da discussão sobre a determinação social no processo saúde-doença-cuidado.

O adoecimento da classe trabalhadora no século XXI

Na caracterização das relações de trabalho na contemporaneidade, Fontes⁷ explora alguns elementos que constituem a relação entre trabalho e emprego, sobretudo, na profunda contradição que apresentam entre si. Uma delas é o aspecto de ‘liberdade’ que o ser social apresenta para seguir a sua vocação, ao mesmo tempo que, cotidianamente, precisa se submeter às condições impostas pelos empregadores.

Assim, combina-se a contradição vivida pelos trabalhadores entre o temor pelo desemprego e o impedimento para realizar outras formas de produção de vida (lazer, esporte, cultura, viagens etc.). É nesse tensionamento entre a ideia de que a vida estaria fora do trabalho e a necessidade de se sujeitar a suas formas mais precárias para garantir condições materiais mínimas de sobrevivência que se passa a vida da classe trabalhadora.

Ao mesmo tempo, em uma lógica de empreendedorismo, em que o trabalhador se torna empresário de si mesmo, a gestão do tempo da própria vida torna-se uma gestão baseada em metas, no sentido de que a própria subjetividade é reduzida a métricas de produtividade e o próprio descanso e ócio (necessários para a reprodução da sobrevivência humana) são vistos como um problema.

Nesse contexto, em oposição ao termo ‘empreendedorismo’, Abílio¹² propõe o uso do termo ‘autogerenciamento subordinado’, pois esse processo combina, ao mesmo tempo, uma dispersão da classe trabalhadora globalmente, que necessita autogerenciar o seu próprio trabalho, e a centralização de uma multidão de trabalhadores de vários países subordinados a uma única empresa.

Embora ocorra uma suposta autogestão de si mesmo por parte do trabalhador, a verdadeira gestão desse processo pode ser atribuída a outro fenômeno vinculado ao capitalismo contemporâneo: o neoliberalismo. Nesse aspecto, é importante frisar que os

discursos neoliberais de meritocracia e empreendedorismo só reforçam ideologicamente as relações de exploração e desigualdade. Para Safatle, Silva Júnior e Dunker¹³, muito além de uma teoria sobre o funcionamento da economia, o neoliberalismo se constitui em uma forma de articulação entre

[...] moral e psicologia, economia e direito, política e educação, religião e teologia política, propondo um tipo de individualização baseado no modelo da empresa¹³⁽⁹⁾.

Dessa forma, o neoliberalismo determina e produz sofrimento humano à medida que elabora um processo de disciplinamento que recodifica nossas próprias identidades, valores e modos de vida de maneira a gerar uma modificação de nós mesmos. É a partir dessa construção de um ‘sujeito neoliberal’ que é possível maximizar a extração de mais-valia à custa do sofrimento humano. Como ressalta Safatle, Silva Júnior e Dunker¹³,

Se admitimos que uma forma de vida tende a manter sua unidade extraindo produtividade de suas contradições, determinadas e indeterminadas, de acordo com estratégias provenientes do trabalho e do mercado, do desejo e da linguagem, poderemos localizar os efeitos estruturais da dimensão performativa da gestão neoliberal do sofrimento¹³⁽¹⁰⁾.

Desse modo, compreendemos que essas relações de extrema precarização/exploração, apoiadas em uma gestão do sofrimento que articula aspectos do desejo e da linguagem, a partir do uso de elementos ideológicos, impactam diretamente o processo saúde-doença da classe trabalhadora. De fato, uma vez que, diante de um falso discurso de liberdade (‘seja patrão de si mesmo’) ou de mais lucratividade (‘ganhe mais trabalhando para você’), a classe trabalhadora se expõe a longas jornadas de trabalho ininterruptas, sem vínculos empregatícios formais e sem direitos previdenciários, em um processo que propõe a individualização

da responsabilidade por questões que são sociais (desemprego e baixa remuneração por exemplo).

Assim, o conceito de determinação social, quando se debruça sobre a discussão da saúde, nega o pensamento de igualdade e liberdade produzido pela sociedade burguesa e afirma que as condições de saúde de cada sujeito e suas coletividades são determinadas pela posição social na qual esse sujeito se encontra. Assim, Almeida-Filho¹⁴⁽³³⁾ propõe

[...] a determinação como conceito geral, cujas modalidades seriam múltiplas, dando como exemplo a determinação causal, a dialética e a estrutural, dentre outras.

Isto é, o panorama de saúde de um povo é determinado pelas condições materiais nas quais estão inseridos, assim como aponta Fleury-Teixeira e Bronzo¹⁵⁽³⁸⁻³⁹⁾:

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos, tanto em seu trabalho como no domicílio e entorno, conforme a sua posição social. Esse gradiente social se manifesta na comparação entre países e no interior dos países, na comparação entre os diversos estratos sociais.

Diante desse contexto, percebemos diversos processos de adoecimento da classe trabalhadora, pensando na saúde de forma integral, a dizer: aumento dos acidentes de trabalho, afastamento por agravamento de adoecimentos mentais, entre outros processos de sofrimento e pauperização da classe trabalhadora. O sistema eSocial do Ministério do Trabalho e Emprego realiza o acompanhamento dos acidentes de trabalho e tem revelado dados alarmantes:

O sistema registrou em 2023 um total de 499.955 acidentes de trabalho. Dentre os setores que mais registraram acidentes de trabalho com mortes e lesões graves no Brasil estão os setores da Construção Civil e de Transporte Rodoviário de Cargas e Passageiros. No setor da Construção Civil as principais causas estão relacionadas à queda de altura, soterramento e choque elétrico. No setor de Transporte Rodoviário de Cargas e Passageiros, as causas principais são a fadiga dos motoristas – devido ao excesso de jornada –, os riscos ergonômicos e psicossociais, a utilização de remédios e drogas estimulantes para aumentar produtividade e ganho financeiro, além de fatores como falta de manutenção nos caminhões/ônibus e rodovias precárias¹⁶.

Após a ocorrência dos agravos de saúde, o retorno ao trabalho ainda é um processo difícil para os trabalhadores, mesmo entre aqueles acompanhados por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)¹⁷.

No entanto, apesar de extremamente alarmantes, os dados referidos anteriormente dizem respeito apenas aos trabalhadores segurados pela Consolidação da Leis do Trabalho (CLT)¹⁸ e escamoteiam uma realidade ainda mais complexa e cruel: um gigantesco excedente de mão de obra que trabalha na informalidade e que ocupa postos de trabalho ainda mais precários e perigosos. Assim, para fins de aprofundamento desta discussão, podemos tomar como exemplo a situação da parcela da classe trabalhadora que desenvolve atividade laboral como entregador/a por meio de aplicativos. Ressaltamos que esse já era um posto de trabalho consolidado no País, uma vez que o Ifood, principal empresa desse ramo, foi fundada em 2011¹⁹, mas esse mercado ganhou novos contornos no Brasil a partir da pandemia. Segundo dados do próprio Ifood, “existe 1,6 milhão de pessoas trabalhando com transporte de passageiros e delivery por meio de aplicativos no Brasil”²⁰, sendo que 385,7 mil são entregadores, e 1,27 milhão são motoristas.

Primeiro, é necessário localizar historicamente essa atividade laboral em face do amadurecimento das relações produtivas. A mundialização e a popularização da internet permitiram virtualizar grandes mercados e possibilitar a compra e a venda de diversos bens e serviços. Com o advento da pandemia do vírus Sars-CoV-2, causador da covid-19, essas barreiras foram ainda mais tensionadas. Na impossibilidade de sair de casa, tudo o que poderia ser consumido se concentrou nas telas dos aparelhos eletrônicos, ou seja, as novas tecnologias não têm concorrido para pôr fim ao trabalho. O que temos assistido é a uma atualização das atribuições e à ascensão de novos postos de trabalho, assim como aponta Mollo e Acypreste²¹⁽⁸⁸⁾:

Mesmo que a grande indústria tenha evoluído e mesmo que tenhamos agora algo como a pós-grande indústria, enquanto houver capital a ser valorizado e reproduzido, não há como eliminar a força de trabalho. E não é suficiente, dentro do capitalismo, prover renda básica para todos os trabalhadores. É preciso que parte do trabalho esteja empregado, de forma que parte do seu produto seja apropriado sem pagamento. Também é necessário que os desempregados sejam suficientemente despossuídos e desprotegidos para que a venda da força de trabalho não seja interrompida, porque o lucro sai da exploração e não da divisão dos vários tipos de trabalho.

Dessa maneira, desde 2020, após o início da pandemia, assistimos a dois processos que se interligam: 1) houve significativo aumento do desemprego, em especial, no setor de serviços, em virtude do isolamento social para evitar a propagação do vírus; 2) diante desse cenário, houve aumento exponencial das vagas para a função de entregadores/as. No entanto, esses postos de trabalho apresentavam, em sua maioria, fragilidade dos vínculos empregatícios (ou mesmo a ausência deste), jornadas de trabalho extensas, baixa remuneração e condições insalubres de trabalho.

Ora, estávamos diante de uma pandemia que vitimou mais de 700 mil pessoas em nosso país²²; e uma parcela da população, na corrida para não morrer de fome, foi impelida a se expor à crise sanitária. Sendo assim, essa atividade laboral apresenta uma carga considerável de sofrimento psíquico, uma vez que, diante da necessidade de entrega rápida e eficiente, esses trabalhadores e trabalhadoras se veem em situação de risco de acidentes e, na concretização destes, ficam sem nenhum aparato previdenciário, além de muitas vezes perder ou danificar seu instrumento de trabalho (moto, bicicleta etc.).

Essa nova configuração de trabalho se caracteriza pela não relação trabalhista, ou seja, são trabalhadores a serviço de uma empresa que os desconhece enquanto empregados, sob o pretexto neoliberal que apresenta uma falsa simetria de poder: como se cada trabalhador fosse um empreendedor e, assim, ‘patrão de si mesmo’. Aqui queremos destacar três riscos permanentes a que esses trabalhadores estão expostos: acidentes, violências e adoecimento mental. Uma pesquisa intitulada ‘Projeto Caminhos do Trabalho’, realizada em 2023 pela Universidade Federal da Bahia e Fundacentro, que contou com a participação de 160 trabalhadores, aponta que “58,9% dos motoristas e entregadores relatam ter sofrido acidente de trânsito, adoecimento, assalto, agressão ou tiro enquanto trabalhavam”²³⁽¹⁷⁾.

É necessário ainda ratificar que a parcela da classe trabalhadora que ocupa esses postos de trabalho segue um certo perfil com as seguintes características gerais: predominantemente homens, jovens, negros, moradores de periferias e de baixa escolaridade, ou seja, é a população mais vulnerável e com menos oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal, que se vê obrigada a se submeter a essas condições precárias de trabalho para garantir a sua sobrevivência, mesmo que a custo da sua saúde e, muitas vezes, arriscando, inclusive, as suas vidas. A pesquisa supracitada apresenta os seguintes dados sobre o perfil dos trabalhadores de entrega e motoristas por aplicativo:

37,3% têm até 30 anos de idade; 33,7% entre 31 e 40 anos, e 29% estão acima de 40 anos. Quase todos os entrevistados são homens (96,9%), prevalecendo o estado civil solteiro (71,2%). No que concerne à raça, mais da metade se declara pardo (52,1%), seguidos de perto pelos que se declaram pretos (41,1%) e um pequeno percentual de brancos (6,8%)²³⁽¹⁰⁾.

Assim, as novas configurações de trabalho em face da lógica neoliberal, que prometeu maior liberdade e lucratividade associadas à desregulamentação e contrarreforma da legislação trabalhista, apenas concorreram para a intensificação dos processos de precarização e agravamento das desigualdades sociais, que têm levado os segmentos mais vulneráveis da classe trabalhadora a diversos processos de adoecimento, bem como à morte. Portanto, o capitalismo neoliberal faz mal à saúde da classe trabalhadora, uma vez que mercantiliza as relações sociais, isto é, “as relações sociais dos produtores aparecem como se fossem relações entre as mercadorias, como se fossem relações entre coisas”⁸⁽¹⁰⁵⁾, reduzindo a classe trabalhadora à sua força de trabalho e sequestrando-lhes a saúde e a humanidade.

Por fim, apontamos aqui como caminho a necessidade de revisitarmos o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no sentido, de reavivar o espírito da Reforma Sanitária enquanto movimento de luta, que apresenta em seu texto mais do que a proposição de um sistema de saúde, mas uma análise materialista do contexto brasileiro, além de propor um novo modelo de sociedade:

7- A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem essas condições estruturais que vêm atuando como

fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada²⁴⁽⁵⁾.

Acreditamos que apenas a mobilização social pode subverter essa lógica de exploração-adoecimento-morte que o sistema capitalista tem imposto para a classe trabalhadora e que a organização, a resistência e o desmantelamento do poderio do capital são estratégias urgentes de produção de saúde. Nesse percurso, apontamos abaixo as incidências hercúleas de organização e ações diretas da classe trabalhadora.

Movimentos contra-hegemônicos e processos de mobilização social

O desenvolvimento da história segue uma lógica dialética com contextos de avanços e retrocessos, sendo todo movimento fruto de construções sociais. É claro que os processos sociais estão também à mercê da causalidade, mas são essencialmente produções dos homens e mulheres e das ideias que predominam em seu tempo. Desse modo, as relações de produção são produções sociais historicamente determinadas.

Nesse sentido, ao passo que o capitalismo se estrutura para garantir sua continuidade enquanto modo de produção hegemônico, a classe trabalhadora, em contrapartida, também elabora e executa movimentos contra-hegemônicos de organização política, no sentido de resistir e transformar as relações sociais estabelecidas a partir das relações de produção²⁵.

Nessa direção, algumas iniciativas têm se apresentado no Brasil e no mundo, sobretudo, com o acirramento da pandemia da covid-19, momento em que os entregadores precisaram trabalhar incansavelmente para garantir suas condições materiais de existência e no qual foram imprescindíveis para garantir o isolamento social da população que estava

em *home office*. Diante disso, em 1º de julho de 2020, ocorreu uma grande paralisação das atividades dos entregadores por aplicativos. Conhecida como ‘Breque do Apps’, foi um marco na organização desse segmento da classe trabalhadora vítima da uberização. Entre as principais reivindicações, estavam:

[...] o aumento da tarifa quilométrica e do valor mínimo pago ao trabalhador por entrega realizada. [...] o pedido de reajuste anual dessas parcelas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). [...] A categoria também demanda que concedam seguro de vida, seguro contra roubo e acidente, que forneçam equipamentos de proteção individual e suporte financeiro em caso de afastamento por doença²⁶.

Após essa primeira experiência paredista forte, seguiram-se outras paralisações em pequenas e médias cidades em 2021, outro ‘Breque’ em 2023, e um mais recente forte movimento que reuniu cerca de 2 mil trabalhadores em 2025²⁷. Nessa última experiência, as reivindicações eram: o aumento da ‘taxa mínima de entrega’ para R\$ 10,00 e um adicional de R\$ 2,50 por cada quilômetro rodado, além de uma limitação de três quilômetros para o raio de atuação de ciclistas.

Entretanto, é importante destacar que, embora possam apresentar características em comum, essa categoria não é homogênea. Apesar do movimento demonstrar unidade, com reivindicações nítidas para as empresas, há diferenças entre o entendimento da relação de trabalho que deve ser assumida entre trabalhador e empregador. Uma primeira aproximação feita por estudiosos e/ou militantes permite dividi-los em três grupos: 1) os que defendem mudanças imediatas e pontuais, como a melhoria das taxas e o fim dos chamados pedidos duplos ou triplos; 2) os que defendem o cumprimento das promessas das plataformas de autonomia e flexibilidade nas relações; 3) e aqueles que reconhecem a condição de assalariado, priorizam a

formalização do vínculo empregatício com as empresas e a transparência na gestão algorítmica²⁷.

Uma das conquistas desses processos de mobilização e articulação dessa parcela da classe trabalhadora, ainda durante o período pandêmico, foi a promulgação da Lei nº 14.297, de 6 de janeiro de 2022, que previa a obrigatoriedade de as empresas garantirem algumas medidas de proteção aos/às entregadores/as, ao menos dentro do lapso temporal em que perdurou a emergência em saúde pública decorrente da pandemia da covid-19. Contudo, o texto da lei ratificava que

Art 10. Os benefícios e as conceituações previstos nesta Lei não servirão de base para caracterização da natureza jurídica da relação entre os entregadores e as empresas de aplicativo de entrega²⁸.

Processos como esses de contestação no mundo do trabalho também têm surgido em outros países. Em 2021, nos Estados Unidos da América, pessoas começaram a se organizar em uma rede social chamada Reddit para trocar experiências sobre o trabalho e as possibilidades de mudar de emprego ou simplesmente se demitir. Ao mesmo tempo, iniciaram-se processos de pedido de demissão em massa e greves de trabalhadores em diversas empresas dos mais diferentes setores. Esse fenômeno tem sido chamado de *anti-work movement* (em tradução livre ‘movimento antitrabalho’)²⁹.

Outra mobilização fundamental que tem sido encampada no Brasil, e que se relaciona com a redução de jornadas exaustivas de trabalho, é a luta pelo fim da escala 6x1 sem redução de salários, impulsionada pelo movimento Vida Além do Trabalho – movimento VAT – com o apoio de diversas entidades sindicais³⁰. A atuação dessas organizações tem ocorrido por intermédio de várias mobilizações de rua e por meios digitais, como divulgação por redes sociais, impulsionamento de *hashtags* e promoção de abaixo-assinado por plataformas digitais, demonstrando que as mudanças não

ocorreram apenas nas formas de exploração do trabalho, mas também nas formas de resistência da classe trabalhadora.

Essas mobilizações contemporâneas são alguns exemplos de que os processos de luta, diretamente relacionados com o trabalho, parecem estar se materializando tanto em países centrais do capitalismo como periféricos. Embora com a apresentação de novos contornos, com mecanismos neoliberais de gestão, controle e organização bastante sofisticados, fenômenos recentes têm nos mostrado que a luta de classes segue sendo o motor da história.

Considerações finais

O capitalismo é um modo de produção histórico, isto é, a sua existência não é um fato natural da evolução humana, ele é produzido e reproduzido pela humanidade, bem como foi o modo de produção feudal (já superado) – tanto que sua dinâmica produtiva e formas de gestão do trabalho se alteram com o tempo (capitalismo mercantil, capitalismo fordista, capitalismo financeiro etc.).

O que não muda é o seu objetivo de concentração de capital, por meio da produção coletiva das riquezas e apropriação privada dos meios de produção e dos lucros. Assim, esse sistema só deu certo para uma pequena parcela de capitalistas e proprietários dos meios de produção. É uma falácia acreditar na humanização desse modo de produção, muito pelo contrário, temos assistido a mais produção de miséria, ao passo que as riquezas se encontram cada vez mais concentradas nas mãos de poucos capitalistas.

A grande maioria da população, que não é detentora dos meios de produção, tem apenas a sua força de trabalho para vender. De acordo com o lugar social que cada sujeito ocupa, será submetido a postos de trabalhos mais ou menos precários, uma vez que não há liberdade de escolha quando o assunto é a possibilidade de morrer ou não de fome.

No Brasil, país de capitalismo periférico, as relações de trabalho são marcadas por extrema precarização, baixos salários e insuficiência de políticas públicas, sociais e previdenciárias que garantam os mínimos sociais à classe trabalhadora. Dessa forma, o trabalho tem se tornado cada dia mais um elemento de adoecimento e sofrimento para as pessoas.

Seja pelas condições insalubres, pelas longas jornadas de trabalho, pelos esforços repetitivos por muitas horas, pela intensificação dos ritmos de trabalho, seja diante do receio de perder a renda a qualquer momento pelo predomínio de relações de trabalho sem vínculos empregatícios formais, são múltiplos e variados os processos de sofrimento que essas relações de trabalho de superexploração acarretam para a classe trabalhadora.

No caminho de analisar os processos saúde-adoecimento-cuidado, portanto, é necessário repensar e reconstruir as formas de produção e consumo que imperam em nossa sociedade, desde legislações que protejam a classe trabalhadora, com a garantia de vínculos de trabalho mais seguros, até a superação do modo de produção capitalista enquanto modo de produção.

Dessa forma, é fundamental que, nas discussões que se estabelecerão na 5ª CNSTT, sejam consideradas as novas questões do mundo do trabalho e como estas operam na determinação social da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras na contemporaneidade, mas, sobretudo, que suas demandas, vocalizadas nos recentes processos de mobilização, ecoem nas proposições dessa conferência.

Ainda que a atual conjuntura econômica, política, ambiental e social imponha restrições aos processos de avanço na construção/tomada da consciência de classe e limite as possibilidades de organização, experiências como o 'Breque dos Apps', o movimento VAT e o *anti-work movement* têm demonstrado que movimentos contra-hegemônicos são possíveis e que a mobilização social popular é urgente. Ora, apenas tomando consciência de sua força, enquanto agentes que produzem todas as riquezas, e se revoltando diante de

sua situação de extrema precarização é que os trabalhadores podem se unir, se reconhecer enquanto classe e reivindicar para si outras formas de reprodução social, ou seja, outras formas de trabalhar, de viver, de adoecer e de morrer.

Por fim, apontamos a necessidade do estabelecimento de condições dignas e de ambientes de trabalho seguros para que se alcance a premissa da saúde do trabalhador e da trabalhadora enquanto um direito humano, tema importantíssimo a ser debatido na 5ª CNSTT, e reafirmamos a potência revolucionária da organização coletiva para desmontar as estratégias neoliberais de responsabilização individual pelas consequências de processos decorrentes do modo de produção capitalista. É crucial entendermos que somos seres sociais, forjados em um dado tempo e um dado espaço histórico, que é político e social, e que nada foi

dado à classe trabalhadora. Todos os direitos assegurados até o presente são fruto de lutas e conquistas desse sujeito que é histórico e coletivo. Parafraseando Chico Science, “o homem coletivo sente a necessidade de lutar”.

Colaboradores

Lacerda MO (0009-0003-8609-6647)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Silva NR (0009-0005-1022-3229)* e Guerra EC (0000-0001-8368-488X)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Mészáros I. Para além do capital. São Paulo: Boitempo; 2002.
2. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc*. 2015;(123):407-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
3. Nogueira RP. Apresentação. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 7-12.
4. Barata RB. A Posição Social e seus Reflexos sobre a Saúde. In: Barata RB. *Como e Por que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 23-39.
5. World Health Organization - Commission on Social Determinants of Health [Internet]. *Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO-CSDH; 2007* [acesso 2022 mar 1]. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/sources/articles/emconet_who_report.pdf
6. González ST, Hartman CE, Cuapio IC. El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud: Reflexión crítica sobre el Informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud (Employment Conditions Knowledge Network). In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 60-86.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Fontes V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx Marxismo*. 2017;5:45-67. DOI: <https://doi.org/10.62782/2318-9657.2017.220>
8. Netto JP, Braz M. *Economia Política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez; 2012.
9. Marx K, Engels F. *Manifesto do Partido Comunista* [Internet]. Londres; 1848 [acesso em 2022 mar 1]. Disponível em: <https://www.portalabel.org.br/imagens/pdfs/manifesto-comunista.pdf>
10. Presidência da República (BR). Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2017 jul 14 [acesso em 2025 jul 24]; Edição 134; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm
11. Abílio LC, Amorim H, Grohmann R. Uberização e plataformação do trabalho no Brasil: conceitos, processos e formas. *Sociologias*. 2021;23(57):26-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-116484>
12. Abílio L. Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. *Psicoperspectivas*. 2019;18(3):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue3-fulltext-1674>
13. Safatle V, Silva Júnior NS, Dunker C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica; 2021.
14. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 13-36.
15. Fleury-Teixeira P, Bronzo C. Determinação social da saúde e política. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 37-59.
16. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portal de Notícia [Internet]. Gov.br. 2024 jul 21 [atualizado em 2024 jul 22; acesso em 2025 abr 15]; Notícias e conteúdos. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2024/Julho/no-brasil-foram-registrados-2-888-acidentes-fatais-em-2003-segundo-dados-esocial>
17. Freitas KG, Baptista PCP, Camarotto JÁ, et al. Desafios do Retorno ao Trabalho na perspectiva dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho. *Saúde debate*. 2025;49(144):e9147. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449147P>
18. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 1943 ago 9 [acesso em 2025 abr 15]; Seção I:11937. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm
19. iFood [Internet]. [local desconhecido]: iFood; © 2023. O que é o iFood?; 2023 mar 23 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: <https://institucional.ifood.com.br/noticias/o-que-e-o-ifood/>.
20. iFood [Internet]. [local desconhecido]: iFood; © 2023. Pesquisa traça o perfil dos entregadores de aplicativo; 2024 mar 17 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: <https://institucional.ifood.com.br/entregadores/pesquisa-traca-o-perfil-dos-entregadores-de-aplicativo/>
21. Mollo MDLR, Acypreste R. O debate recorrente sobre o fim do trabalho com o desemprego tecnológico. *Braz J of Political Econ*. 2023;43(1):78-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-31572023-3371>
22. Ministério da Saúde (BR). COVID-19 [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
23. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho; Universidade Federal da Bahia. *Levantamento sobre o Trabalho de Entregadores e Motoristas das autointituladas “plataformas*

- digitais" [Internet]. [Salvador]: UFBA; 2023 [acesso em 2025 abr 12]. (Relatório de Pesquisa; n. 2, v. I). Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2023/agosto/fundacentro-e-ufba-celebram-acordo-para-mapear-adoecimento-ocupacional/relatorio-caminhos-do-trabalho-2023-entregadores-e-motoristas-final.pdf>
24. Ministério da Saúde (BR). 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 1986 [acesso em 2025 abr 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
25. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. 1ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1999.
26. Delgado GN, Carvalho BV. Breque dos Apps: direito à resistência na Era Digital. *Le Monde Diplomatique Brasil* [Internet]. 2020 jul 27 [acesso em 2024 abr 15]; Era digital. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/breque-apps-direito-de-resistencia-na-era-digital/>
27. Gonsales M. Breque dos apps: a ascensão do novo proletariado de serviços. *Blog da Boitempo* [Internet]. 2025 abr 3 [acesso em 2025 abr 15]; Comentários. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2025/04/03/breque-dos-apps-a-ascensao-do-novo-proletariado-de-servicos/>
28. Presidência da República (BR). Lei nº 14.297, de 6 de janeiro de 2022. Altera a Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, para dispor sobre o contrato de trabalho para a realização de serviços em plataformas digitais *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2022 jan 6 [acesso em 2025 abr 15]; Edição 4; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14297.htm
29. Ascott E. What is the anti-work movement and why is it growing? *All Work Space* [Internet]. 2021 nov 5 [acesso em 2024 abr 15]; Workforce. Disponível em: <https://allwork.space/2021/11/what-is-the-anti-work-movement-and-why-is-it-growing/>
30. Sampaio C. Trabalhadores não aguentam mais: entidades lançam campanha pelo fim da escala 6x1 sem redução de salário. *Brasil de Fato* [Internet]. 2025 mar 11 [atualizado em 2025 mar 12; acesso em 2025 abr 14]; Política. Disponível em: <https://www.brasil-defato.com.br/2025/03/11/trabalhadores-nao-aguentam-mais-entidades-lancam-campanha-pelo-fim-da-escala-6x1-sem-reducao-de-salario/>

Recebido em 15/04/2025

Aprovado em 08/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Cristina Strausz

Vida Além do Trabalho? Notas sobre jornadas extensas, emancipação política e a saúde dos trabalhadores

Life Beyond Work? Notes on long working hours, political emancipation, and workers' health

Katia Reis de Souza¹, Alzira Mitz Bernardes Guarany², Claudia March³

DOI: 10.1590/2358-28982025E210373P

RESUMO O objetivo principal deste ensaio consiste em problematizar os temas das jornadas extensas de trabalho, da emancipação política e da saúde dos trabalhadores com enfoque no movimento Vida Além do Trabalho (VAT). Defende-se a tese segundo a qual o tema da intensificação da jornada laboral consiste em uma questão de saúde pública, histórica e atual, com agravantes para a questão racial e de gênero, cujas expressões contemporâneas podem ser vistas em manifestações de rua e debates parlamentares, e que teve recrudescimento, no Brasil, com o movimento VAT. Por meio de pesquisa bibliográfica, constatou-se que a relação entre ausência de tempo livre, precarização do trabalho, adoecimento, racismo e patriarcado faz parte da mesma trama do capital, que transforma continuamente as formas de exploração e opressão da classe trabalhadora. Portanto, reconhece-se que o tempo de trabalho e de não trabalho constituem, seguramente, aspectos da desigualdade e da precarização social de trabalho no Brasil. Ao fim, verifica-se que a resistência política levada a termo pela luta a favor do tempo livre consiste, em última análise, na luta contra as desigualdades estruturais, na qual a ausência de liberdade constitui-se em mais um aspecto do esgotamento das relações humanas e sociais do capitalismo no século XXI.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Jornada de trabalho. Emancipação social.

ABSTRACT The main objective of this essay is to examine the themes of long working hours, political emancipation, and workers' health, focusing on the Life Beyond Work (VAT) movement. It argues that the intensification of working hours is a public health issue, both historically and currently, with aggravating factors related to race and gender. These contemporary expressions can be seen in street protests and parliamentary debates and have intensified in Brazil with the VAT movement. Through bibliographic research, it was found that the relationship between the absence of free time, job precarization, illness, racism, and patriarchy is part of the same capitalist framework, which continuously transforms the forms of exploitation and oppression of the working class. Therefore, it is recognized that both working time and non-working time are key aspects of inequality and social labor precarization in Brazil. In conclusion, political resistance through the fight for free time ultimately constitutes a struggle against structural inequalities, where the lack of freedom is yet another aspect of the exhaustion of human and social relations under 21st-century capitalism.

KEYWORDS Workers' health. Work hours. Social emancipation.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
katia.reis@fiocruz.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

A dominação do tempo de trabalho é um tema inevitável e presente na dinâmica histórica do capitalismo. Configura-se, em última análise, pela exploração e opressão de trabalhadores por jornadas extensas e intensas, com consequências coletivas à saúde. Entretanto, a história não é linear nem evolutiva, conforme a acepção do materialismo histórico; ao contrário, ela apresenta descontinuidades e irrupções sociais^{1,2}. Certamente, uma das resistências empreendida pela classe trabalhadora contra as desmedidas do capital ao longo dos séculos consiste, justamente, na luta contra o mais-trabalho, o que renasce atualmente na arena da luta de classes no Brasil com o movimento denominado ‘Vida Além do Trabalho’ (VAT).

Foi com perplexidade e otimismo que recebemos a notícia da eleição de um vereador no Rio de Janeiro para o mandato 2025-2029, cujo mote de campanha foi, precisamente, a diminuição do tempo da jornada de trabalho. Trata-se de um jovem trabalhador, Ricardo Azevedo (‘Rick’), pertencente ao ramo do comércio, que defende a redução da denominada escala 6x1 – seis dias semanais de trabalho por um de descanso. No clamor desse movimento, afirma-se ser impossível ter vida digna com jornadas que tomam todo o tempo dos trabalhadores, reduzindo a possibilidade de horas que deveriam ser dedicadas ao lazer, à família, à política, à cultura ou, simplesmente, à preguiça, como diria Paul Lafargue³, em texto escrito já no ano de 1850. ‘Vida além do Trabalho’ foi o lema do movimento que levou Rick à representação de milhares de trabalhadores na câmara municipal e que hoje se estende como debate na câmara legislativa federal por meio de Proposta de Emenda à Constituição (PEC), com o apoio da deputada Erica Hilton, primeira mulher trans e negra eleita para o cargo na história do Brasil, que lidera a bancada de um partido de esquerda no Congresso Nacional.

Tudo parece novidade, mas o fato é que, desde o século XIX, a classe trabalhadora luta

pelo direito à regulamentação digna da jornada de trabalho. Trata-se de uma pauta civilizatória que manifesta, em última análise, a luta de classes contra a dominação e a exploração da vida laboral^{4,5}. Nas palavras de Marx⁴⁽³⁷⁰⁾, “a criação de uma jornada de trabalho é o produto de uma longa e mais ou menos oculta guerra civil entre as classes capitalistas e trabalhadoras”. Foi, precisamente, no capítulo 8 do livro do Capital, dedicado ao tema da ‘jornada de trabalho’, que Marx postula que a exploração capitalista, para a obtenção de lucro e extração da mais-valia absoluta, realiza-se pelo aviltamento do tempo de trabalho e suas pausas, o que impõe a necessidade de resistência pela classe operária para defesa coletiva da vida. De acordo com Marx⁴⁽³⁴²⁾, o mais-trabalho

[...] tende a minar a saúde dos trabalhadores [...] O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração.

Nos escritos do livro ‘d’o Capital’⁴, chamam atenção os relatórios dos inspetores do trabalho na Inglaterra, uma das fontes de estudo de Marx, a respeito das jornadas extenuantes e processos de trabalho desgastantes. Embora Marx⁴ tivesse como referência central de seus estudos a sociedade industrial e fabril, ele também apresenta excertos dos relatórios de inspetores do trabalho londrino referentes às intensas jornadas de padeiros do comércio de panificação, ou seja, no setor de serviços no ano de 1848:

[...] começam a trabalhar regularmente às 11hs da noite e se ocupam da panificação até as 8 horas da manhã seguinte, realizando uma ou duas pausas bastante curtas [...] em seguida são encarregados da entrega do pão até 4, 5, 6 horas da tarde, e mesmo até 7 horas da noite⁴⁽³²⁴⁾.

Na época, debatia-se o prolongamento desmedido da jornada de trabalho e do

sobretreinamento semanal, jornadas noturnas e dominicais; viviam-se, igualmente ao que acontece hoje, protestos nas ruas e nas sessões do parlamento de Londres contra as jornadas extensas. Embora a jornada representasse a espoliação do tempo quase que completa das horas do dia, indagava-se sobre o porquê de a indústria de pães estarem sempre “abarrota de novos candidatos?”⁴⁽³²⁵⁾, o próprio Marx responde que “ou trabalhar por mais tempo ou ficar na rua”⁴⁽³⁵⁷⁾. Trata-se de uma contradição fundamental existente no centro das relações capitalistas, postulada no clássico dilema entre o reino da necessidade e o reino da liberdade^{4,5}.

Marx⁴ assegurava que a luta pelo direito ao tempo livre começa pela redução da jornada de trabalho. Assim, parece correto afirmar que o fulcro do movimento insurgente atualmente no Brasil, o VAT, vai ao encontro dos preceitos estabelecidos pela crítica da economia política marxista, e que se ergue devido a trabalhadores sentirem ‘na própria pele’ a exploração do trabalho. Nesse caso, o vereador Rick arriscou e constituiu um tempo em meio a sua exaustiva jornada, como trabalhador do comércio, por meio das redes sociais, tornando pública a sua indignação contra a escala laboral 6x1 e a favor da vida fora do trabalho, o que obteve a adesão e o apoio importante de parcela da classe trabalhadora.

Não obstante, as novas ofensivas do capital, sob a hegemonia do neoliberalismo, impõem o aumento da jornada de trabalho e outras formas de usurpação das horas de vida do trabalhador, tal qual a eliminação de pausas de descanso intrajornadas e interjornadas, até a ampliação da idade de aposentadoria. Trata-se da flexibilização do trabalho que configura o universo do trabalho precarizado, atingindo especialmente as mulheres em geral e negras em especial, pela sua histórica responsabilização pelo trabalho do cuidado e da reprodução da força de trabalho^{6,7}, assim como a população negra com uma inserção periférica e marginal no mercado de trabalho^{8,9}. Antunes¹⁰⁽¹⁴²⁾ assegura que, na atual fase do capitalismo, “o domínio do trabalho é, mais do que nunca,

domínio do tempo de trabalho”. Assim, a remuneração do tempo livre do trabalho parece ser algo inconcebível para o capital.

No plano histórico, as jornadas de trabalho e as horas efetivamente trabalhadas são pautas tradicionais da classe trabalhadora do ponto de vista da remuneração e do salário. No entanto, reivindicações para garantir pausas, descansos, folgas, férias, aposentadoria e momentos de não trabalho, embora também façam parte de uma luta secular, perderam força política ao longo da história de luta dos trabalhadores.

No plano internacional, assiste-se a movimentos de jovens trabalhadores de recusa e abandono do trabalho superexplorado e exaustivo imposto pelo capitalismo neoliberal, especialmente depois da pandemia da covid-19. São dignos de nota movimentos como aqueles que acontecem na França¹¹, na China como o *tangping*, na América do Norte como a ‘Grande renúncia’ e a comunidade *antiwork*. Todos, buscam a (re)afirmação de que há vida além do trabalho¹².

No Brasil, parece que a prática de intensificação e da superexploração da força de trabalho se tornou característica do capitalismo local, agravado pela herança deixada pelo período colonial e pelo sistema patriarcal, que, a despeito das conquistas impostas pelos movimentos organizados em prol da igualdade de gênero e raça, ainda hoje mostra suas marcas, sempre buscando formas de naturalizar e justificar os retrocessos de conquistas, sobretudo em contexto de desemprego estrutural¹⁰.

Registre-se, ainda, aquilo que a medicina social latino-americana preconiza a respeito do desgaste suscitado pelo trabalho exaustivo, por ausência de pausas e descanso e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores¹³, o que será analisado no contexto da nova dinâmica do trabalho e suas transformações.

Neste ensaio, defende-se a tese segundo a qual o tema da extensão e intensificação da jornada de trabalho consiste em uma questão de saúde pública, histórica e atual, com agravantes para a questão racial e de gênero, cujas expressões contemporâneas podem ser vistas

em manifestações de rua e debates parlamentares, e que teve recrudescimento, no Brasil, com o movimento VAT. Destarte, o objetivo principal consiste em problematizar os temas das jornadas extensas de trabalho, da emancipação política e da saúde dos trabalhadores com enfoque no movimento de defesa da vida e da saúde, em perspectiva coletiva. Quanto ao procedimento metodológico, adotou-se a pesquisa bibliográfica por meio do levantamento de fontes secundárias procedente da literatura crítica, histórica e atual, como livros e artigos em periódicos, principalmente, nas bases indexadas nacionais, considerando o objetivo e a temática central do estudo¹⁴.

O tempo como fator de dominação e precarização da vida do trabalhador

Interpreta-se que a exploração do tempo laboral é fator de aprofundamento das desigualdades sociais e suscita a ampliação das formas de dominação dos trabalhadores, individual e coletiva. Portanto, reconhece-se que o tempo de trabalho e de não trabalho constitui, seguramente, aspectos da desigualdade e da precarização social de trabalho no Brasil.

Em termos históricos, é digno de menção o panfleto revolucionário escrito em 1880 por Paul Lafargue³, publicado no jornal socialista ‘L’*égalité*’, intitulado ‘Direito à preguiça’, que teve um sucesso sem precedentes, comparável apenas ao ‘Manifesto comunista’ de Marx e Engels⁵⁽⁸¹⁾. Nessa época, erguiam-se importantes ‘bandeiras de luta, manchadas por sangue’, em decorrência de movimentos, greves e levantes de trabalhadores pela redução das horas de jornada de trabalho que foram conquistadas ainda no século XIX. O próprio Paul Lafargue, na época um dos principais dirigentes socialistas franceses, protagonizou e convocou greve pela jornada de oito horas⁵. De acordo com esse mesmo pensador, a moral capitalista tem por ideal reduzir o produtor ao mínimo de

suas necessidades humanas, “suprimir suas alegrias e suas paixões e condená-lo ao papel de máquina que entrega trabalho sem trégua ou misericórdia”³⁽⁵⁶⁾. No texto do panfleto, sobressai a ideia da necessidade capital de não renunciar à luta pela redução da jornada de trabalho, sob risco de contrair o aumento de “misérias individuais e sociais”³⁽⁶³⁾. O autor exalta a preguiça e o repouso como benefício à saúde e considera que a sobrecarga de trabalho enfraquece e embrutece os trabalhadores. Nas palavras de Lafargue: “Descansar é saúde”³⁽⁶¹⁾. A pessoa livre devia dedicar seu tempo a discutir os assuntos do Estado e a cuidar de sua defesa, haja vista que “o trabalho assalariado é a escravidão moderna”³⁽¹¹⁷⁾. Lafargue foi um precursor, ao lado de Marx, da defesa do tempo livre como pauta de luta emancipadora da classe trabalhadora.

A literatura, nacional e internacional, que registra a história da luta secular dos trabalhadores pela redução da jornada de trabalho é rica em fatos e ilustrações⁵. No Brasil, em linhas gerais, esse tipo de pleito remonta ao ano de 1883, quando trabalhadores da ‘Typographia Nacional’ reivindicaram benefícios de aposentadoria e pensão. Todavia, o período do governo de Getúlio Vargas (1930/1945) foi marcante, considerando a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho, a CLT, e que regulamentou férias (1931), o horário de trabalho do comércio (1932) e a chamada Convenção Coletiva de Trabalho (1932). Já em 1945, mesmo com a redemocratização política, Camargo¹⁵ evidencia que as reivindicações sindicais se voltavam para as chamadas pautas tradicionais, principalmente o aumento salarial, cessando pleitos coletivos relacionados com a jornada de trabalho. Dando um salto na história, verifica-se que somente ao final da ditadura civil-militar, em 1985, retomou-se a luta pela jornada de 40 horas sucedida no ABC paulista com a participação de 300 mil trabalhadores, em uma greve que se arrastou por 54 dias.

A partir da Constituição Federal de 1988, que estabelece a jornada semanal de 44 horas, trabalhadores passaram a reivindicar

a redução das horas de trabalho, mas, note-se, sem a redução de salário. Por seu turno, o patronato vincula a redução do tempo de trabalho à subtração salarial. Em março de 2004, as seis centrais sindicais do País lançaram uma campanha conjunta pela redução da jornada de 44 para 40 horas¹⁵. Tal movimento, a nosso juízo, poderia recrudescer no fulcro do movimento pela VAT.

No ano de 2016, após o golpe contra a presidenta Dilma Rousseff, ocorreram perdas de direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora, como aqueles que foram assegurados, ainda, pela CLT no período do presidente Getúlio Vargas. Almeida et al.¹⁶ asseveram que a atual configuração da CLT exhibe mais de 200 dispositivos legais modificados, o que amplia a possibilidade de exploração da força de trabalho e a flexibilização da jornada laboral.

Nessa toada, são dignos de registro os sucessivos reveses que abateram a classe trabalhadora e que enfraqueceram sindicatos, principalmente, durante o governo Temer. Destacam-se episódios como a reforma da Previdência, a Reforma Trabalhista e a Lei da Terceirização. No tocante aos itens da reforma trabalhista do ano de 2017, destacam-se algumas perdas importantes alusivas ao tempo de trabalho, como a alteração do intervalo intrajornada que, antes, era no mínimo de 1 hora¹⁷ (art. 71, caput, da CLT). A reforma estabeleceu que o intervalo para refeição/repouso fosse disponível em sede de convenção coletiva e de acordo coletivo de trabalho, havendo, assim, poder de prevalência do negociado sobre a lei. Na época, o argumento político era que a flexibilização favorecia a criação de mais empregos, o que não se verificou na prática. Ainda no ano de 2017, também foi retirado das leis trabalhistas o tempo de deslocamento do trabalhador (horas *in itinere*) como parte integrante da jornada de trabalho (Lei nº 13.467). Sem dúvida, essas mudanças, que ampliam a flexibilização da jornada, possuem a finalidade de diminuir os custos do trabalho para o capital e viabilizar as condições de acumulação, compatível com

os preceitos de uma economia de natureza ultraliberal¹⁸.

Por outro lado, foi, também, no ano de 2017 que se realizou uma greve geral de âmbito nacional, mobilizando, somente em São Paulo, cerca de 30 mil trabalhadores. Registre-se que a greve geral consiste em uma estratégia pela qual os movimentos sociais mobilizam um conjunto de repertórios de ação contestatória com a intenção de alcançar um objetivo que, nesse caso, era primordialmente se contrapor aos impactos das políticas de austeridade do governo Temer¹⁹. No plano da história de luta de classes, indaga-se sobre a urgência e a atualidade de uma nova greve geral no Brasil, considerando conforme visto, que não são poucos os motivos que a justifiquem, principalmente no tocante às medidas trabalhistas que vigoram e que são alusivas às formas de flexibilização da jornada de trabalho.

Assim, enquanto ao longo do tempo trabalhadores lutaram para reduzir a jornada de trabalho – bem como para conquistar o direito ao descanso semanal remunerado, a férias, licenças maternidade e paternidade, abonos de falta e outros temas correlatos –, os empregadores procuraram formas para manter e ampliar a exploração do tempo laboral. Por exemplo, apropriando-se do tempo livre conquistado por meio da imposição de horas extras; intensificando o tempo de trabalho mediante inovações tecnológicas e organizacionais, com o fito do aumento do ritmo e a da dominação do trabalho²⁰.

Camargo¹⁵ chama atenção para a lógica do capital de considerar privilégio o trabalhador dispor de fim de semana, férias e aposentadorias com remuneração. Para esse autor, a referência é a desregulamentação total do trabalho procedente dos padrões gerenciais norte-americanos. Assim, registre-se, ainda, em relação aos cânones do mercado de exploração do tempo de trabalho, o crescimento do chamado ‘Banco de Horas’, que se expande no bojo da reforma trabalhista de 2017. Nesse sistema, as horas trabalhadas a mais pelo empregado não geram o pagamento de horas extras, pois o

excedente é compensado posteriormente com a redução da jornada de trabalho, o que nem sempre se efetiva por parte do empregador. A adoção do banco de horas é embasada legalmente na CLT que foi alterada, nesse ponto, pela Lei nº 13.467/2017²¹.

Todo esse cenário sinaliza para a urgência do fortalecimento das organizações dos trabalhadores. Consta-se a importância dos sujeitos coletivos, como os sindicatos, nos movimentos disruptivos de greves e mobilizações a favor da redução do tempo de trabalho. Em se tratando do movimento de greve, compreende-se enquanto um espaço de experiência coletiva dos trabalhadores, no qual se desenvolve a luta por direitos contrapondo-se a patrões e governos. A greve pode ser considerada uma das formas de resistência pedagógica, aberta e democrática na luta por melhores condições de trabalho e saúde²².

A saúde dos trabalhadores do ramo de serviço e as resistências sociais

O setor serviço ou terciário, ramo ao qual pertencia o autor intelectual e político do movimento VAT no Brasil, pelo fim das jornadas 6x1, é constituído por uma ampla e heterogênea estrutura econômica e trabalhista. Trata-se de um ramo que responde por mais de dois terços do Produto Interno Bruto nos países desenvolvidos e que, no Brasil, emprega cerca de três quartos da população economicamente ativa²³. Complementarmente, Dal Rosso²⁴ observa a tendência de que, em breve, a imensa maioria da força de trabalho estará concentrada em atividades terciárias, inclusive em países ricos, o que levaria a uma nova configuração da divisão (internacional) do trabalho. Essa transformação consiste essencialmente na redução proporcional do emprego no setor industrial e expansão do setor terciário.

No que concerne aos estudos empíricos sobre o trabalho no comércio varejista, Claro²⁵

chama atenção para características gerais das condições de trabalho, como jornadas que alcançam 14 horas diárias, baixo nível salarial e pouca estabilidade. Os trabalhadores com vinculação temporária são os mais prejudicados, pois a maioria não possui benefícios sociais. A autora destaca, ainda, a presença predominante das mulheres nesse ramo de atividade que apresentam sofrimento quanto à sobreposição de responsabilidades como a maternidade, os cuidados com familiares idosos e a extensão do trabalho doméstico. Nesse ponto, importa considerar, com Hirata²⁶, que no quadro de um capitalismo patriarcal, embora se possa constatar o aumento nas taxas de ocupação feminina, também se deve assinalar a persistência das desigualdades, tanto entre sexos quanto entre raças e entre classes, na medida em que são interdependentes e indissociáveis. Além da luta pela redução do tempo de trabalho, novas pautas e antigas reivindicações deveriam retornar ao debate público, como a remuneração do trabalho doméstico, já que persiste no Brasil e ainda em grande parte do cenário internacional como trabalho gratuito e explorado²⁷.

Há que se destacar, especialmente, o trabalho de mulheres negras, vítimas do ‘racismo genderizado’, conforme a denominação de Kilomba⁷, resquício do período colonial escravocrata. Os postos mais precários e as jornadas mais extensas e superexploradas, sobretudo nos trabalhos do cuidado, são destinados às mulheres negras, a mucama permitida na sociedade moderna⁸, pois, como afirma Nascimento⁹⁽⁵⁸⁾: “A herança escravocrata sofre uma continuidade no que diz respeito à mulher negra. Seu papel como trabalhadora, grosso modo, não muda muito”.

Estudos específicos sobre saúde e escala de trabalho 6x1 evidenciam queixas e problemas na percepção dos próprios trabalhadores, tais como: “o único dia de folga acaba sendo utilizado para tarefas como idas a bancos, médicos e tarefas de casa, ficando sem dia de lazer”²⁸⁽⁴⁾. Outra dificuldade relatada é o tempo de deslocamento para o trabalho, que

deve ser considerado, também, como parte do tempo laboral. Para Aguiar e Horodyski²⁹, o tempo livre pode ser conceituado como o número de horas que uma pessoa passa por dia fazendo o que deseja. Entretanto, esse mesmo estudo concluiu que na escala 6x1, de trabalhadores pertencentes ao ramo do turismo, não se dispõe de tempo livre satisfatório para lazer ou outra atividade fora do trabalho. A falta de tempo livre foi apontada, igualmente, no estudo de Oliveira³⁰ com trabalhadores do ramo de limpeza, como uma das principais causas do desligamento voluntário e da grande rotatividade nesse tipo de atividade. A autora constatou que trabalhadores buscam uma escala de trabalho diferente da 6x1, que proporcione mais liberdade e melhores propostas salariais.

Minayo e Pena²³ observam que processos de trabalho no setor de serviço possuem repercussões na saúde mental, enfocam principalmente aspectos referentes ao controle emocional que toma corpo no próprio processo de trabalho. De acordo com os autores, a gestão da emoção representa a moderação disciplinada de afetos, estados de ânimo e condutas corporais.

[...] o sorriso e a expressão facial, dissociadas de afeto, e a beleza padronizada são incorporadas ao processo de trabalho do serviço, segundo critérios raciais, sexuais, etários e outros²³⁽³⁸⁰⁾.

Complementarmente, Dal Rosso²⁴⁽³⁹⁾ afirma que o trabalho, como o do ramo de serviço, sofre com uma forma diferenciada de intensificação laboral, que diz respeito, precisamente, à “intensidade” do trabalho, pois parte essencial do seu processo volta-se para o desgaste inerente aos componentes emocional e relacional. Nele, o trabalho é mais cobrado por resultados e por maior envolvimento do trabalhador, com efeitos nocivos sobre a saúde. Nessa perspectiva, o afeto, a emoção e a inteligência representam fronteiras abertas à dominação e à exploração do capital. De acordo com Dal Rosso²⁴, a questão da intensidade do trabalho não consiste em um evento

individualizado, e sim em uma condição geral do trabalho contemporâneo, fixada em regras e normas de conduta, “constituindo um padrão de organização que, portanto, independe dos desejos, das vontades e das características específicas de cada trabalhador”²⁴⁽⁴³⁾. Em nota técnica, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese)²⁰ assevera que

A discussão sobre a intensidade do tempo de trabalho está praticamente ausente na legislação brasileira, o que tem dificultado muito a aceitação patronal em iniciar um processo de negociação sobre essa temática. Essa dificuldade no processo de negociação coletiva vem de longa data, desde os anos 1980 o movimento sindical pressiona para participar das discussões sobre as mudanças tecnológicas e organizacionais²⁰⁽⁷⁾.

Entretanto, até o momento, observa-se que as ações dos trabalhadores não conseguiram efetuar transformações efetivas a favor dos coletivos de trabalho e da saúde.

No plano do sofrimento e adoecimento em decorrência do trabalho, Han³¹, no livro a ‘Sociedade do Cansaço’, aponta para o esgotamento e a exaustão de trabalhadores no século XXI e evidencia a Síndrome de *Burnout* (SB) como consequência patológica do esgotamento no trabalho por excesso de investimento pessoal. O autor descreve a SB como um tipo de “colapso psíquico”³¹⁽⁸⁶⁾, uma enfermidade típica do nosso período histórico. Entrementes, a SB não expressa somente o “si-mesmo esgotado, mas antes a alma consumida”³¹⁽²⁷⁾. Para Han³¹, no atual contexto, o tempo de pausas, recessos, horas de festividade e celebração desaparecem em prol do tempo de dedicação ao trabalho. Assim, para esse mesmo autor, vive-se uma época na qual o tempo de trabalho é totalitário³¹⁽¹¹³⁾ e, curiosamente, celebrado em detrimento da vida plena e contemplativa, o que configura tempos de uma nova barbárie social, na qual se vive, ao fim, em uma sociedade privada de liberdade³¹⁽³⁷⁾.

No entanto, os trabalhadores não são sujeitos passivos ante o sofrimento e a tentativa de dominação; na verdade, eles são, reconhecidamente, sujeitos ativos que promovem a defesa coletiva da saúde com vistas à emancipação individual e coletiva¹¹. Assim, defender uma lei que estenda a possibilidade de vida para além do trabalho pode ser considerado como ato de ‘salubridade pública’, conforme a acepção de Besancenot e Lowy⁵. De acordo com esses autores, “a redução de trabalho merece ser exumada de suas cinzas e orgulhosamente reabilitada”⁵⁽⁹⁶⁾. Sugere-se que, com a luta pela redução da jornada de trabalho, deveria se somar outra pauta valiosa, como o questionamento sobre o trabalho por turnos noturnos ininterruptos e suas consequências coletivas à saúde, como mostra o estudo de Tobias e Kawamoto²⁸, cujos resultados apontam impactos negativos, tais como: distúrbios do sono e do ritmo biológico, ansiedade e irritabilidade, mudanças no estado emocional, distúrbios gastrointestinais e problemas cardíacos.

Importa considerar que a luta pela VAT teve como característica central ter sido realizada, inicialmente, por redes sociais telemáticas, o que nos incita a pensar na importância do papel da militância política pela internet. A classe trabalhadora ocupa novos territórios de luta que não são só aqueles tradicionalmente reconhecidos pelas organizações sindicais como os locais de trabalho, em sua forma presencial, embora ainda estejamos longe de um ‘sindicalismo digital’³². Autores como Santana³² questionam o que poderia ser denominado, de fato, ação conectiva coletiva. Trata-se de um novo glossário conceitual que se impõe diante de novos tempos de ações digitais em rede. De acordo com Santana³², pensar na ação conectiva como ação coletiva é importante, pois vivenciamos novos caminhos de transformação da ação política. No entanto, as plataformas e as novas tecnologias possuem múltiplos usos, o que inclui a vigilância e o controle sobre os trabalhadores, afinal, essas plataformas são desenvolvidas com a lógica do mercado liberal, não se constituindo em ferramentas

neutras. Nessa perspectiva, adverte-se para a importância da efetiva observação e análise dos movimentos de resistências de classe e a sua historicidade na era digital.

Certamente, os processos de trabalho no ramo de serviço contemporâneo também estão organizados em ambientes digitais, como o trabalho uberizado ou platformizado. Antunes¹⁰ faz alusão aos trabalhadores com atividades por plataforma e por aplicativos, como motoristas de carro, *motoboys* e *bike*-entregadores de ‘novo proletariado de serviços’. Trata-se de importantes transformações ocorridas na organização e na natureza das relações de trabalho associadas à utilização das novas tecnologias que se aprofundaram no contexto de crescimento da chamada Indústria 4.0 e da expansão da automação e da inteligência artificial. Nessas novas relações, por meio de plataformas, chama atenção a recusa dos empresários de se reconhecerem como empregadores e, por conseguinte, da negação de vínculos trabalhistas e de assalariamento³³.

Na chamada uberização, a exploração do tempo de trabalho é invisibilizada, pois alega-se liberdade e autonomia para organização do próprio tempo, o que não se verifica na prática³⁴. Constata-se a prevalência das formas de gerenciamento algorítmico, aspecto central do trabalho da era digital, com destaque para o chamado ‘contrato zero hora’. Antunes¹⁰ assegura que este se trata do trabalho sem contrato, no qual não há previsibilidade de horas a cumprir nem direitos assegurados, “basta uma chamada e os trabalhadores devem estar on-line disponíveis, configurando a modalidade de trabalho intermitente”¹⁰⁽²³⁾, também aprovada pela reforma trabalhista de 2017.

Contudo, considera-se a greve dos entregadores por aplicativos um marco na história das lutas e resistências dos trabalhadores em tempos telemáticos, mas que sofrem com antigas fórmulas de exploração e dominação. Ocorrido no período da pandemia da covid-19, o movimento ficou conhecido como ‘Breque dos aplicativos’, sendo realizado integralmente por meio do ativismo virtual, principalmente

por grupos de WhatsApp. A título de curiosidade, registre-se que a escolha do termo ‘breque’ foi uma definição consensual sucedida em discussões entre os próprios entregadores, em substituição à tradicional denominação ‘greve’, como forma de diferenciação e personalização do movimento³².

Na esfera dos serviços, chama atenção ainda, no que se refere ao tempo laboral, o serviço das teleoperadoras, mais especificamente no setor de telemarketing. Para Nogueira e Sad³⁵, a ‘gestão do tempo’ do teleatendimento constitui o âmago do processo de trabalho do telemarketing, sobretudo o controle das pausas. De fato, uma das práticas mais famosas no mundo dos *call centers* é, precisamente, o monitoramento das pausas no uso de banheiros, embora seja um direito garantido por norma legal pela NR-17. Atualmente, o setor de telemarketing amplia a sua atuação por meio da transferência do teleatendimento para a residência dos trabalhadores. Segundo os autores, essas novas vagas criadas são, em sua grande parte, ocupadas majoritariamente pelo gênero feminino, seguido pelo gênero LGBTQIAPN+. Isso, segundo as autoras, justifica-se por essa modalidade de trabalho apresentar características de trabalho altamente precarizado, com consequências à saúde: “Adoecimento e precarização fazem parte de uma mesma relação”³⁵⁽³⁵⁹⁾. Nesse mesmo estudo, a maioria das trabalhadoras entrevistadas respondeu que o “*tempo livre não tem nada de livre*”, uma vez que ele não está desvinculado das tarefas domésticas e afazeres relacionados com o cuidado familiar.

Em novo contexto, luta-se pelo limite das jornadas por meio do direito à desconexão do trabalho e pelo direito de remuneração da chamada ‘Hora Tecnológica’, como o caso dos sindicatos de professores no Brasil, importante ramo do serviço público³⁶. Em termos concretos, o direito à desconexão é compreendido como um direito fundamental à privacidade e ao lazer, da limitação da jornada de trabalho, dos períodos de descanso nos intervalos intra e interjornada, repouso semanal remunerado

e férias anuais remuneradas. Souto-Maior³⁷ assevera que estamos diante de verdadeiro direito ao não trabalho. Trata-se da negação da extensificação e intensificação laboral e da afirmação do princípio da dignidade da pessoa humana, por almejar a proteção do direito à saúde. Souza et al.³⁶ lembram que

[...] o direito ao lazer e ao descanso são assegurados tanto pela Constituição Federal, quanto pela legislação trabalhista nacional e internacional, trazendo como consequência prática a limitação de jornada. O direito à desconexão em si, porém, ainda não conta com proteção legal autônoma no Brasil, a despeito de já ser regulamentado em alguns países³⁶⁽¹⁵⁷⁾.

Não obstante, um dos aspectos nefastos das jornadas laborais extensas consiste, precisamente, na ausência de tempo para a atividade política coletiva presencial³. Entretanto, observa-se que a ampliação dos movimentos paredistas que lutam pelo fim da escala 6x1, tal qual a greve de trabalhadores da Pepsico no Brasil, processou-se no chão de fábrica. Trata-se de movimento deflagrado no segundo semestre de 2024, cuja pauta central defendia as condições de trabalho, a redução da jornada laboral (incluindo a possibilidade de folgas aos finais de semana) e o fim da escala 6x1³⁸. A resposta à reivindicação sindical, por parte dos empregadores, foi a implementação da escala 6x2 e a recusa da redução da jornada de trabalho. O movimento paredista não aprovou a proposta, o que provocou a intimidação do movimento com uso da força policial e bônus para aqueles que não aderissem à greve. Esse movimento evidencia a expansão da mobilização pelo fim da escala 6x1 e a importância da pauta para a classe trabalhadora, que deve combinar a luta pelas redes sociais com atos públicos em diversas capitais e cidades do Brasil, a exemplo da mobilização de novembro de 2024³⁹. Por certo, escalas aviltantes se configuram como estratégia de dominação do tempo de trabalho e se somam às outras formas de exploração laboral.

É digno de nota, ainda, o fato de que a reivindicação pela redução da jornada de trabalho sempre esteve conectada com o combate ao desemprego⁵. Para Mattos⁴⁰, não se pode menosprezar o peso do desemprego como fator importante para a compreensão do avanço da precarização das relações de trabalho. Nesse ponto, enfatiza-se a situação dos trabalhadores informais, que constituíam 48,5% da força de trabalho no Brasil no ano de 2022⁴¹. Esses trabalhadores não têm sequer o direito a optar por uma escala segura do ponto de vista da saúde. Trata-se de segmentos de trabalhadores que estão fora da proteção da CLT e de outros dispositivos legais. Ademais, o trabalho informal absorve mais mulheres do que homens, mais negros do que brancos²⁶.

No tocante à questão racial no trabalho, a desigualdade e a superexploração impostas à população negra no capitalismo neoliberal dos séculos XX e XXI deitam raízes no Brasil colônia, quando os negros africanos foram sequestrados e comercializados como coisas para outro continente a fim de serem vendidos e objetificados^{42,43}. Deve-se registrar, também, o racismo científico, usado para justificar a desigualdade social e laboral sem ferir o discurso civilizatório⁴⁴. Além disso, o pacto da branquitude, que naturalizou as graduações entre as raças⁴⁵ e o gênero, suscitando diversas formas de opressão. Nessa direção, os negros, embora livres, não conquistaram o direito civilizatório da igualdade e do acesso ao trabalho decente, tampouco conseguiram o direito a políticas de reparação e de compensação pelos séculos de trabalho escravizado e explorado. A imensa maioria dos ex-escravizados tornou-se exército industrial de reserva e massa marginal⁸, mão de obra precária aproveitada, especialmente, pelos postos informais, superexplorados, sem direito à vida sem trabalho. Não à toa, em 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁴⁶ registrou a composição de gênero e raça dos 40,9% de trabalhadores informais: 46,8% eram ocupados por mulheres negras, e 46,6%, por homens negros; enquanto mulheres brancas representavam 34,5%, e homens

brancos, 33,3%. De forma similar, apontou que, nas atividades com menor rendimento médio, como nos ramos da construção civil e dos serviços domésticos, os trabalhadores negros aparecem com maior proporção de presença, representando, respectivamente, 65,1% e 66,4%⁴⁶.

A superexploração do trabalho se inscreve na exploração do tempo no capitalismo e inclui também a dominação do tempo biológico do trabalhador ao longo da vida. Nesse escopo de compreensão, merece atenção o fator geracional do trabalho que evidencia importantes desigualdades sociais. O estudo de Silva⁴⁷ mostra que os jovens constituem o segmento que mais sofre com o desemprego entre os grupos etários. Para o autor, percursos laborais construídos por parte da juventude trabalhadora brasileira a partir da ‘Lei Nacional de Aprendizagem’, criada em 2000, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, “garante a contratação de jovens, de 14 a 24 anos, na forma de aprendizes, obrigando grandes empresas a contratarem de 5 a 15% de seu efetivo de jovens”⁴⁷⁽⁸⁾. No estudo, Silva⁴⁷ conclui que o ingresso dos jovens no mercado de trabalho se dá por meio de inserções provisórias, de forma precária e difícil. Dito de outro modo, constituem-se por itinerários laborais marcados por longas jornadas de trabalho e baixos salários, como o trabalho com telemarketing, nas suas múltiplas configurações, sobretudo daqueles jovens do meio urbano que completaram pelo menos o ensino médio.

Em outro extremo do tempo de vida, estudos, como os de Pazos e Ferreira⁴⁸ realçam a permanência cada vez maior de idosos no trabalho e sinalizam para o problema específico de saúde pública denominado ‘idadismo’ ou ‘ageísmo’⁴⁹. Trata-se de uma discriminação que influencia a formação de estereótipos, como a representação de improdutividade. No entanto, sabe-se da significativa participação dos idosos para a renda familiar no Brasil, seja procedente da ocupação de trabalho e da aposentadoria. Pazos e Ferreira⁴⁷ apontam que, no “século XXI essa participação no mercado

de trabalho brasileiro aumentará devido à elevação da idade mínima para a aposentadoria com a Nova Previdência⁴⁸⁽²⁾. Ademais, identificam-se lacunas de conhecimento a respeito da temática do idadismo, principalmente no que se refere às sobredeterminações sociais, como raça, gênero e escolaridade.

Considerações finais

O trabalho volta a ocupar lugar de destaque na cena política e republicana. As reivindicações pelo fim da jornada 6x1 combinam mobilização pelas redes sociais³⁹ com o movimento da luta tradicional das organizações de trabalhadores, a exemplo da greve no chão de fábrica da Pepsico do Brasil³⁸.

A adoção de políticas positivas e compensatórias tem diminuído algumas das iniquidades que marcam o mundo do trabalho. Todavia, dados levantados pela Oxfam⁵⁰ indicam que estamos superando em ritmo mais acelerado a desigualdade de gênero, mas pouco avançando no tocante à questão racial, o que se traduz em racismo, desigualdade salarial e superexploração na esfera do trabalho – as disparidades raciais ainda persistem de forma expressiva.

Do ponto de vista do campo da saúde do trabalhador, as lutas são interpretadas como

fator de amadurecimento da experiência coletiva e defesa da saúde¹³. Posto isso, espera-se que a luta contra jornadas intensas de trabalho seja potencializadora de outras lutas de caráter emancipatório de maneira a garantir direitos à classe trabalhadora, tal como acabar com a terceirização das atividades de trabalho, o que ocasionou a divisão e desmobilização das bases sindicais.

Por fim, alega-se que a ausência de tempo livre, a precarização do trabalho, o adoecimento, o racismo e o patriarcado fazem parte da mesma trama do capital, que transforma continuamente as formas de exploração e opressão da classe trabalhadora. A resistência política levada a termo pela luta a favor do tempo livre se constitui, em última análise, na luta contra as desigualdades estruturais, na qual a ausência de liberdade constitui-se em mais um aspecto do esgotamento das relações humanas e sociais do capitalismo no século XXI.

Colaboradoras

Souza KR (0000-0002-2084-2606)*, Guarany AMB (0000-0001-7717-7216)* e March C (0000-0001-5651-9512)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Postone M. Tempo, trabalho e dominação social: uma reinterpretação da teoria crítica de Marx. São Paulo: Boitempo; 2014.
2. Hobsbawm E. Sobre história. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
3. Lafargue P. O direito à preguiça. São Paulo: Veneta; 2021.
4. Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do Capital. São Paulo: Boitempo; 2013.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Besancenot O, Löwy M. A jornada de trabalho e o “reino da liberdade”. São Paulo: Editora Unesp; 2021.
6. Davis A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo Editora; 2016.
7. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogá; 2019.
8. Gonzalez L. Primavera para as rosas negras. São Paulo: Editora Filhos da África; 2018.
9. Nascimento B. Uma história feita por mãos negras. Rio de Janeiro: Zahar Editora; 2021.
10. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviço na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.
11. Graveleau S. «Il avait tout pour être heureux. Qu'est-ce qu'on a raté ?» : paroles de parents de bifurqueurs. Le Monde [Internet]. 2024 dez 11 [acesso em 2024 dez 20]; Stages & premier emploi. Disponível em: https://www.lemonde.fr/campus/article/2024/12/11/il-avait-tout-pour-etre-heureux-qu-est-ce-qu-on-a-rate-paroles-de-parents-de-bifurqueurs_6441567_4401467.html?utm_campaign=feed&utm_medium=referral&utm_source=later-linkinbio
12. Torres López J. A Grande Renúncia ao emprego (ruim). Associação Brasileira de Estudos do Trabalho – ABET [Internet]. 2021 out 25 [acesso em 2024 dez 20]; Opiniões e Entrevistas. Disponível em: <https://abet-trabalho.org.br/a-grande-renuncia-ao-emprego-ruim/>
13. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
14. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1986.
15. Camargo LOL. Perspectivas para o lazer com o impasse da luta pela redução da jornada de trabalho – o caso brasileiro. Licere. 2009;12(2):1-35. DOI: <https://doi.org/10.35699/1981-3171.2009.877>
16. Almeida HP, Esteves TV, Vasco, MJ, et al. Resistência e reorganização operária: um relato da luta unificada do setor petroleiro na baixada santista. In: Pina JA, Jackson Filho JM, Souza KR, et al. Saber operário, construção de conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 2021. p. 239-71.
17. Presidência da República (BR). Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1943 ago 16; Seção 1:11937.
18. Souza FM. Vida além do trabalho: reflexões sobre a jornada de trabalho e as possibilidades de dano existencial [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2022 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/20383/1/FMSouza-min.pdf>
19. Santos JV. “Greve Geral! Greve Geral!”: austeridade e protestos contra as reformas fiscais (2016-2019). Mediações – Rev Cien Soc. 2021;26(3):607-20. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2021v26n3p607>
20. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Redução da jornada de trabalho: uma luta do passado, presente e futuro. Nota Técnica [Internet]. 2010 [acesso em 2024 dez 20];(87):1-9. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2010/notatec87ReducaoJornadaTrabalho.pdf>
21. Leal LF, Pires, CMR, Carvalho LO, et al. Os impactos causados pela reforma trabalhista no regime de banco de horas. Rmic [Internet]. 2019 [acesso 2025 fev 3];3(1):3-18. Disponível em: <https://ulbracds.com.br/index.php/rmic/article/view/2781>
22. Souza LO, Pina JA, Souza KR. Resistência e práxis na greve dos professores da rede pública municipal do Rio de Janeiro. Trab Educ Saúde. 2022;17(1):e0017002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00170>
23. Minayo C, Pena P. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. Saude Soc. 2010;19(2):371-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200013>

24. Dal Rosso S. Mais trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo; 2008.
25. Claro MMF. Condições de vida, trabalho e saúde dos trabalhadores de comércio em relação à sazonalidade turística [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2022 [acesso 2025 fev 3]. 209 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/84323>
26. Hirata H. Gênero, patriarcado, trabalho e classe. *Trab Necessário*. 2018;16(29):14-27. DOI: <https://doi.org/10.22409/tn.16i29.p4552>
27. Federici S. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante; 2017.
28. Tobias PB, Kawamoto Junior LT. Impactos pessoais e profissionais causados pelo trabalho em regime de escala de uma equipe de enfermagem. *Espacios* [Internet]. 2015 [acesso 2025 fev 5];36(24). Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a15v36n24/15362425.html>
29. Aguiar AB, Horodyski GS. Profissionais de turismo e tempo de lazer: um estudo de caso com a equipe do Complexo Turístico Itaipu em Foz do Iguaçu (PR). *Rev Aprox Paraná* [Internet]. 2024 [acesso 2025 fev 5];6(11):10-23. Disponível em: <https://revistas.unicentro.br/index.php/aproximacao/article/view/7746/5661>
30. Oliveira MK. Identificação das causas da rotatividade na função de servente de limpeza [monografia na Internet]. Brasília, DF: Centro Universitário de Brasília; 2014 [acesso 2025 fev 5]. 25 p. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/7989>
31. Han B. Sociedade do cansaço. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017.
32. Santana MA. As plataformas e as lutas: desafios para a ação digital da classe trabalhadora. In: Antunes R, organizador. *Icebergs à deriva*. São Paulo: Boitempo; 2023. p. 469-90
33. Filgueiras V, Antunes R. Plataformas digitais, uberização do trabalho e regulação no capitalismo contemporâneo. In: Antunes R, organizador. *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. São Paulo: Boitempo; 2020. p. 59-78.
34. Luna NTC, Oliveira ASM. Os entregadores de aplicativos e a fragmentação da classe trabalhadora na contemporaneidade. *Rev katálysis*. 2022;25(1):73-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e82588>
35. Nogueira CM, Sad C. A fenomenologia da exploração das teleoperadoras. In: Antunes R, organizador. *Icebergs à deriva*. São Paulo: Boitempo; 2023. p. 345- 359.
36. Souza KR, Santos GB, Rodrigues AMS, et al. Trabalho docente, tecnologias digitais e a defesa da saúde: desigualdades na educação pública em contexto de crise sanitária. *Trab Educ*. 2023;32(2):144-61. DOI: <https://doi.org/10.35699/2238-037X.2023.45948>
37. Souto Maior JL. Do direito à desconexão do trabalho. *Revista do TRT-15* [Internet]. 2003 [acesso 2025 mar 3];23:296-313. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/108056>
38. Sindicato dos trabalhadores nas indústrias de laticínios e alimentação de São Paulo e região. Histórico de Greve na PepsiCo do Brasil: pelo fim das escalas 6x1 e 6x2 [Internet]. São Paulo: Stilasp; 2024 [acesso 2025 fev 5]. Disponível em: <https://www.stilasp.org.br/post/hist%C3%B3rico-de-greve-na-pepsico-do-brasil-pelo-fim-das-escalas-6x1-e-6x2>
39. VAT – Vida além do trabalho [Internet]. [data desconhecida] [acesso em 2025 fev 7]. Disponível em: https://www.instagram.com/movimento_vat?igsh=NjNrbGxoa2p5dA==
40. Mattos MB. A classe trabalhadora: de Marx ao nosso tempo. São Paulo: Boitempo; 2019.
41. Pochman M, Silva LC. O Brasil no capitalismo do século XXI: desmodernização e desencadeamento intersetorial. Campinas, SP: Editora da Unicamp; 2023.

42. Munanga K. Origens africanas do Brasil contemporâneo. São Paulo: Global Editora; 2007.
43. Moura C. Dialética radical do Brasil Negro. São Paulo: Editora Ana Garibaldi; 2024.
44. Mattos MB. Recuando no tempo e avançando na análise: Novas questões para os estudos sobre a formação da classe trabalhadora no Brasil. In: Goldmache M, Mattos MB, Terra Paulo Cruz. Faces do trabalho: escravizados e livres. Niterói, Rio de Janeiro: EdUFF; 2010. p. 11-26.
45. Bento C. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
46. Belandi C. Em 2022, rendimento-hora dos trabalhadores brancos (R\$ 20,0) era 61,4% maior que o dos pretos ou pardos (R\$12,4). Agência IBGE [Internet]. 2023 dez 6 [acesso em 2024 dez 18]; Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38543-em-2022-rendimento-hora-dos-trabalhadores-brancos-r-20-0-era-61-4-maior-que-o-dos-pretos-ou-pardos-r-12-4#:~:text=Em%202022%2C%2040%2C9%25,tinham%20taxas%20abaixo%20da%20m%C3%A9dia>
47. Silva JH. Trajetórias de trabalho: empregos precários e inserções provisórias. Pro-Posições. 2023;34:e20200107. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0107>
48. Pazos PFB, Ferreira AP. Pessoa idosa, mercado de trabalho, idadeismo e a saúde do trabalhador: revisão de escopo. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2024;27:e240004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.240004.pt>
49. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório mundial sobre o idadeismo [Internet]. Washington: OPAS; 2022 [acesso em 2025 mar 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275724453>
50. Gonçalves C. Um retrato das desigualdades brasileiras – 10 anos de desafios e perspectivas [Internet]. São Paulo: Oxfam Brasil; 2024 [acesso em 2024 dez 18]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/10-anos-de-desafios-e-perspectivas/>

Recebido em 22/03/2025

Aprovado em 30/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Cristina Strausz

O trabalho de cuidados na agenda da saúde: invisibilidade, sobrecarga e desgaste de mulheres trabalhadoras

Care work on the health agenda: Invisibility, overload, and strain on female workers

Élida Azevedo Hennington¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210430P

RESUMO O trabalho de cuidados é complexo e multidimensional, abrangendo uma ampla gama de atividades, remuneradas ou não, desde as tarefas domésticas e o cuidado de crianças e idosos, de pessoas com doenças crônicas ou incapacitadas até o cuidado dos lugares, das cidades, da natureza. Destaca-se a necessidade de reconhecer a centralidade do cuidado no capitalismo para a reprodução da força de trabalho e o funcionamento da economia e da sociedade. Historicamente, o trabalho de cuidados tem sido associado às mulheres e naturalizado como feminino, o que perpetua as desigualdades de gênero. É um trabalho frequentemente invisibilizado e desvalorizado social e economicamente, o que contribui para sua precarização. Dupla e tripla jornada de trabalho, informalidade, baixos salários e sobrecarga física e mental causam sofrimento, desgaste e adoecimento das trabalhadoras, principalmente de mulheres negras. Defende-se a necessidade de políticas públicas articuladas que reconheçam o trabalho de cuidados como essencial para a coletividade e que promovam sua valorização e redistribuição. Considerando o trabalho de reprodução social como um relevante problema político e social, a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deve incluir na agenda o debate a respeito do trabalho de cuidados e desenvolver ações para preservação, proteção e promoção da saúde das trabalhadoras.

PALAVRAS-CHAVE Sobrecargas do cuidador. Gênero. Raça. Políticas públicas. Saúde da trabalhadora.

ABSTRACT *Care work is complex and multidimensional, embracing a wide range of activities, whether paid or unpaid, from household chores and caring for children, older adults, people with chronic illnesses or disabilities, places, cities, and nature. We underscore the need to recognize the centrality of care in capitalism for the reproduction of the workforce and the functioning of the economy and society. Historically, care work has been associated with women and naturalized as feminine, which perpetuates gender inequalities. This kind of work is often invisible and undervalued socially and economically, which contributes to its precariousness. Double- and triple-work shifts, informality, low wages, and physical and mental overload cause distress, strains, and illness among workers, especially Black women. The need for articulated public policies that recognize care work as essential for the community and promote its appreciation and redistribution is advocated. Considering social reproduction work as a relevant political and social problem, Occupational Health must include the debate on care work on the agenda and develop actions to preserve, protect, and promote the health of working women.*

KEYWORDS *Caregiver burdens. Gender. Race. Public policy. Occupational health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elida.hennington@fiocruz.br



Introdução

“O que chamam amor, nós chamamos de trabalho não remunerado”⁽⁴⁰⁾.

O cuidado deve ser considerado um direito humano. Construída a partir das lutas feministas, a noção de cuidado como direito e do direito ao cuidado inclui a priorização do valor da reprodução social e o reconhecimento da contribuição invisível das mulheres para sustentação e bem-estar da sociedade, para sobrevivência e manutenção da força de trabalho e, conseqüentemente, para promoção do desenvolvimento humano, do ambiente e da economia dos países. Neste ensaio, o trabalho de cuidados deve ser considerado de forma genérica, abarcando uma ampla gama de ocupações, mas igualmente tratamos do trabalho reprodutivo como toda atividade que se destina a manter a vida humana, independentemente se ocorre de forma remunerada ou não, dentro ou fora do ambiente doméstico.

O trabalho de cuidados pode ser considerado paradigma da divisão sexual do trabalho ao expressar relações de poder na sociedade, marcada por relações sociais desiguais e hierárquicas entre os sexos². Naturalizado como ‘feminino’, na verdade, esse tipo de trabalho oculta profundas relações de exploração, opressão e desvalorização³. Essa percepção é fruto das bases subjetivas da divisão sexual do trabalho que se manifestam nos sistemas de gênero. Tais sistemas foram socialmente construídos para promover a participação masculina na vida pública e, ao mesmo tempo, dificultar e desencorajar as mulheres a assumirem papéis e carreiras fora do espaço doméstico, em ocupações tidas como tradicionalmente masculinas, econômica e socialmente valorizadas⁴.

Sabe-se que as desigualdades entre mulheres e homens no mercado de trabalho persistem de forma inabalável no cenário brasileiro. Boletim especial do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese)⁵ sobre o dia internacional da mulher

de 2025 refere que, apesar do aumento do Produto Interno Bruto (PIB) e da criação de 1,7 milhão de empregos com carteira assinada em 2024, as mulheres continuam apresentando as maiores taxas de desemprego e precarização, os menores salários e, ainda, o acúmulo de tarefas domésticas e de cuidado, incluindo atividades relacionadas com os cuidados de outras pessoas e de lugares, atribuição que muitas realizam como trabalho remunerado fora dos limites dos próprios lares, marcando o contexto de desigualdades de gênero no País.

Desde 2022, as mulheres passaram a ser responsáveis por mais da metade dos domicílios brasileiros, superando os homens na chefia (52%)⁵. Além disso, nos lares monoparentais, nos quais um adulto vive com os filhos sem a presença de um cônjuge, a chefia feminina chegou a 92%⁽⁴¹⁾. Por outro lado, as mulheres ganharam, em média, 22% menos que os homens⁵. Ainda nesse ano, as mulheres em cargos de direção e gerência receberam, em média, cerca de R\$ 40 mil a menos do que os homens nas mesmas funções⁵.

As mulheres são as principais responsáveis pelo trabalho de cuidados no Brasil, que inclui tarefas domésticas e atividades fora do ambiente familiar, além de cuidados de crianças, idosos e pessoas incapacitadas ou com deficiência. Em 2022, a proporção de mulheres que realizaram afazeres domésticos foi de 91,3% enquanto entre os homens essa proporção foi de 79,2%⁶. Sobre o trabalho em cuidado, a proporção de mulheres que realizaram esse trabalho foi de 34,9%, e entre os homens, a taxa foi 23,3%⁶.

Em 2022, a média de horas dedicadas à realização de afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas foi estimada em 17 horas semanais⁶. Com relação à cor/raça, as pessoas pardas (17,4 horas) e pretas (17,1 horas) dedicaram mais tempo a essas atividades em comparação com as brancas (16,5 horas)⁶. No sentido de caracterizar melhor essa média, foi feita a diferenciação segundo o sexo e a condição na ocupação:

Desse modo, observou-se que a mulher não ocupada dedicou, em média, 24,5 horas semanais a afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas, enquanto o homem não ocupado dedicou um pouco mais da metade desse tempo (13,4 horas) em 2022. Essa diferença entre mulheres e homens se manteve elevada mesmo quando se consideram apenas as pessoas ocupadas: as mulheres ocupadas dedicaram, em média, 6,8 horas a mais a essas atividades que os homens ocupados⁶⁽⁷⁾.

Por outro lado, estudo de Camarano et al.⁷ – sobre as pessoas que exercem a função de trabalhador doméstico e de cuidador remunerado a partir de dados da Pesquisa Nacional sobre Trabalho Doméstico e de Cuidados Remunerados realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica (Ipea) em parceria com o Ministério da Igualdade Racial em 2023 – revelou que 93,9% das pessoas ocupadas são mulheres, em sua grande maioria, mulheres negras (65,7%)⁷. Esse cenário reforça a importância desse tipo de ocupação como fonte de renda para muitas mulheres brasileiras.

Essencial para a reprodução do capital e para a sociedade, o trabalho de cuidados continua desvalorizado e invisibilizado, além de pouco reconhecido como determinante no processo saúde-doença das trabalhadoras brasileiras. É tema atual e de extrema relevância que afeta diretamente as mulheres na sua pluralidade e diversidade – mas principalmente as mulheres racializadas, que realizam o cuidado cotidianamente no âmbito familiar e fora de seus domicílios, de forma não remunerada e/ou remunerada – e que traz consequências como a sobrecarga de trabalho e o desgaste físico e psicossocial, chegando até o esgotamento. Apesar disso, o trabalho de cuidados ainda não foi devidamente visibilizado e incorporado às discussões prioritárias do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT).

As desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro

As desigualdades de gênero e raça estruturam o mercado de trabalho brasileiro, um país de capitalismo dependente e de passado colonial e escravocrata, que convive com problemas relacionados com a limitada capacidade de criação de empregos formais, o desemprego crônico e os baixos salários. Estudo da Feijó⁸ publicado no portal da Fundação Getúlio Vargas (FGV), com base nos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do 4º trimestre de 2022, demonstrou que existe uma baixa proporção de mulheres na força de trabalho no Brasil quando comparada com a de homens: em média, de cada 10 mulheres em idade para trabalhar, apenas 5 participam do mercado de trabalho como pessoas empregadas ou buscando um emprego; enquanto entre os homens, 7 a cada 10 estão na força de trabalho. Nesse período, mais da metade das pessoas desocupadas eram mulheres. Isso expressa dificuldades de acesso e permanência no mercado do trabalho no qual as desigualdades de gênero limitam a participação feminina.

Sobre desemprego, dados do 3º trimestre de 2024 da PNAD Contínua⁹ mostraram que, no Brasil, existiam 91 milhões de mulheres com 14 anos ou mais, das quais 48 milhões faziam parte da força de trabalho. Havia 3,7 milhões de mulheres desocupadas: a taxa de desocupação de mulheres era de 7,7%, 2,4 pontos percentuais superiores à desocupação masculina (5,3%)⁵. Cerca de 31% daquelas que estavam fora da força de trabalho disseram que não estavam aptas a trabalhar porque tinham que cuidar dos afazeres domésticos, dos filhos ou de outros parentes. De outro modo, somente 3% dos homens que estavam fora da força de trabalho alegaram que as tarefas domésticas ou os cuidados com outras pessoas não permitiam que eles trabalhassem⁵.

Com relação à escolaridade, análise do 4º trimestre de 2022 da PNAD Contínua⁸ demonstrou que o desemprego foi maior entre as pessoas que têm até o ensino médio completo, mas há diferenças entre homens e mulheres. A taxa de desemprego entre homens com até o ensino fundamental II completo foi de 7,7%, e entre as mulheres, atingiu 13,4%, indicando que os homens, mesmo com baixos níveis educacionais, conseguem ser absorvidos pelo mercado de trabalho mais facilmente do que as mulheres com o mesmo nível de escolaridade⁸. Dados da PNAD Contínua, 3º trimestre de 2024, quanto à raça indicaram que a taxa de desocupação de mulheres negras (9,3%) é superior à de homens negros (6%), de mulheres não negras e de homens não negros (5,8% e 4,4% respectivamente)⁹⁽¹⁾.

O aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho determinou uma ‘tensão’ entre as esferas do trabalho produtivo e do trabalho não remunerado – “uma tensão que recai especialmente sobre as mulheres, levando à conhecida dupla – ou tripla – jornada”¹⁰⁽¹⁹⁷⁾. A dupla jornada de trabalho semanal sobrecarrega homens e mulheres brasileiras, mas, sobremaneira, as mulheres. São 53 horas semanais de trabalho para os homens e 55 horas para as mulheres em média, desconsiderando o tempo dispendido com o transporte até o local de trabalho⁵. Com o trabalho no âmbito familiar e as atividades de cuidado, há evidente sobrecarga de trabalho total entre as mulheres, o que acaba afetando outras esferas da vida, como a socialização, o lazer, a educação, o autocuidado e a participação política¹¹.

[...] essa ‘economia invisível’, formada por atividades laborais de cuidados, não remuneradas – como a preparação de alimentos, o cuidado de crianças, doentes e população idosa, as atividades de limpeza do lar, entre outras –, desempenha um papel fundamental na reprodução da força de trabalho e possibilita o crescimento econômico dos países, representando uma espécie de ‘subsídio’ às economias nacionais. Um ‘subsídio’ que se ergue contra as

próprias mulheres que realizam esse trabalho, impedindo-as de ampliar suas capacidades, alcançar sua autonomia econômica e exercer outros direitos¹¹⁽²²⁾.

Além da divisão sexual do trabalho, persiste, no Brasil, uma divisão racial do trabalho, como já advertia Lélia González¹²⁽⁵⁰⁾:

Ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no nível mais alto de opressão. Enquanto seu homem é objeto da perseguição, repressão e violência policiais (para o *cidadão* negro brasileiro, desemprego é sinônimo de vadiagem; é assim que pensa e age a polícia brasileira), ela se volta para a prestação de serviços domésticos junto às famílias das classes média e alta da formação social brasileira.

A análise da taxa composta de subutilização da força de trabalho revela com maior clareza o dinamismo do mercado de trabalho que não está restrito ao desemprego, propiciando uma análise mais acurada. De acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa composta da subutilização da força de trabalho agrega três categorias: os desocupados (pessoas sem trabalho e em busca ativa de uma colocação no mercado), os que trabalharam menos horas do que desejavam e aqueles que gostariam de trabalhar, mas que, por algum motivo, estavam impossibilitados¹³⁽⁵⁶⁾.

As discriminações de raça, gênero e classe a que as mulheres negras estão submetidas – como exposto por Lélia González – se desdobram em uma série de desvantagens no mercado de trabalho, como o confinamento a empregos informais, mais precarizados, sem direitos trabalhistas e menores remunerações, mesmo em períodos de crescimento econômico. Por sua vez, isso gera porcentagens piores de desocupação, desalento e subocupação¹³⁽⁵⁶⁾.

Ao observar medidas de subutilização da força de trabalho que estimam com mais precisão a demanda por trabalho da população, fica clara a sobrerrepresentação de mulheres negras. Segundo dados da PNAD Contínua contabilizados pelo Dieese⁵⁽³⁾, 3º trimestre de 2024, a taxa de subutilização foi de 19,4% entre as mulheres e de 12,6% entre os homens. Entre as negras, 23,2% das mulheres estavam nessa condição. No 2º trimestre de 2024, as mulheres negras subocupadas representavam 72% do total de desocupadas, enquanto, entre as brancas, essa proporção era de 66%¹³⁽⁵³⁾. No que se refere ao total de desocupadas, as mulheres negras desalentadas representavam 45%, enquanto, entre as brancas, o percentual era de 32%. Para os homens negros, o desalento correspondeu a 43% dos desocupados, semelhante ao percentual de mulheres negras¹³⁽⁵³⁾.

Trabalho de cuidados remunerado: o trabalho doméstico e de cuidado no Brasil

O trabalho doméstico e de cuidado emprega um grande contingente de mulheres brasileiras. Inexiste uma fronteira rígida entre o trabalho das empregadas domésticas e as chamadas cuidadoras profissionais, havendo igualmente uma complexa conciliação entre o cuidado remunerado nos mais variados formatos e o cuidado não remunerado. As similitudes incluem o fato de serem exercidos majoritariamente por mulheres pretas e pardas, além da precariedade do trabalho, combinando baixos salários e reduzida proteção social com alta carga horária de trabalho. O único aspecto singular parece ser a escolaridade, característica socioeconômica que, de fato, diferencia os dois grupos – domésticas e cuidadoras –, sendo consideravelmente mais alta entre as cuidadoras^{14,15}.

O estudo de Guedes e Monçores¹⁴ a partir de dados das PNAD de 2002 a 2015, utilizando

as dimensões analíticas de características individuais, condições de trabalho, grau de proteção trabalhista e social, situação domiciliar e isolamento/pertencimento, demonstrou que há mais similaridades do que diferenças entre o grupo de trabalhadoras domésticas e das denominadas cuidadoras, termo popularizado no País a partir dos anos 2000. As duas ocupações compartilham condições de trabalho precárias, caracterizadas por baixos salários, pouca proteção social e longas jornadas de trabalho (remunerado e não remunerado). O perfil predominante em ambas é de mulheres pretas e pardas. A única diferença socioeconômica notável entre os dois grupos é o nível de escolaridade, maior entre as cuidadoras, fato ainda sem repercussões econômicas.

De acordo com Araujo, Monticelli e Acciari¹⁶⁽¹⁴⁹⁾, há

[...] um número expressivo de mulheres, em geral negras, mais velhas, trabalhando de forma informal e ganhando menos de um salário-mínimo, seja se empregando como cuidadoras ou como trabalhadoras domésticas.

Estimativas da PNAD Contínua de 2023¹⁷⁽²⁾ apontam que havia cerca de 5,5 milhões de pessoas ocupadas em serviços domésticos no Brasil, correspondendo a 13% da força de trabalho feminina do País. Desse total, 92% eram mulheres, a maioria delas, negras (66%), com idade entre 45 e 59 anos (42%) e escolaridade inferior ao ensino médio completo (63%). A proporção era ainda maior de mulheres negras que tinham os serviços domésticos como principal fonte de emprego e renda em relação a mulheres não negras (16% e 9% respectivamente)¹⁷⁽²⁾. Camarano et al.⁷⁽⁹⁹⁾ destacaram, quanto à escolaridade, que 52,4% das trabalhadoras domésticas negras não concluíram o ensino médio. Em comparação com as não negras, esse percentual foi de 42,9%, o que reforça a desigualdade por raça entre mulheres que desempenham a mesma atividade.

Em 2023, a maioria das domésticas trabalhava sem carteira assinada: 77% das mulheres

negras ocupadas em serviços domésticos e 75% das não negras trabalhavam na informalidade, com reflexos na baixa cobertura previdenciária das trabalhadoras domésticas¹⁷⁽²⁾. Notou-se que 67% das trabalhadoras domésticas negras e 60% das não negras não contribuíam regularmente para a previdência, contra 39% das trabalhadoras negras em geral e 28% das não negras. No que se refere a rendimentos, as domésticas ganhavam, em média, menos da metade (45%) do rendimento médio recebido pelo total de mulheres ocupadas, um valor médio inferior ao salário mínimo vigente à época¹⁷⁽²⁾.

A PNAD Contínua de 2023¹⁷⁽⁴⁾ revelou ainda que, entre os 37.948 mil domicílios com presença de mulheres ocupadas, mais da metade deles possuíam uma mulher ocupada na condição de responsável (51,4%). No caso de domicílios de trabalhadoras domésticas (5.362 mil domicílios), a proporção dessas profissionais na condição de responsável pela família era ainda superior: 57,1%¹⁷⁽⁴⁾. Com relação à situação socioeconômica, comparada ao conjunto de mulheres ocupadas, a pobreza é mais aguda entre as trabalhadoras domésticas. O percentual de mulheres ocupadas em situação de pobreza era de 10,5% e 3,2% respectivamente: 19% das trabalhadoras domésticas se encontravam em situação de pobreza, e 7,1%, em situação de extrema pobreza¹⁷⁽³⁾. Mais uma vez, verifica-se a 'divisão racial do trabalho' ao constatar que a concentração de trabalhadoras domésticas negras em situação de pobreza era ainda maior: 22% delas eram pobres, e 8,5%, extremamente pobres, no período considerado, contra 13,3% e 4,4% no caso das domésticas não negras¹⁷⁽³⁾.

No Brasil, após intensa mobilização das trabalhadoras, em abril de 2013, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 72, que ficou conhecida como PEC das Domésticas, que garantiu igualdade de direitos trabalhistas entre domésticas e demais trabalhadores e trabalhadoras, entre eles, salário-maternidade, auxílio-doença, auxílio-acidente, pensão por morte e aposentadoria por invalidez, idade e tempo de contribuição. Também fixou a

jornada de trabalho em 8 horas diárias e 44 horas semanais. A PEC foi regulamentada em 2015 pela Lei Complementar nº 150, que ampliou as garantias previstas para a categoria, como a obrigatoriedade de recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Entretanto, 12 anos depois, estamos longe de garantir saúde e proteção social para essas trabalhadoras que, em grande maioria, persistem na informalidade.

No caso das cuidadoras, essa função foi incorporada à Classificação Brasileira de Ocupações somente em 2002, categoria que abarca babás, cuidadores de idosos, mães sociais e cuidadores em saúde¹⁶. Apesar do esforço dos movimentos sociais, até hoje a ocupação de cuidador de idosos não foi regulamentada no Brasil. Em 2019, foi aprovado o projeto de lei pela Câmara e pelo Senado, mas acabou sendo vetado na íntegra pelo então presidente Jair Bolsonaro, retornando ao Congresso, que manteve o veto. Vale lembrar que, quando era deputado federal, Bolsonaro foi o único parlamentar a votar contra a 'PEC das Domésticas'. A justificativa era de que as leis resultariam em maiores gastos para os empregadores e restringiriam o livre exercício profissional¹⁶.

Em que pesem alguns avanços em relação à garantia de direitos, como a lei das domésticas e a Lei estadual nº 7.332, de 14 de julho de 2016, do Rio de Janeiro, que regulamentou a ocupação de cuidador de idosos com a exigência de nível de escolaridade e formação específica¹⁶, muitos contratos de trabalho têm sido realizados por meio do conhecido MEI, ou seja, como Microempreendedor Individual, em que a falácia do 'empreendedorismo' somente encobre o aumento da precarização, isentando empregadores de encargos tributários e deveres assegurados pela Consolidação das Leis do Trabalho. Esse tipo de contrato tem sido efetivado principalmente com cuidadoras de idosos e diaristas; e a despeito de garantir alguns direitos, as trabalhadoras não recebem férias, 13º salário nem compensações rescisórias¹⁸, muito menos têm sua saúde e segurança no trabalho resguardadas, sem contar os casos

de trabalho análogo à escravidão que ainda hoje são noticiados no País. O não reconhecimento, a desvalorização, a informalidade e a falta de proteção à saúde persistem sendo marcas na categoria das trabalhadoras domésticas e cuidadoras brasileiras.

O cuidado como trabalho e como política social

O conceito de cuidado na literatura científica é polissêmico e pode ser considerado ainda em processo de construção. Na perspectiva dos estudos de gênero, a conceituação de cuidado refere-se a “todas as atividades e práticas necessárias para a sobrevivência cotidiana das pessoas na sociedade em que vivem”⁴⁽²³⁾. Ao longo do ciclo vital, todas as pessoas necessitam ou necessitarão de cuidado, e nem todos têm redes de cuidado, família com mulheres cuidadoras ou condições econômicas para pagar pelo cuidado.

Historicamente atribuído às mulheres, o cuidado acabou sendo naturalizado como ‘tarefa feminina’. O processo de mundialização do capital e o envelhecimento da população configuraram uma nova divisão internacional do trabalho e tornaram a limitação da oferta de cuidado um problema global, o que suscitou a abertura desse mercado de trabalho para ocupações como trabalhadoras domésticas, babás, cuidadoras, entre outras, com vagas tradicionalmente destinadas a mulheres, especialmente mulheres migrantes e racializadas¹⁹.

Na visão de Batthyány⁴, o cuidado é uma das dimensões do bem-estar social, assim como o direito ao trabalho, à saúde ou à seguridade social; e deve ser associado a políticas de proteção social. Devemos encarar o cuidado como um direito universal, para todas e para todos, observando-se as circunstâncias que cercam quem é cuidado e quem cuida, incluindo o autocuidado, bem como as relações de vínculo e afeto que podem ser produzidas no cuidado.

A necessidade de incorporar o cuidado ao campo dos direitos reside no reconhecimento

de uma sociedade extremamente desigual, em uma estrutura de poder que constrói relações sociais assimétricas entre os gêneros²⁰. A sociedade deve se responsabilizar e garantir resposta coletiva às demandas e necessidades de cuidado^{21,22}. Como uma questão de bem-estar social em diálogo com a divisão sexual do trabalho, o cuidado não deve ser obrigação unicamente das mulheres, que não podem ser a única alternativa a provê-lo. A grande questão que se coloca hoje é como organizar socialmente o cuidado de maneira mais justa e equitativa do ponto de vista do gênero²⁰.

No Brasil, as tarefas domésticas não foram consideradas ‘trabalho’ durante muito tempo, e o tempo dedicado a elas só começou a ser contabilizado no País pelo IBGE em 2001²³. A partir de 2019, as tarefas domésticas passaram a ser classificadas como ‘outras formas de trabalho’, tal como as atividades de consumo ou o trabalho voluntário. A contabilização do tempo gasto nessas tarefas ‘ditas improdutivas’ permitiu dar alguma visibilidade ao trabalho de reprodução social e realizar comparações entre países, além de expor as desigualdades de gênero no ambiente familiar, o que pode ser considerado um avanço²⁴.

Houve uma longa ideia de que fazer as tarefas domésticas, isto é, realizar o trabalho doméstico e de cuidado não remunerado, em geral, deveria ser considerado um ato de amor ou uma obrigação feminina. Essas tarefas tradicionalmente atribuídas às mulheres, invisibilizadas ou consideradas de menor valor, são praticamente as mesmas atividades (mal) remuneradas realizadas pelas trabalhadoras domésticas, um grupo que até hoje tem dificuldades da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários.

Em um país reconhecido pela extrema desigualdade social, é preciso prover cuidados a quem necessita, de forma justa, a um custo socialmente distribuído entre Estado, família e sociedade²⁴. É necessário mudanças culturais que retirem a mulher desse lugar naturalizado na sociedade como a responsável pelos cuidados na família. Além disso, o Estado precisa

implementar políticas públicas que assegurem adequados serviços de cuidados, entendendo-se que “as tarefas de cuidados fazem parte da existência humana e como tal são dever e direito de todas as pessoas”²⁵⁽²⁾:

As políticas públicas sobre cuidados têm impacto maior sobre a vida das mulheres, por serem estas as principais responsáveis pelos cuidados, seja na forma não remunerada – quando realizam estas tarefas para a sua família –, seja na forma remunerada, quando prestam estes serviços para outras famílias em troca de remuneração. E este tempo que as pessoas responsáveis pelas tarefas de cuidado na família, em sua grande maioria mulheres e meninas, dedicam a essas atividades têm impacto negativo na qualidade e possibilidade de sua participação no mercado de trabalho. Com efeito, estas pessoas têm menor ou nenhuma independência econômica, realização profissional, ou renda de salário e de aposentadoria²⁵⁽²⁾.

Federici²⁶ discorre como o capitalismo se beneficiou historicamente da exploração do trabalho de cuidado não remunerado, como reprodução da vida e da força de trabalho, liberando os homens para o mercado de trabalho e propiciando a acumulação de capital. Também vincula a desvalorização do trabalho de cuidado ao patriarcado, um sistema de poder que subordina as mulheres e naturaliza as desigualdades de gênero. Segundo a autora, o capital sempre encontra uma nova fonte de acumulação, e isso se dá, principalmente, a partir da exploração de corpos femininos e racializados. Em oposição ao ideário neoliberal, a obra de Federici tem sido fundamental para impulsionar debates e pleitos em torno da economia do cuidado na América Latina, inspirando e mobilizando os movimentos feministas na defesa de direitos, pela criação de políticas do cuidado na direção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O governo brasileiro aderiu ao movimento de criação de uma política e de um plano nacional de cuidados por meio da constituição de um grupo de trabalho interministerial, em 2023, que contou com a participação de representantes de mais de 17 ministérios, além de integrantes de estados, municípios e acadêmicos. Em julho de 2024, foi apresentado um projeto de lei ao congresso, e em 23 de dezembro de 2024, a Lei nº 15.069 da Política Nacional de Cuidados (PNC)²⁷ foi sancionada. Seu objetivo principal é garantir o direito ao cuidado, tanto para quem o recebe quanto para quem cuida. A PNC define como público prioritário da política crianças e adolescentes, com atenção especial à primeira infância; pessoas idosas e pessoas com deficiência que necessitem de assistência, apoio ou auxílio para executar as atividades básicas do cotidiano, além dos cuidadores, remunerados ou não²⁷.

Com responsabilidade compartilhada entre o Estado, as famílias, o setor privado e a sociedade civil, a PNC pretende garantir o direito universal ao cuidado, promovendo a divisão justa dessa tarefa entre homens e mulheres. As ações propostas por meio do Plano Nacional de Cuidados devem ser operadas de modo integrado, transversalizado e intersetorial, envolvendo diversas áreas, como saúde, assistência social, educação, direitos humanos, trabalho e previdência²⁷.

Do ponto de vista da STT, espera-se que sejam implementadas ações articuladas de valorização do trabalho digno por meio da formalização, qualificação profissional e garantia de direitos trabalhistas e previdenciários para os cuidadores remunerados, combatendo a precarização do setor. No que concerne ao trabalho de reprodução social, a política deve promover visibilidade ao trabalho de cuidado não remunerado, majoritariamente realizado por mulheres, e criar políticas de apoio, como a ampliação de creches e escolas em tempo integral, centros-dia para idosos e pessoas com deficiência, além de lavanderias e cozinhas comunitárias para reduzir a sobrecarga de trabalho doméstico.

O trabalho de cuidados e a saúde das trabalhadoras

A significativa entrada das mulheres no mercado de trabalho não as eximiu ou reduziu a sobrecarga dos afazeres domésticos e das atividades de cuidado. Isso, obviamente, traz repercussões para sua saúde física e mental. O trabalho produtivo e o trabalho doméstico e de cuidados não remunerado acabam gerando as já conhecidas dupla e tripla jornadas de trabalho. Com o envelhecimento populacional, a crise socioambiental e o empobrecimento das famílias, cada vez mais o trabalho de cuidados será necessário, e essa responsabilidade afeta diretamente a vida das mulheres, principalmente as negras. A falta de reconhecimento do trabalho doméstico não remunerado como ‘trabalho’, apesar do esforço, do tempo e da dedicação às tarefas, reflete uma injusta naturalização da exploração do trabalho feminino.

Além disso, conforme demonstrado anteriormente, a classe social interseccionada a gênero, raça/etnia sustentam no Brasil a construção de um modelo histórico-estrutural de marginalidade e exclusão social a partir de distintos eixos de opressão²⁸. Desemprego, subutilização, trabalho precarizado e de menor prestígio social são as marcas agregadas ao trabalho feminino decorrentes das injustiças que caracterizam a inserção das mulheres no mundo do trabalho. O trabalho feminino, embora fundamental, permanece oculto nos modelos macroeconômicos dos quais se originam as políticas públicas e seu financiamento²⁹.

[...] essa ‘economia invisível’, formada por atividades laborais de cuidados, não remuneradas – como a preparação de alimentos, o cuidado de crianças, doentes e população idosa, as atividades de limpeza do lar, entre outras –, desempenha um papel fundamental na reprodução da força de trabalho e possibilita o crescimento econômico dos países, representando uma espécie de ‘subsídio’ às economias nacionais. Um ‘subsídio’ que se ergue contra as

próprias mulheres que realizam esse trabalho, impedindo-as de ampliar suas capacidades, alcançar sua autonomia econômica e exercer outros direitos²⁹⁽²²⁾.

As desigualdades de gênero têm repercussões sobre a saúde física e mental. Sabe-se que doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, depressão e ansiedade são mais comuns entre as mulheres. A literatura também refere o *burnout* materno ou *burnout* parental como um quadro de esgotamento decorrente da alta carga de estresse das mulheres com filhos pequenos³⁰. As tarefas domésticas e de cuidados exigem esforço físico e disponibilidade afetiva e emocional. Para além da carga de trabalho, a invisibilidade, a desvalorização e a desigual divisão de tarefas entre homens e mulheres acabam aumentando o desgaste das mulheres e determinando a ocorrência de agravos e adoecimentos.

Tomando mais uma vez as trabalhadoras domésticas como referência para discutir o perfil de morbidade, agravos e doenças das mulheres que cuidam, uma revisão de escopo sobre condições laborais e impactos na saúde das trabalhadoras domésticas na literatura nacional e internacional revelou questões importantes, como violência e assédio moral/sexual no trabalho, riscos ocupacionais e Acidentes de Trabalho (AT), problemas respiratórios, estresse, ansiedade e depressão. Percepções sobre direitos laborais, impactos da informalidade e sindicalização das trabalhadoras também foram apontados³¹. No Brasil, revisão de literatura integrativa³² a respeito de trabalho e saúde no emprego doméstico apontou uma gama variada de temas, como doenças musculoesqueléticas, distúrbios emocionais e do sono, além de humilhação, assédio sexual, preconceito, discriminação, trabalho infantil e precoce.

Entrevistas realizadas por Tamanini³³ em seu estudo revelaram que as queixas mais comuns de trabalhadoras domésticas eram “o cansaço físico e emocional, a insegurança, o ressentimento, a falta de motivação, a culpa, a

solidão e a tristeza, agravados pela consciência do preconceito”³³⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾ refletidos no corpo e na mente como “reumatismo, escoliose, dores nos joelhos, dores musculares, artrites e alergias associados de modo geral a quadros depressivos”³³⁽⁶⁰⁾. Nesse caso, as cargas psíquicas se sobrepuseram às cargas físicas, e outras, nas representações das trabalhadoras entrevistadas. Os AT, embora citados, pouco foram considerados na representação do processo saúde-doença por parte das mulheres³³.

O estudo de Tamanini³³ dialoga com o de Lucena e Zambroni-de-Souza³⁴ sobre impactos do contexto pandêmico sobre a atividade laboral e a saúde mental de mulheres trabalhadoras domésticas diaristas. A perda do trabalho remunerado foi muito frequente no período da pandemia da covid-19, o que agravou ainda mais a subsistência familiar, a insegurança alimentar e/ou de moradia, condições adversas que repercutiram na saúde das mulheres. Devemos lembrar que as trabalhadoras domésticas não tiveram direito à quarentena, ao isolamento social, por fazerem parte dos setores essenciais ou porque estavam na informalidade, sem direitos previdenciários ou trabalhistas.

Algumas delas estavam no momento da entrevista, na condição de não-trabalho remunerado, a maioria com pouquíssimas e mal remuneradas diárias. Todas vivenciando os efeitos sobre seus corpos-subjetivos, que se traduziram em ansiedade, insônia, tensão, angústia, desespero, medo(s), do cenário de privação ou de extrema incerteza sobre a subsistência de si e de suas famílias, bem como em decorrência da consciência de suas vulnerabilidades ou do desamparo social³⁴⁽¹¹⁾.

Pesquisa de Souza e Almeida³⁵ utilizando notificações dos AT com trabalhadores domésticos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2016 a 2020, identificou 13.957 AT registrados para esse grupo ocupacional. Foram mais frequentes AT com mulheres e homens não brancos, com

escolaridade maior que oito anos e trabalhadores formais, embora a maioria desses casos não tenha gerado a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

A maioria dos AT aconteceu com mulheres de 40 a 59 anos e com homens mais jovens, de 18 a 39 anos³⁵. A ocupação de caseiro representou quase a totalidade dos registros de AT no Sinan entre os homens, enquanto, entre as mulheres, as ocupações mais frequentes foram as de serviços gerais e diarista. Diagnósticos de queda, impacto ou contato com objeto perfurocortante e acidentes de transporte foram os mais comuns. Embora a proporção de registros de AT entre ambos os sexos seja semelhante, os homens apresentam alguns indicadores de maior vulnerabilidade, e a maior formalidade em seus registros indica a invisibilidade das trabalhadoras mulheres e informais³⁵.

As(os) trabalhadoras(es) dos serviços domésticos fazem parte do grupo de trabalhadoras(es) que estão sob o risco de sofrer acidentes de trabalho. Embora os estudos e dados estatísticos demonstrem que as mulheres ocupam em maior número os serviços domésticos com vínculo informal, os registros ainda parecem privilegiar os homens, bem como o vínculo formal, evidenciando a vulnerabilidade e invisibilidade das mulheres, principalmente das que estão inseridas no mercado de trabalho sem proteção social³⁵⁽¹¹⁹⁾.

Iriart et al.³⁶ analisaram as representações e as percepções sobre a informalidade do contrato de trabalho e dos riscos à saúde entre trabalhadores informais acidentados. O estudo envolveu trabalhadores da construção civil e trabalhadoras domésticas. Ambos os grupos de trabalhadores se consideravam responsáveis pelo AT, que percebiam como resultado de um momento de descuido, desatenção ou displicência. Os trabalhadores reconhecem a importância do trabalho formal e da garantia dos direitos trabalhistas, revelando a desvalorização simbólica do trabalho informal com repercussão na autoestima. Os dois grupos

tenderam a minimizar os riscos de acidentes de trabalho, e não associaram o trabalho informal ao maior risco de acidentes ou doenças³⁷.

Nesse momento de reconhecido aumento da demanda global por cuidados remunerados, com um número crescente de países que enfrentam problemas referentes ao envelhecimento da população e às elevadas necessidades de cuidados não satisfeitas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT)³⁷ chama a atenção dos governos, das organizações de trabalhadores e de empregadores sobre a necessidade de garantir o acesso aos direitos trabalhistas e à proteção social das trabalhadoras e dos trabalhadores domésticos e sua inserção nas políticas de cuidado.

Estima-se que as mulheres representam três quartos dos 75,6 milhões de trabalhadores domésticos em todo o mundo³⁷. Dada a presença maciça de mulheres, os direitos das domésticas são fundamentais para a concretização da igualdade de gênero. Segundo a OIT³⁷, ainda hoje, a grande maioria das trabalhadoras não têm acesso a direitos e serviços de cuidados para si mesmas e para as suas famílias, proteção da maternidade, creche e serviços de cuidados continuados. Nesse sentido, desproteção e a falta de acesso aos serviços são mais comuns entre aquelas que enfrentam múltiplas formas de discriminação, como em relação à raça/etnia e ao *status* migratório³⁷.

Segundo dados da OIT³⁸, 2,1 bilhões de pessoas precisavam de cuidados em 2015, incluindo 1,9 bilhão de crianças menores de 15 anos e 200 milhões de idosos; e, até 2030, estimava-se que esse número chegaria a 2,3 bilhões, impulsionado por mais 200 milhões de idosos e crianças. O crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho e da presença de famílias nucleares e lares monoparentais está aumentando a demanda por cuidadores. Ademais, o déficit de trabalhadores do cuidado e a falta de ações que garantam a qualidade desse trabalho poderão desencadear uma crise global de cuidado, aumentando ainda mais as desigualdades de gênero.

Considerações finais

A STT não pode deixar de incluir na agenda o debate a respeito do trabalho de cuidados e contribuir, de fato, para preservação e proteção da saúde das mulheres que labutam incansavelmente dentro e fora do mercado de trabalho. A reflexão e a intervenção do campo têm suas origens nas conquistas dos trabalhadores e trabalhadoras contra a exploração capitalista e a produção de trabalhos invisíveis e vidas descartáveis. Como enfatiza Vergès³⁹, é o trabalho incansável de mulheres racializadas em cuidar e limpar o mundo que nos conferem conforto e sustentam nossa sociedade. A STT, ao abordar, por exemplo, o trabalho adoeceador, inseguro e precário, não pode jamais desconsiderar o sistema patriarcal que opera no capitalismo e a interseccionalidade das opressões de raça, gênero e classe que afetam as trabalhadoras brasileiras, especialmente, as mulheres negras.

Para Tronto⁴⁰, democracia e cuidado mantêm uma estreita relação política na medida em que todos nós cuidamos e somos cuidados em algum momento de nossas vidas: “precisamos nos comprometer a transformar o cuidado em um valor central nas sociedades democráticas e democratizá-lo”⁴⁰⁽²⁹⁸⁾. Em suma, somos todos vulneráveis. Por isso que as práticas de cuidado devem ser pensadas sob uma ótica política – democrática e coletiva.

A STT precisa questionar a divisão sexual e racial desse tipo de trabalho na nossa sociedade e na atenção e cuidado às mulheres trabalhadoras, além de contribuir para o fortalecimento e a implementação de políticas de cuidado que possam minimizar as injustiças sociais. O trabalho de cuidados tem sido inexoravelmente ligado às persistentes desigualdades de gênero no mercado de trabalho (e fora dele). Assim, a implementação de uma Política Nacional de Cuidados não pode prescindir da participação e integração com esse campo estratégico, a Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador, e o fomento de ações intersetoriais. Essas desigualdades precisam ser superadas para tornar o futuro do

trabalho de cuidados decente e digno, garantir o direito à saúde e uma sociedade mais justa para mulheres e homens.

Algumas ações e estratégias precisam ser implementadas visando promover o reconhecimento social do trabalho de cuidados como uma atividade essencial para o bem-estar individual e coletivo. Devem-se valorizar o trabalho de prestação de cuidados e sua força de trabalho com a defesa de direitos, favorecendo a implementação de políticas de formalização de contratos, de garantia do salário mínimo real, de saúde e segurança e proteção laboral por parte de empresas e empregadores, incluindo a proteção da maternidade.

Apoiar iniciativas de educação e sensibilização sobre a importância dos cuidados partilhados, estimulando mudanças culturais que promovam a corresponsabilidade entre homens e mulheres na prestação de cuidados e a ampliação de políticas de licença parental partilhada e flexível, também é medida necessária. Além disso, promover políticas públicas e integrar as já existentes no sentido de fortalecimento de um sistema nacional de cuidados, visando criar serviços de saúde, assistência e cuidado de qualidade para mulheres e crianças; estimular a colaboração entre famílias, comunidades e instituições públicas e reforço das redes de apoio comunitário. Por fim, a STT deve pautar o trabalho de cuidados

como determinante do processo saúde-doença de mulheres trabalhadoras e atuar como indutora no fomento de pesquisas que possam aprofundar o conhecimento do tema.

Priorizar, proteger e promover a saúde das trabalhadoras trata-se de um compromisso e de uma luta. Ao intervir visando implementar essas mudanças, creio que poderemos avançar em direção a um regime de cuidados mais justo, equitativo e sustentável no Brasil, que não penalize as mulheres e a sua saúde, onde todas as pessoas tenham acesso aos recursos e ao apoio de que precisam para o autocuidado, o cuidado das famílias, da natureza e das comunidades. Nesse contexto, a STT não pode se eximir de refletir, debater, construir estratégias e estar junto nessa caminhada.

Agradecimentos

Este texto é dedicado a Luiza Batista (*in memoriam*), presidenta da Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas (Fenatrad).

Colaboradora

Hennington ÉA (0000-0001-5280-8827)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Federici S. O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante; 2019.
2. Sousa LPD, Guedes DR. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estud Av*. 2016;30(87):123-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30870008>
3. Batthyány K. Miradas latinoamericanas a los cuidados [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF: Siglo XXI; 2020 [acesso em

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2025 jan 10]. Disponível em: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/12/Miradas-latino-americana.pdf>
4. Batthyány K. Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales [Internet]. México: Cepal – Comisión Económica para América Latina; 2015 [acesso em 2025 jan 14]. (Serie Asuntos de Género). Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37726-politicas-cuidado-america-latina-mirada-experiencias-regionales>
 5. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Mulher chefia mais domicílios, mas segue com menos direitos e oportunidades no trabalho. Dieese. Boletim especial [Internet]. 2025 mar 8 [acesso em 2025 mar 20]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2025/mulheres2025.html>
 6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Outras formas de trabalho 2022. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: outras formas de trabalho 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
 7. Camarano AA, Fernandes D, Burille S, et al. O cuidado enquanto ocupação: em que condições? In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Ministério do Trabalho. Mercado de trabalho: conjuntura e análise (79, ano 31, abril de 2025). Brasília, DF: Ipea, Ministério do Trabalho; 2025. p. 96-105. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bmt79>.
 8. Feijó J. Diferenças de gênero no mercado de trabalho [Internet]. 2023 mar 8 [acesso em 2025 abr 15]. In: Blog do IBRE. Economia e políticas públicas em foco. [local desconhecido]: Portal Fundação Getúlio Vargas (FGV); c2023 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/diferencas-de-genero-no-mercado-de-trabalho>
 9. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Infográfico Brasil e regiões: Mulheres – inserção no mercado de trabalho. Dieese [Internet]. 2024 mar 8 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/infografico/2025/mulheresBrasilRegioes.html>
 10. Pinheiro L, Tokarski C, Vasconcelos M. Vulnerabilidades das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil [Internet]. In: Pinheiro L, Tokarski CP, Posthuma AC, organizadores. Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerado no Brasil. Brasília, DF: IPEA; OIT; 2021 [acesso em 2025 abr 12]. p. 191-220. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11044>
 11. Barajas MPL. Avanços na América Latina na medição e valoração do trabalho não remunerado realizado pelas mulheres [Internet]. In: Fontoura N, Araújo C, Barajas MPL, et al., organizadores. Uso do tempo e gênero. Organizadoras: Rio de Janeiro: UERJ; 2016 [acesso em 2025 abr 12]. p. 21-42. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8034>
 12. González L. A mulher negra na sociedade brasileira: uma abordagem político-econômica. In: Rios F, Lima M, organizadoras. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. p. 49-64.
 13. Santos MM. Notas breves sobre a subutilização da força de trabalho entre mulheres negras [Internet]. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Mercado de trabalho: conjuntura e análise. Brasília, DF: Ipea; Ministério do Trabalho; 2025; 1996 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/17247/1/BMT_79_NT_A2.pdf
 14. Guedes GP, Monçores E. Empregadas domésticas e cuidadoras profissionais: compartilhando as fronteiras da precariedade. Rev Bras Estud Popul. 2019;36:e0083. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0083>
 15. Guimarães NA, Hirata H. El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita; 2020 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://www.clacso.org/el-cuidado-en-america-latina-mirando-los-casos-de-argentina-brasil-chile-colombia-y-uruguay/>

16. Araujo AB, Monticelli T, Acciari L. Trabalho doméstico e de cuidado: Um campo de debate. *Tempo Soc.* 2021;33(1):145-67. DOI: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2021.169501>
17. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. As dificuldades das trabalhadoras domésticas no mercado de trabalho e na chefia do domicílio. *Boletim Especial* [Internet]. 2024 abr 30 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2024/trabalho-Domestico.html>
18. Fernandez BPM, Thiesen GP. PEC das domésticas 10 anos depois (2013-2023) e o aumento da informalidade. *Argum* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 abr 12];17:1-16. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/45367/33444>
19. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad Pesqui.* 2007;37(132):595-609. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>
20. Pautassi LC. El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos [Internet]. *Unidad Mujer y desarrollo*. Santiago de Chile: Cepal, Naciones Unidas, Agencia Española de Cooperación Internacional; 2007 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5809-cuidado-como-cuestion-social-un-enfoque-derechos>
21. Hirata H. Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cad Pagu.* 2002;(17-18):139-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100006>
22. Kergoat D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata H, Laborie F, Doaré HL, et al., organizadoras. *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Unesp; 2009. p. 67-75.
23. Melo HP, Castilho M. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? *Rev Econ Contemp.* 2009;13(1):135-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-98482009000100006>
24. Silva-Costa A, Rotenberg L, Aquino EML, et al. Gender and remote work: associations between mental health and hours of remote work and housework. *Ciênc saúde coletiva.* 2025;30(1):e04892023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.04892023>
25. Melo HP, Morandi L. Cuidados no Brasil: conquistas, legislação e políticas públicas. *Trab Justiça Social* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 abr 12];(Esp)1-27. Disponível em: <https://economistaspelademocracia.org.br/2022/02/25/cuidados-no-brasil-conquistas-legislacao-e-politicas-publicas/>
26. Federici S. *O patriarcado do salário*. São Paulo: Boitempo; 2021.
27. Presidência da República (BR). Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2024 dez 24 [acesso em 2025 abr 12]; Edição 247; Seção I:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm
28. Abreu AK. O trabalho doméstico remunerado: um espaço racializado [Internet]. In: Pinheiro L, Tokarski CP, Posthuma AC, organizadores. *Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerado no Brasil*. Brasília, DF: Ipea; OIT; 2021 [acesso em 2025 abr 12]. p. 47-66. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11044>
29. Fontoura N, Araujo C. Uso do tempo e gênero [Internet]. Rio de Janeiro: UERJ; 2016 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8034>
30. Paula AJ, Condeles PC, Moreno AL, et al. Parental burnout: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210203. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0203>
31. Galon T, Caetano MD, Alves AFO, et al. Condições laborais e impactos na saúde de trabalhadoras domésticas remuneradas: uma scoping review. *Braz J Devel.* 2021;7(2):15311-34. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2->

32. Andrade CB, Gonçalves Martins AC, Bitencourt SM. Trabalho e saúde no emprego doméstico no Brasil: o que diz a literatura? *Trab Soc* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 abr 12];22(37):527-42. Disponível em: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712021000200527&lng=es&nr_m=iso
33. Tamanini M. O processo saúde/doença das empregadas domésticas: gênero, trabalho e sofrimento. *Rev Ciên Hum*. 2000;(Esp):49-69. DOI: <https://doi.org/10.5007/%25x>
34. Lucena MSR, Zambroni-de-Souza PC. Trabalho e Saúde Mental de Mulheres Trabalhadoras Domésticas Diaristas em Contexto Pandêmico. *Psicol Cienc Prof*. 2024;44:e270424. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003270424>
35. Souza JO, Almeida MMC. Acidentes de trabalho entre trabalhadoras(es) domésticas(os) sob a perspectiva de gênero, Brasil, 2016 a 2020. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2023;47(1):111-28. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n1.a3659>
36. Iriart JAB, Oliveira RP, Xavier SS, et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(1):165-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100021>
37. International Labour Organization. From global care crisis to quality care at home: The case for including domestic workers in care policies and ensuring their rights at work. Geneva: ILO Brief; 2024. DOI: <https://doi.org/10.54394/HTVE8572>
38. International Labour Organization. Care work and care jobs for the future of decent work [Internet]. Geneva: ILO; 2018 [acesso em 2025 abr 12]. Disponível em: <https://www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-and-care-jobs-future-decent-work>
39. Vergès F. Um feminismo decolonial. São Paulo: Ubu Editora; 2020.
40. Tronto J. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Soc Estado*. 2007;22(2):285-308. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922007000200004>

Recebido em 29/03/2025

Aprovado em 22/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Potencialidades e desafios para a efetivação da PNSTT na Atenção Primária à Saúde

Potentialities and challenges for the implementation of the National Policy on Workers' Health (PNSTT) in Primary Health Care

Marcelo José Monteiro Ferreira^{1,2}, Emanuelle Albuquerque Carvalho Melo³, Greyceanne Cecília Dutra Brito¹, Juliana Antunes Marques Viana¹, Larisse Holanda Martin⁴, Leticia Marques Rocha⁴, Marília Fernandes Soares de Melo¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210483P

RESUMO A 5ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras está se aproximando. Assim, na visão dos autores deste ensaio, trata-se de um dos mais importantes e estratégicos espaços de debates e reivindicações populares desde a redemocratização do País. O objetivo deste manuscrito foi analisar as potencialidades e os desafios para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) na Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, ele está estruturado em três seções: a primeira apresenta os principais avanços conquistados desde a implementação da PNSTT; a segunda seção aborda os principais desafios para efetivar a PNSTT no âmbito da APS; sobretudo pela dificuldade de os profissionais da Estratégia Saúde da Família incorporarem no cotidiano de suas práticas as ações em Saúde dos Trabalhadores; por fim, apontam-se possibilidades, caminhos e proposições para que os delegados, comunidade científica, movimentos sociais e populares reflitam e discutam sobre possíveis alternativas para a efetivação da atenção integral à Saúde dos Trabalhadores no Brasil. Com isso, espera-se que este ensaio contribua para o aprofundamento de debates, surgimento de novas ideias, fortalecimento da PNSTT e, principalmente, promova melhorias concretas para a Saúde dos Trabalhadores no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de trabalhador. Vigilância em saúde do trabalhador. Doenças profissionais. Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais.

ABSTRACT *The 5th National Conference on Workers' Health is approaching. Thus, in the view of the authors of this essay, this event represents one of the most important and strategic spaces for public debate and grassroots demands since the country's redemocratisation. The objective of this manuscript was to analyse the potentialities and challenges involved in implementing the National Workers' Health Policy (PNSTT) within Primary Health Care (PHC). To this end, the text is structured into three sections. The first presents the main advances achieved since the implementation of the PNSTT. The second section discusses the main challenges to realising the PNSTT in the context of PHC – particularly the difficulties faced by Family Health Strategy professionals in incorporating Workers' Health actions into their daily practice. Finally, It points to possibilities, pathways, and proposals for delegates, the scientific community, and social and popular movements to reflect upon and discuss potential alternatives for achieving comprehensive care for workers' health in Brazil. We hope that this manuscript contributes to deepening the debate, encouraging the emergence of new ideas, strengthening the PNSTT, and, above all, promoting concrete improvements in Workers' Health in Brazil.*

KEYWORDS Occupational health. Surveillance of the occupational health. Occupational diseases. Primary Health Care. National health strategies.

¹Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) – Fortaleza (CE), Brasil. marceloferreira@ufc.br

²London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) – London City, United Kingdom.

³Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste em Saúde da Família (Renasf) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina (Famed) – Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

Estamos nos aproximando da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT). Assim, na visão dos autores deste manuscrito, trata-se de um dos mais importantes e estratégicos espaços de debates e reivindicações populares relativos ao campo da Saúde dos Trabalhadores (ST) desde a redemocratização do País, sobretudo pela atual conjuntura que atravessamos. Em meio a ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à democracia brasileira, podemos celebrar o marco histórico de cinco anos de um período pós-pandêmico que foi responsável por reestruturar diversos indicadores de saúde globais relacionados, direta e indiretamente, com o mundo do trabalho¹.

Não por acaso, somos chamados a refletir sobre a 'Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como um Direito Humano', principalmente no Brasil, que está entre os dez países mais desiguais do mundo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam que o País fechou o ano de 2024 com a média de desemprego em 6,6%. Trata-se do menor registro desde o início da série histórica em 2012. Em números absolutos, houve uma redução de pouco mais de 1 milhão de pessoas desocupadas quando comparada com o ano de 2023². Por outro lado, cerca de 10% da população concentra quase 60% da renda nacional. Além disso, pouco mais de 54% dos brasileiros detêm apenas 10% do Produto Interno Bruto (PIB) do País³.

Pesquisa realizada durante os anos de 2022 e 2023 demonstrou que aproximadamente 8,7 milhões de pessoas saíram da linha da pobreza no Brasil. No mesmo período, pouco mais de 3 milhões deixaram a condição de pobreza extrema. Contudo, em que pese a significância dos dados, o País ainda registra 59 milhões de brasileiros que vivem em condições de pobreza, e outros 9,5 milhões, em pobreza extrema. Cabe destacar que o parâmetro internacional para medir esse indicador é definido pelo Banco Mundial, utilizando como moeda

o dólar. Ademais, para o câmbio atual, isso significa que uma pessoa com renda mensal de R\$ 665,00 está situada na linha da pobreza. Já para a pobreza extrema, é estimado um cálculo de renda mensal igual ou inferior a R\$ 210,00⁴.

Outro indicador importante que repercute direta e indiretamente na ST e nos seus direitos humanos é a inflação. Dados do IBGE evidenciaram que, entre março de 2024 e fevereiro de 2025, o acumulado para o período foi de 5,06%⁵. Como consequência, o custo de vida médio das famílias foi afetado diretamente, principalmente entre as que possuem menor renda⁴.

Com o avanço da inflação, os preços dos alimentos também sobem, prejudicando o poder de compra dos trabalhadores, colocando em risco a sua segurança alimentar e nutricional. Nesse sentido, cerca de 29,1% dos domicílios brasileiros não possuíam acesso à alimentação adequada ou suficiente. Esses dados são ainda mais preocupantes nas regiões Norte e Nordeste. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) mais recente, realizada com dados de 2017 e 2018, 57% dos domicílios da região Norte e 50% da região Nordeste encontravam-se com alguma situação de insegurança alimentar. Ao analisar os indicadores com mais profundidade, observou-se que os domicílios rurais apresentaram maiores percentuais de insegurança alimentar e nutricional quando comparados com os urbanos⁶.

A isso, somam-se as transformações do mundo do trabalho, marcadas pelo crescimento da informalidade, precarização dos vínculos empregatícios, flexibilização das leis trabalhistas e domiciliação das atividades laborais. Tudo isso com consequências graves e repercussões negativas para o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores^{7,8}.

Desse modo, passados pouco mais de 30 anos desde a institucionalização da ST no SUS, muitas conquistas já foram efetivadas para a sociedade. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) garantiu o acesso universal de todos os trabalhadores aos serviços de saúde,

independentemente do seu vínculo empregatício⁹. Foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (Renast) por meio da publicação atualizada da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009¹⁰. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e das Trabalhadora (PNSTT) foi promulgada a partir da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, reforçando a importância do cuidado integral à ST no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)¹¹. A Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) foi finalmente atualizada com a Portaria nº 5.674, de 1º de novembro de 2024, pouco mais de duas décadas desde a sua primeira versão¹².

Por outro lado, ainda persistem desafios históricos a serem superados. Dentre eles, destaca-se a incorporação das ações em ST na APS, que ainda não se efetivou de forma plena¹³. As ações de Apoio Matricial em ST, sobretudo na APS, são descontinuadas, pouco sistemáticas e ineficazes⁷. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), muitas vezes já sobrecarregados com a rotina dos serviços, pouco se sensibilizam para a incorporação de práticas de ST no seu cotidiano laboral. Como consequência, grandes questões relacionadas com o processo saúde-adoecimento decorrentes do trabalho passam a ser ‘invisibilizadas’, tornando o cuidado menos resolutivo e desarticulado com os princípios da integralidade¹⁴.

É neste bojo complexo de avanços e desafios que o presente ensaio objetiva analisar as potencialidades e os desafios para a efetivação da PNSTT na APS. Para tanto, o manuscrito está organizado em três seções, facilitando análises, discussões e debates propositivos para a 5ª CNSTT. Inicialmente, são abordados os principais avanços conquistados a partir da implementação da PNSTT. A segunda seção discutiu os principais desafios da PNSTT, especialmente para a sua efetiva incorporação no âmbito da APS. A terceira e última seção apontou alternativas para a efetivação da PNSTT, contribuindo para que delegados, comunidade científica, movimentos sociais e

populares reflitam, dialoguem e critiquem as propostas em busca da construção de caminhos e alternativas possíveis para a atenção integral à ST no Brasil.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: avanços e conquistas para a classe trabalhadora

O trabalho é um dos principais eixos organizadores da vida social e um dos mais importantes determinantes das condições de saúde, adoecimento e morte das populações. Não por acaso, desde a publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a ST já estava devidamente regulamentada nos dispositivos constitucionais, fruto de intensos debates envolvendo movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores e sociedade civil¹⁵.

Foi apenas no ano de 2012, contudo, que PNSTT efetivamente passou a ser instituída no âmbito do SUS. Muito mais do que uma simples portaria, a PNSTT veio para demarcar definitivamente um campo de atuação epistemológico, político-científico e profissional, cuja principal finalidade reside em intervir sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores¹¹.

A PNSTT nasceu, portanto, de um acúmulo histórico, cujos alicerces remetem ao Modelo Operário Italiano (MOI). No esteio de décadas de lutas e reivindicações, protagonizadas, sobretudo, pela classe trabalhadora, o Estado brasileiro deixou de reconhecer apenas a medicina do trabalho que se preocupava em manter o corpo de um trabalhador apto para desempenhar suas funções em processos produtivos; ou mesmo a saúde ocupacional, marcada por regulações técnicas e limitada à direitos previdenciários e trabalhistas¹⁶. É nesse bojo que a ST “invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania”¹⁶⁽⁴⁰⁹⁾, destacando a centralidade dos trabalhadores

em todas as etapas de planejamento, elaboração e execução sobre as condições do ambiente e dos processos de trabalho¹⁶.

Desse modo, é possível evidenciar uma primeira conquista da PNSTT em relação às outras políticas públicas da área da saúde. Trata-se do seu objetivo de intervir em situações concretas visando à melhoria das condições de ST, independentemente do seu tipo de vínculo empregatício⁷.

Além disso, a PNSTT não se ocupou apenas de uma visão assistencialista para os trabalhadores, enfocada em um paradigma hospitalocêntrico ou mesmo médico-centrado da medicina do trabalho. Por outro lado, desde suas origens, buscou amparar-se pela dimensão do cuidado integral, pautado na incorporação de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, sem desconsiderar a importância das ações assistenciais, de vigilância e de reabilitação¹⁷.

Com isso, a PNSTT reforçou a importância de propiciar o cuidado integral à ST, tal qual estabelecem os princípios e as diretrizes do SUS. Contudo, não parou por aí: ao reforçar o papel da APS como principal porta de entrada e nível de atenção preferencial para capilarizar as ações de ST por todos os territórios, favoreceu o acesso dos trabalhadores à assistência à saúde com qualidade e resolutividade. Além disso, contribuiu para que os serviços locais pudessem ampliar seus olhares sobre como os modos de vida e de trabalho interferem, direta e indiretamente, nas condições de saúde e doença da classe trabalhadora⁷.

A PNSTT aponta para um conjunto de ações no âmbito da APS que cabe às equipes de Saúde da Família. Dentre elas, destaca-se a identificação dos processos produtivos formais e informais nos territórios¹¹. Nesse contexto, vale salientar que essa atividade não pode ser considerada novidade para a ESF. A própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reitera que é essencial que o processo de trabalho das equipes se configure a partir de um diagnóstico situacional dos territórios¹⁸.

O diagnóstico dos processos produtivos formais e informais nos territórios sob responsabilidade sanitária da APS é fundamental, particularmente na conjuntura atual de transferência dos riscos ocupacionais para o interior dos domicílios ou peridomicílios. Cabe atenção, principalmente, à possibilidade de exposição, não apenas do trabalhador informal, mas também de toda a família e vizinhos aos riscos associados às atividades produtivas¹⁹.

Dessa forma, as ações de territorialização em saúde são importantes para o reconhecimento dos possíveis riscos à ST e dos familiares potencialmente expostos. Ademais, podem ser ponto de partida para outras iniciativas ampliadas, com vistas a investigar fontes contaminantes, mudanças no padrão epidemiológico de adoecimento e morte das comunidades, além dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho¹³.

Trata-se, portanto, do fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), conforme destacado na PNSTT. A Visat é definida como:

[...] um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), compreende um conjunto de ações que visam à promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e a redução dos riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora. De acordo com a PNSTT e da Política Nacional de Vigilância em Saúde, as ações de VISAT devem ser realizadas de forma contínua e sistemática, ao longo do tempo, visando à detecção, conhecimento, pesquisa e análise dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho²⁰⁽⁷⁶⁾.

A criação da Visat representou outro enorme avanço para a ST, pois ela apresenta o potencial para articular as dimensões assistencial, de promoção da saúde e prevenção de doenças¹³. Não por acaso, um dos principais objetivos da PNSTT é a sua integração com a APS, dada a sua capacidade estratégica para o enfrentamento das situações de risco para a ST.

Ainda sobre a Visat, outro ponto de destaque a ser considerado é que suas práticas não se restringem apenas ao monitoramento sistemático e à análise da situação de ST em uma população definida. Elas vão além, incorporando a implementação das ações necessárias para o controle dos riscos ocupacionais, a prevenção dos agravos e a promoção da saúde²¹.

Em outras palavras, pode-se dizer que a Visat é sinônimo de informação para ação. A complexidade das suas atividades exige uma atuação interprofissional, capaz de integrar diversos e complexos campos disciplinares, de conhecimentos e atores sociais. Sua prática se desenvolve nos territórios, “a partir da realização de atividades de campo, onde o trabalho real acontece, de preferência lado a lado com os trabalhadores”²¹⁽²⁴⁷⁾. É nesta sinergia de técnicas, saberes e olhares que a Visat deixa de ser um componente burocrático para alinhar-se às necessidades de ST em defesa da vida²¹.

A Visat pode ser caracterizada por quatro principais vetores: a vigilância das doenças e dos agravos relacionados ao trabalho; a vigilância da situação de saúde e monitoramento de indicadores; a articulação com as ações assistenciais, de prevenção e promoção da saúde; e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho. Esta última deve ser desenvolvida tanto em estabelecimentos e atividades dos setores públicos como privados, urbanos ou rurais. Inclui, portanto, a produção, a divulgação, a qualificação e a difusão de informações, abrangendo ainda as atividades de educação em saúde. Por fim, deve ser realizada de forma sistemática com a rede de serviços assistenciais, além da articulação imprescindível com os demais componentes da vigilância em saúde²².

Nessa perspectiva, a Visat pode caminhar para a superação de um modelo baseado na operacionalização do binômio saúde-doença e avançar em direção a uma perspectiva capaz de priorizar ações territorializadas, com bases intra e intersetoriais. Nesse contexto, ela é capaz de viabilizar articulações de vigilância em saúde de base territorial com

vistas a “ampliar as capacidades coletivas de prevenção e manejo dos riscos; agravos; acidentes; e desastres ambientais, climáticos e epidemiológicos”²³⁽⁶⁾.

A partir de ações centradas no território e fundadas em bases pedagógicas dialógicas, torna-se possível favorecer e reconhecer o protagonismo dos trabalhadores, profissionais de saúde e demais atores locais. Com isso, a valorização dos saberes populares e das práticas de saúde articulam-se para a construção de processos participativos, fortalecendo cada vez mais a Visat²³.

Os desafios colocados para a consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: um olhar pelo retrovisor da história ao tempo presente

Conforme analisamos na seção anterior, são inúmeros e inegáveis os avanços alcançados desde a instituição da PNSTT¹¹. No entanto, diversos desafios ainda estão presentes e precisam ser analisados de frente por todos que fazem parte dessa construção histórica.

Dentre eles, merece destaque a ausência de ações articuladas em ST no âmbito da APS. Sobre esse aspecto, diversos autores são enfáticos ao afirmarem que tais iniciativas ainda são realizadas de forma incipiente e estão restritas, quando muito, à notificação de doenças, agravos ou acidentes relacionados ao trabalho^{17,24-26}.

Essa lacuna de ações em ST na APS é preocupante, sobretudo pelas características do modelo de desenvolvimento econômico do Brasil. Este é pautado em cadeias produtivas de *commodities* rurais e metálicas, que remetem à concentração de terras, consumo excessivo dos bens naturais, perda da biodiversidade em detrimento das monoculturas e redefinição

dos territórios, geralmente acompanhado da expulsão de povos originários e tradicionais²⁷.

Um dos fatores responsáveis por essa limitação pode estar relacionado com a escassez de estudos sobre essa temática²⁴. A análise de publicações aponta para a necessidade de pesquisas cada vez mais potentes e direcionadas para a realidade da APS, capazes de envolver com um maior protagonismo tanto os trabalhadores da ESF como também os usuários em uma perspectiva de escuta qualificada sobre as principais dificuldades que ambos encontram no cotidiano dos serviços²⁷.

Dessa forma, podemos afirmar que as ações de ST ainda não estão plenamente incorporadas ao cotidiano de trabalho das equipes da APS. Até mesmo a dimensão assistencial, considerada por muitos um ‘fazer mais natural’ devido à predominância do modelo biomédico, é pontual e não acontece de forma articulada com a PNSTT⁷.

Mesmo diante de contextos marcados por intensos conflitos socioambientais, como aqueles associados à expansão do agronegócio, cuja dinâmica apresenta potencial para reconfigurar o perfil de morbimortalidade de grandes contingentes populacionais, a APS tende a reproduzir práticas centradas em um modelo tradicional de cuidado. Em vez de promover a reorientação dos seus serviços de saúde para dar resposta aos novos problemas sanitários decorrentes das transformações no território e dos riscos relacionados ao trabalho, a APS segue frequentemente ancorada em uma agenda assistencial padronizada, como se os determinantes e condicionantes gerados ou modificados pelos processos produtivos não impactassem de forma significativa a realidade sanitária local²⁷.

Isto pode ser evidenciado nos próprios registros do sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão do SUS (PEC-SUS). O único campo disponível para o preenchimento pelos profissionais que dialoga com a ST é a ‘ocupação’. Dessa forma, há um considerável sub-registro, preenchimento inadequado ou

mesmo ausência de informações sobre ST. Como consequência, a APS desperdiça uma oportunidade estratégica de identificar ocupações formais e informais nos territórios – mas, principalmente, deixa de estabelecer nexos entre agravos e as ocupações atuais ou pretéritas⁷.

Além disso, outro aspecto importante a ser considerado é a sobrecarga de trabalho das equipes de Saúde da Família. Além de ser uma realidade já presente em grande parte dos territórios brasileiros, contribui para dificultar uma atenção resolutiva, baseada na escuta qualificada, nos moldes idealizados pela PNSTT e pela PNAB^{11,18}.

Por outro lado, o que se tem visto é uma pressão por produtividade, em que os profissionais são muitas vezes colocados à prova para o cumprimento de metas²⁸. Como consequência, há uma remodelagem do papel da APS, transformando-a, aos poucos, em verdadeiras ‘miniupas’.

Talvez esses efeitos identificados na APS estejam articulados, pelo menos em parte, com a fragilidade, a distorção ou o descumprimento da Visat no cotidiano dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo que não se identifica uma prática contínua e sistemática ao longo do tempo no sentido de detectar, conhecer ou identificar fatores determinantes e condicionantes dos agravos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, também não se vislumbra, no curto, médio ou longo prazo, um horizonte de mudanças substanciais no padrão epidemiológico de morbimortalidade da população²⁹.

Outro ponto que merece ser elencado diz respeito à formação profissional inadequada para questões complexas inerentes ao campo da ST. A PNSTT deixa clara a necessidade de mudanças substanciais capazes de qualificar as equipes com vistas à compreensão da complexidade das inter-relações trabalho-saúde-adoecimento¹¹.

Por outro lado, no cotidiano da prática, muitas categorias profissionais concluem suas graduações com inúmeras lacunas de

(in)formações sobre essa temática. Algumas sequer possuem um contato mínimo com noções básicas sobre identificação de riscos ocupacionais, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho³⁰.

Ainda é difundida uma cultura de que ‘a prática suprirá essas deficiências’, mas a verdade é que não irá! Estudo demonstrou que dois terços dos trabalhadores de nível superior com mais de 15 anos de experiência profissional sequer tinham conhecimento sobre a existência das fichas de notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho²⁶. Em outra pesquisa, apenas 24% dos profissionais da APS relataram ter participado de ações de qualificação sobre a temática de ST ao longo da sua trajetória profissional²⁵.

Como consequência, as queixas principais dos pacientes dificilmente são associadas ao trabalho atual ou pregresso. Dessa forma, os profissionais de saúde, de maneira geral, tendem a não associar os problemas de saúde com as dimensões ocupacionais²⁴. Além disso, são raras as situações em que médicos exploram, de forma detalhada, a história ocupacional dos seus pacientes – mesmo quando os sinais e sintomas clínicos são sugestivos para uma investigação mais aprofundada²⁶.

Por fim, mas sem a pretensão de esgotar as fragilidades da ST na APS, destacamos outros elementos que consideramos como desafios estruturais nesse complexo cenário envolvendo a Rede de Atenção à Saúde. O primeiro deles é a alta rotatividade dos profissionais, que está presente em todos os níveis de atenção, mas que na APS se torna ainda mais grave⁷.

A longitudinalidade do cuidado é uma particularidade da ESF. À medida que os profissionais não se fixam nos seus territórios pela ausência de um plano de carreiras, pelas precárias condições de trabalho ou mesmo pela baixa atratividade salarial, o vínculo entre equipe-pacientes deixa de

existir. Com isso, perde-se também boa parte da essência da APS²⁵.

Pesquisas também demonstram uma baixa interlocução das ações de apoio matricial na APS^{13,31}. Um dos principais elementos que contribuem para esse aspecto é a falta de clareza dos profissionais sobre as possibilidades de intervenções práticas no campo da ST¹³. É comum que muitos trabalhadores da ESF, pelo pouco conhecimento técnico, julguem que a ST é um campo essencialmente teórico, dissociando-o de ações práticas concretas.

A ausência de referências e contrarreferências claras é outro sinal concreto que remete a deficiências no apoio matricial em ST. A isso, soma-se entraves na articulação com Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), dificultando a resolutividade de casos complexos e a troca de saberes e práticas entre profissionais¹⁴.

O apoio matricial em ST perpassa ainda por outros desafios, tais como a verticalidade e a centralização do planejamento da atuação das equipes de Saúde da Família. Sobre esse aspecto, é comum que as ações de matriciamento geralmente não dialoguem com as necessidades de saúde específicas de cada território. Além disso, dependem da sensibilidade de gestores municipais que quase nunca estão abertos para esse debate^{13,31}.

Outrossim, é importante resgatar que o cerne do apoio matricial reside na dimensão do trabalho interdisciplinar e interprofissional, fomentando encontros sistemáticos entre equipes com vistas a ampliar a resolutividade do cuidado. Por outro lado, é inegável que, no âmbito da APS, pouco se avançou nesse quesito. Geralmente, tem-se ainda serviços compartimentalizados e fragmentados por áreas e especialidades do saber, com enfoque na doença, e não no indivíduo³⁰.

Soma-se ainda a falta de apoio pedagógico e de suporte assistencial especializado, realizado por equipes de referência técnica, que diminui sobremaneira a potência do apoio matricial. Ainda são escassas as iniciativas

de Educação Permanente em Saúde direcionadas para essa temática, principalmente quando são protagonizadas pelos Cerest, sobretudo pela limitação de quadros técnicos e quantitativo de pessoal qualificado para ministrar capacitações dentro das suas respectivas áreas de abrangência^{14,26}.

Não é possível deixar de mencionar, neste ensaio, a importância de problematizar a potencialidade do trabalho em saúde como uma prática social em ato, amparado por redes vidas de cuidado que se configuram no bojo das tecnologias leves, que se apresentam como práticas de acolhimento, diálogo e escuta qualificada. O conjunto desses elementos representa um campo privilegiado de aproximação com a dimensão subjetiva do trabalho, constituindo-se um elemento fundamental para ações com vistas à integralidade do cuidado³².

A integração das ações de Visat com os demais componentes da vigilância em saúde, sem dúvidas, é outro aspecto desafiador no âmbito da PNSTT¹¹. A falta de padronização de procedimentos para a obtenção e tratamento de dados, aliado ao elevado número de sistemas de informação em saúde, com suas complexas e heterogêneas singularidades, dificulta ainda mais o desenvolvimento de ações planejadas conjuntamente¹³.

Por fim, a carência de recursos humanos qualificados para o desenvolvimento de atividades planejadas e sistematizadas configura-se como uma das principais fragilidades identificadas na atualidade. A isso, soma-se o acúmulo de funções, desempenhadas muitas vezes por um único agente. É muito comum que, em municípios de pequeno e até mesmo de médio porte, um mesmo trabalhador acumule as atribuições de todas as vigilâncias¹³.

Dessa forma, a Visat, ao invés de ser um instrumento potente de informação para ação em favor da atenção integral à ST, muitas vezes é reduzida a um mero componente burocrático. Com isso, ela se distancia dos problemas reais dos territórios, perdendo a capacidade de compreender e intervir no processo saúde-doença.

O que esperar para o futuro da PNSTT: propostas para um debate em meio à 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Chegamos à última seção deste manuscrito, e a tarefa que nos cabe é de apontar caminhos, perspectivas e alternativas para fomentar um debate profundo e propositivo para o futuro da PNSTT, sobretudo entre os delegados e delegadas da 5ª CNSTT.

O primeiro elemento que trazemos para o debate é o fortalecimento da ST na APS. Esse debate, na visão dos autores, precisa ganhar força e ser prioridade na 5ª CNSTT. Enquanto não avançarmos nesta discussão, a integralidade do cuidado em ST continuará sendo apenas mais uma categoria teórica a ser discutida nos artigos e livros e não se efetivará na prática dos serviços de saúde.

Dessa forma, é preciso criar condições para que os profissionais da ESF incorporem as ações de ST no cotidiano do seu trabalho, qualificando iniciativas que já desenvolvem e acrescentando outras que ainda não realizam. Contudo, sempre deve-se ter o cuidado e a sensibilidade de não os deixar ainda mais sobrecarregados.

Diminuir a rotatividade dos profissionais de saúde no SUS, mas principalmente na APS, é outro tema que precisa estar na agenda de discussões. Isto perpassa pela criação de carreiras de Estado para as diversas categorias profissionais, pela valorização salarial e pela melhoria das condições e dos processos de trabalho.

Fomentar o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador em toda a Rede de Atenção à Saúde é outro aspecto que merece a atenção de todos. Sem a devida qualificação profissional, os problemas complexos relacionados com a ST continuarão invisíveis nos painéis de indicadores de saúde. Como consequência, o

Estado deixará de planejar atividades direcionadas às principais necessidades epidemiológicas de cada território.

O fortalecimento da Visat deve ser encarado também como uma pauta prioritária. Desde a sua institucionalização enquanto Instrução Normativa em 1998, ainda não foi possível efetivar suas ações no âmbito da APS, muito menos avançar em um planejamento conjunto e integrado com os demais componentes da vigilância em saúde.

Para tanto, é preciso lutarmos por mais orçamento, mais infraestrutura e mais profissionais qualificados para a Visat. Enquanto ela for encarada apenas como ‘mais um’ componente burocrático, não efetivaremos a PNSTT na sua plenitude.

Cabe-nos também o desafio de ampliar-mos as discussões sobre o apoio matricial em ST. Isso exige um olhar criterioso para as dimensões da interprofissionalidade, interdisciplinaridade, intersectorialidade e interinstitucionalidade. A saúde mental conseguiu incorporar muito bem nas suas práticas grande parte desses preceitos. Podemos seguir seus passos e fazer as adaptações necessárias para os nossos campos de saberes e práticas.

Por fim, é preciso que avancemos na interlocução dos Cerest com a APS. Em diversas unidades de APS, ainda existem profissionais que sequer sabem da existência desse equipamento – e, quando já ouviram falar, não sabem quais as suas principais atribuições.

Dessa forma, reivindicar mais profissionais para a composição dos Cerest parece ser uma

medida emergencial que precisa ser discutida. Também seria chegado o tempo de rediscutir as suas áreas de abrangência? Será mesmo possível um único Cerest dar conta, em algumas situações, de 54 municípios?

Conclusões

A 5ª CNSTT é um marco histórico na atual conjuntura política do Brasil. Na pauta, são diversos os assuntos urgentes para discussão. Ao longo deste ensaio, procuramos trazer reflexões profundas sobre o que consideramos ser prioritário para a PNSTT.

Esperamos que essas análises profundas sobre a PNSTT possam auxiliar a todos no desenvolvimento de reflexões, análises, críticas e sugestões sobre possíveis caminhos para a efetivação da atenção integral à ST.

Colaboradores

Ferreira MJM (0000-0001-5187-4195)* contribuiu para concepção do projeto, exatidão e integridade de todos os aspectos da pesquisa, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Melo EAC (0009-0009-1270-8798)*, Brito GCD (0009-0008-3645-5214)*, Viana JAM (0009-0007-5408-6822)*, Martins LH (0000-0002-1379-7480)*, Rocha LM (0009-0001-6052-7774)* e Melo MFS (0009-0008-9819-9877)* contribuíram para redação e aprovação da versão final do manuscrito.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2022: Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2022 [acesso em 2025 mar 12]. Disponível em: <https://hia.paho.org/es/covid22-introducao>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua: em 2024, taxa anual de desocupação foi de 6,6% enquanto taxa de subutilização foi de 16,2%. Agência IBGE [Internet]. 2025 jan 31 [acesso em 12 de mar 2025]; Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/42530-pnad-continua-em-2024-taxa-anual-de-desocupacao-foi-de-6-6-enquanto-taxa-de-subutilizacao-foi-de-16-2>
3. Faria L, Alvarez REC, Santos LAC. Desigualdades socioeconômicas na América Latina e Caribe: o futuro pós-pandemia para a formação profissional na saúde. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2023;30:e2023029. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702023000100029>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2024. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Inflação. IBGE [Internet]. 2025 fev [acesso em 15 de mar 2025]; Explica. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio Contínuas. Segurança Alimentar 2023. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
7. Silva DP, Freitas RF, Souza LF, et al. Práticas profissionais em saúde do trabalhador na Atenção Primária: desafios para implementação de políticas públicas. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(12):6005-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14842021>
8. Malta DC, Bernal RT, Vasconcelos NM, et al. Acidentes no deslocamento e no trabalho entre brasileiros ocupados, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26:e230006. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230006.supl.1.1>
9. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 nov 11; Edição 216; Seção 1:76.
11. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 ago 23; Edição 165; Seção 1:46.
12. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria nº 5.674, de 1º de novembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 nov 5; Edição 214; Seção 1:50.
13. Silva FFV. Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2021;46:e12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000020719>
14. Silva MF, Miei DB, Camarotto JA, et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva de gestores e tomadores de decisão. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2023;48:e1. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/05221pt2023v48e1>
15. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a orga-

- nização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.
16. Vasconcellos LCF. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam; 2011. Cap. 8, Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares; p. 422.
 17. Ferreira MJM, Correa FGS, Lacerda EM, et al. Analysis of risk factors in occupational accidents in Brazil: a population-based study. *J Occup Environ Med*. 2020;62(2):e46-e51. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001793>
 18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 21; Edição 183; Seção I:68.
 19. Silva-Filho PL, Botelho C, Castro HA, et al. Prevalence and factors associated with respiratory symptoms among civil construction workers: an occupational health surveillance proposal. *Rev Bras Med Trab*. 2020;17(1):119-29. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190263>
 20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 junho 23]. Capítulo 1, Vigilância em Saúde do Trabalhador; 75-86. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf>
 21. Ferreira MJM. Vigilância em Saúde do Trabalhador [Internet]. In: Nascimento DDG, Oliveira SMVL, Moraes SHM. Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais. Campo Grande, MS: Fio-cruz Pantanal; 2024 [acesso em 2025 jun 22]. p. 232-269. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46702>
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 ago 13; Edição 155; Seção I:87-90.
 23. Oliveira SS, Machado JMH, Coradin C, et al. Vigilância popular em saúde: conceitos, experiências e desafios no contexto brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e240304. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240304>
 24. Silva A, Ferraz L, Rodrigues-Junior AS. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na atenção primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2016;41:e16. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000122415>
 25. Amorim LA, Silva TL, Faria HP, et al. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22:3403-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>
 26. Ferreira MJM, Lima RKS, Silva AMC, et al. Vigilância dos acidentes de trabalho em unidades sentinela em saúde do trabalhador no município de Fortaleza, nordeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(10):3393-3402. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17422017>
 27. Ferreira MJM, Viana Júnior MM, Pontes AGV, et al. Gestão e uso dos recursos hídricos e a expansão do agronegócio: água para quê e para quem? *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(3):743-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.21012015>
 28. Faria MGA, Silveira EA, Cabral GRFC, et al. Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura. *Esc Anna Nery*. 2020;24(4):e20200027. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0027>

29. Vasconcellos LCF, Almeida CVB, Guedes DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. *Trab Educ Saúde*. 2009;7(3):445-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000300004>
30. Ferraz L, Pereira RPG, Pereira AMRC. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. *Saúde debate*. 2020;43:200-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S215>
31. Lazarino MAS, Silva TL, Dias EC. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44:e23. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000009318>
32. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(3):861-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

Recebido em 10/04/2025

Aprovado em 01/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Juliana Moura Corrêa

Contradições para representação e atuação de Saúde do Trabalhador em Conselhos de Saúde

Contradictions for the representation and performance of Workers' Health in Health Councils

Fátima Sueli Neto Ribeiro^{1,2}, Lidiston Pereira da Silva³, Norma Santos Bomfim²

DOI: 10.1590/2358-28982025E210547P

RESUMO Conselhos de Saúde são instrumentos valiosos para a democratização das políticas de saúde, mas sua institucionalização tende a transformá-los em estruturas do próprio Estado. Este ensaio combina uma revisão integrativa da literatura nacional com análise sistemática de vídeos públicos e ata das reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Objetiva discutir as estratégias de participação social e de democratização das políticas públicas de saúde nos Conselhos de Saúde a partir dos princípios da Saúde do Trabalhador. Como todo espaço de poder, o Conselho se configura em arena de disputa do modelo e da gestão da política de saúde. A sua falta de autonomia financeira e administrativa, aliada à burocratização das instâncias de deliberação, compromete a democracia das arenas políticas. A participação de movimentos sociais organizados sem a dimensão das lutas entre o capital-trabalho conflita com as perspectivas das ações da área de Saúde do Trabalhador. A necessidade de aprimoramento das práticas de controle social e da autonomia política dos atores é fundamental para que as escolhas e as demandas da sociedade sejam devidamente representadas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Participação social. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Health Councils are valuable instruments for the democratization of health policies, but their institutionalization tends to transform them into structures of the State itself. This essay combines an integrative review of national literature with a systematic analysis of public videos and minutes of meetings of the State Health Council of Rio de Janeiro. It aims to discuss strategies for social participation and democratization of public health policies in Health Councils based on the principles of Workers' Health. Like all spaces of power, the Council is configured as an arena for disputes over the model and management of health policy. Its lack of financial and administrative autonomy, combined with the bureaucratization of decision-making bodies, compromises the democracy of political arenas. The participation of organized social movements without the dimension of the struggles between capital and labor conflicts with the perspectives of actions in the area of Workers' Health. The need to improve practices of social control and the political autonomy of actors is essential for the choices and demands of society to be properly represented.

KEYWORDS Occupational health. Social participation. Unified Health System.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Nutrição (INU) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fatsuerj@gmail.com

² Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES-RJ), Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O Conselho de Saúde (CS) como estratégia de participação social possui caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários^{1,2}. Apoia-se em Comissões Intersetoriais temáticas e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; e vem se consolidando como “espaço de mediação, participação e intervenção de valores diversificados e plurais”²⁽²⁶²⁾. Seu caráter inovador vem sendo aprimorado, mas nem sempre dialoga com modelo biomédico, ainda hegemônico das intervenções em saúde³.

O campo da Saúde do Trabalhador (ST), enquanto área do Sistema Único de Saúde (SUS), também está prevista na Constituição Federal em uma perspectiva intersetorial e articuladora de políticas e programas de interesse para a saúde. Seu fundamento de prática invariavelmente está ligado ao movimento social, reiterado enquanto estratégia de controle social por meio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt), comissão obrigatória do CS.

Ainda que o componente ‘trabalho’ esteja na base do modo de viver e que, assim, a área de ST faça parte das atividades precípuas de assistência, vigilância e prevenção do SUS, seu caráter democrático e articulador do saber dos trabalhadores e atuação na determinação do processo saúde-doença ainda não constitui procedimentos rotineiros em serviços de saúde nem das instâncias de controle social^{4,5}.

Este ensaio objetiva discutir as estratégias de participação social e de democratização das políticas públicas de saúde nos CS a partir dos princípios da ST no tocante à indissociabilidade dos saberes técnico e do trabalhador, da ação interdisciplinar e interinstitucional e da atuação sobre a determinação do processo saúde-doença.

Material e métodos

Para este ensaio, buscou-se bibliografia que caracterizasse as atividades e as dificuldades do CS. Nessa direção, realizou-se uma revisão integrativa na base SciELO. Dado o interesse em material disponível em artigos não indexados, considerou-se também a base Google Acadêmico com as palavras: política de saúde & conselho de saúde & participação, excluindo áreas temáticas, profissões, agravos, ouvidorias, livros, artigos repetidos e anais. Resultou em 42 artigos no SciELO e em 57 no Google Acadêmico. A leitura dos trabalhos completo refinou para 38 artigos que foram analisados em categorias analíticas para interpretação.

Ao considerar que os últimos anos representaram mudanças no Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES-RJ), procedeu-se à análise temática dos registros por vídeos públicos e atas de 57 reuniões da atual gestão⁶ entre julho de 2022 e maio 2025. Após a leitura flutuante, os núcleos de sentido foram organizados em categorias analíticas.

As categorias analíticas visaram identificar: dificuldades de participação, encaminhamentos dos temários, profundidade do debate para propostas inovadoras, tema de ST e a Cistt.

A partir de 2023, a observação participante se deu pelos autores enquanto membros da Cistt do CES-RJ.

Resultados e discussão

A bibliografia considerada para este artigo partiu de bases nacionais, contemplando também materiais não indexados nas grandes bases. A redução dos artigos na base Google Acadêmico se deu pela identificação de seis títulos a partir de Congressos, em especial a Rede Unida.

As políticas neoliberais associadas ao contexto da pós-modernidade, da individualização, do hiperconsumo e do enclausuramento da subjetividade aprofundaram a precarização das condições de trabalho, agudizando a

pobreza, a marginalidade e a saúde de grupos sociais vulneráveis^{7,8}, o que resultou em movimentos sociais organizados sem a dimensão das lutas entre o capital-trabalho. São movimentos sociais difusos, com reivindicações imediatistas a partir de valores culturais, patologias, etnia etc. que passaram a ocupar espaços no interior do Estado^{9,10}.

A literatura considerada nesta revisão consta no *quadro 1* e situa que, sob as mutações da sociedade, os movimentos sociais redirecionaram a defesa dos direitos para as estruturas do Estado, e não ‘fora’ delas¹¹, e configuram grupos que atuam nos espaços do estado em ‘arranjos setoriais’ de representação dos interesses e canalizam a participação societária nas arenas de decisão política^{8,10}. Participando

das instâncias de controle social, esses grupos de interesse reforçam o papel do Estado, que confere a esses interlocutores societários certa margem de acesso a decisões alocativas em troca da adesão a normas institucionalizadas e hierarquizadas, conduzidas pelas ações do gestor⁹. Em contrapartida, esses grupos recebem o reconhecimento do *status* público¹¹.

A literatura indica fortemente a capacitação como forma de corrigir as dificuldades¹ no Conselho, o que também é questionável diante da crítica de dificuldades relacionadas com o estado que corporativizou o Conselho¹⁰ e o neocorporativo¹¹ – além da possível cooptação de conselheiros² e da falta de articulação dos conselheiros com as bases⁴.

Quadro 1. Artigos identificados na revisão integrativa

Ano	Autores	Título	Periódico
2001	Silva IFL, Labra ME ¹²	As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório	Cadernos de Saúde Pública
2002	Labra ME, Figueiredo JSA ¹³	Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde	Ciência & Saúde Coletiva
2003	Aciole GG ¹⁴	Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde	Revista Saúde em Debate
2004	Gerschman S ¹⁵	Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares	Cadernos de Saúde Pública
2006	Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP ¹⁶	A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?	Saúde sociedade
2008	Santos VMSA, Souza TP ¹⁷	A participação das associações comunitárias no controle social do sistema único de saúde (SUS) no acompanhamento de políticas	Revista Norte Científico
2008	Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. ¹⁸	Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: matrizes da utopia	Physis
2009	Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC ¹	Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde	Physis
2010	Oliveira LC, Pinheiro R ¹⁹	A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política	Ciência & Saúde Coletiva
2010	Batista AA, Muniz JN, Ferreira Neto JA, et al. ²⁰	A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS	Saúde e Sociedade
2010	Coelho VSP, Ferraz A, Fanti F, et al. ²¹	Mobilização e participação: um jogo de soma zero? um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo	Novos Estudos CEBRAP
2011	Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, et al. ²²	O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde	Physis
2012	Pereira Neto AF ²³	A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate	Physis
2012	Müller Neto JS, Artmann E ²⁴	Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas	Ciência e Saúde Coletiva

Quadro 1. Artigos identificados na revisão integrativa

Ano	Autores	Título	Periódico
2012	Duarte EB, Machado MFAS ²⁵	O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE	Saúde e Sociedade
2012	Oliveira JN, Dórea ESA, Nascimento SS, et al. ²⁶	Análise da percepção da população adscrita à unidade de saúde da família Teotônio Vilela II sobre sua participação no conselho local de saúde	Revista Proex
2013	Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG ²⁷	Controle social no SUS: discurso, ação e reação	Ciência & Saúde
2013	Durán PRF ¹⁰	Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro	Desigualdade & Diversidade
2014	Durán PRF, Gerschman S ¹¹	Desafios da participação social nos conselhos de saúde	Saúde e Sociedade
2014	Ferreira Neto JL, Araújo JNG ²⁸	Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais	Psicologia e Sociedade
2014	Farias Filho MC, Silva AN, Mathis A ²⁹	Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde	Ciência & Saúde Coletiva
2015	Bem IP, Barros IS, Sousa AM, et al. ³⁰	Referências de cidadania e democracia nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde	Tempus – Actas de Saúde Coletiva
2015	Kleba ME, Zampirom K, Comerlatto D ³¹	Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde	Saúde e Sociedade
2016	Rezende RB, Moreira MR ³²	Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014	Ciência & Saúde Coletiva
2018	Bispo Júnior JP ³³	Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil	Revista Crítica de Ciências Sociais
2019	Vilaça DSS, Cavalcante DS, Moura LM ³⁴	Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso	Ciência & Saúde Coletiva
020	Lacaz FAC, Flório SMR ⁴	Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX	Ciência & Saúde Coletiva
2020	Rocha MB, Moreira DC, Bispo Júnior JP ³⁵	Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho	Caderno de Saúde Pública
2021	Morais AS, Teixeira CF ³⁶	Posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018	Saúde e Sociedade
2021	Haum NDAP, Carvalho M ³⁷	Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta	Saúde e Sociedade
2021	Roque CMT, Lacerda Sá AC, Dantas BMS, et al. ³⁸	Os conselhos de saúde como estratégias da participação popular no SUS: uma revisão integrativa	Research Society and Development
2022	Temoteo-da-Silva B, Lima IMSO ³⁹	Análise política da atuação do Conselho Nacional de Saúde na construção da política de saúde no Brasil no período de 2014-2017	Interface
2023	Furtado FPL, Queiroz CR ⁴⁰	Democracia, saúde e controle social: entre falácias e desafios no Brasil contemporâneo	Revista Científica da Universidade Barra Mansa
2023	Cavalcante AA, Magdalena PC, Moriguchi CS ⁴¹	Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde	Saúde e Sociedade
2024	Quevedo ALA, Barroso PF, Chioro A, et al. ⁴²	Regionalização da saúde no Rio Grande do Sul: considerações do controle social sobre o processo	Physis
2025	Lopes TA, Silva CRG, Peixoto SGR, et al. ⁴³	Barreiras e experiências do controle social na execução e controle da política de saúde no sistema único de saúde	Estudos Avançados Sobre Saúde e Natureza
2025	Bortoli FR, Serapioni M, Kovaleski DF ⁴⁴	Efeitos da participação social sobre as políticas de promoção da equidade em saúde	Physis
2025	Mitros VM da S, Rocha R do N, Costa NGS, et al. ⁴⁵	Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS	Saúde em Debate

Fonte: elaboração própria.

A depender do momento político, os grupos de interesse constituem um círculo vicioso, alimentado por políticos e burocratas que reforçam o caráter corporativo dos conselheiros e sua perpetuação, acabando por impedir a ampliação do acesso dos cidadãos^{46,47}.

Nesse panorama, CS como arena de disputa de grupo de interesses distintos podem favorecer processos de transformação ou a manutenção do *status quo*^{19,47}. Nesse modelo, emerge a importância da presidência do Conselho e a dinâmica de suas Comissões.

Considera-se que, além das dificuldades de infraestrutura e pessoal, há problemas de funcionamento do Conselho, como falta de tradição de participação e de cultura cívica, respaldo de instâncias burocráticas, falta de domínio dos instrumentos e presença do gestor, que compromete o esperado círculo virtuoso de participação social e ampliação horizontal^{10,46,47}.

A participação para o controle social pressupõe conhecimentos técnicos e administrativos, articulação interna em comissões, indicadores e protocolos de assistência biomédica, prestação de contas, planejamento e decisões sobre receitas que são de domínio do gestor, nem sempre transparente, e com estratégias administrativas de difícil questionamento pelos demais segmentos^{19,41}.

A literatura que analisa os CS é consensual no desconhecimento e despreparo dos conselheiros^{11,18,48} para o efetivo processo de tomada de decisão, alertando para o distanciamento entre a atividade representativa e suas bases sociais, o que viabiliza distorções com práticas tipicamente clientelistas e corporativistas^{11,19,46}.

Duran localiza:

[...] a falta de definição clara sobre o papel das diversas representações conselheiras, a relação de indução política dos gestores e a burocratização do controle social como desafios enfrentados na legitimidade desse fórum participativo¹⁰⁽¹¹⁾.

O cenário atual encontra o estado do Rio de Janeiro em regime de recuperação fiscal, diante do desequilíbrio cuja receita anual é menor do que a dívida consolidada, e o governo responde com um plano austero para conter o gasto público que compromete os benefícios de prestação continuada, reduz gastos com saúde, educação e com salários dos servidores públicos, além da reforma da previdência dos servidores⁹.

No caso do CES-RJ, a arquitetura de articulação para manutenção do poder por meio das corporações e grupos de interesse articulados com o governo, com instâncias deliberativas burocratizadas comprometendo a democracia das arenas políticas de deliberação, expressa-se desde 2012^{10,41}. Nesse sentido, a julgar pelas reuniões ordinárias, ainda segue organizando ou provocando conflitos para maximizar seus interesses, que não necessariamente estão ligados aos projetos políticos do governo, mas a interesses pessoais, impondo barreiras e desqualificando conselheiros para sua efetiva ação política, formando uma 'elite de referência'⁷².

Nos arranjos de interesses e pactuações imediatistas, a luta de classes e articulação no combate à exploração do trabalho pelo capital sofre derrotas sucessivas e os tornam marginais nas disputas políticas. Esse fato se expressou em embates da Cistt com o próprio Conselho, conforme reuniões CES-RJ de 2025 (14/1 e 11/2); 2024 (21/11, 8/10, 20/2) e 2023 (20/2, 11/6, 5/9, 3/10). A atuação no planejamento, na execução e na avaliação das ações da área de ST ainda é estranhada pelo modelo assistencial do SUS e sofre pressões nas relações entre representação e participação no contexto político, conforme percebido em todas as reuniões da Cistt do ano de 2023 a maio de 2025.

As denúncias acolhidas pelos conselhos nem sempre respondem com alternativas concretas para intervenções e/ou mudanças, e, quando acontece, carecem de respaldo da gestão. Assim, o incentivo da participação social é coibido em razão da falta de apoio local ou estadual, além da escassa articulação, em particular dos usuários^{2,49}.

A atividade essencial de aprovação do Relatório de Gestão e do Plano Estadual de Saúde (PES) é tratada como mera atividade burocrática e acrítica até 2022, o que reduz a importância dos atores na via da democracia deliberativa e a inviabiliza.

Duran¹⁰ já sinalizava que os conselheiros de saúde do estado do Rio de Janeiro se sentiam despreparados para a aprovação dos PES ou de balanços. No período de agosto de 2023 a agosto de 2024, a presidência do CES, exercida por uma usuária sindicalista oriunda da Cistt e pautada nos princípios da ST, explicitou as dificuldades como condições físicas, estruturais e financeiras para o pleno funcionamento do CES e suas comissões, tanto do ponto de vista político como de infraestrutura. Além disso, reconduziu as dinâmicas, impondo o ritmo e a necessidade desse segmento em detrimento das prioridades da gestão, conforme as reuniões CES de 2023 (17/10, 14 e 21/11).

Informações insuficientes sobre financiamento, regimento interno e PES limitam a atuação dos conselheiros e resultam na submissão à gestão^{2,10,41}. Estes seguem ausentes do processo de formação ou acolhimento de novos conselheiros no estado do Rio de Janeiro. Sem autonomia e independência em relação à instituição gestora para financiamento, inclusive da assessoria jurídica, a decisão política fica comprometida no cotidiano dos atores sociais, o que fragiliza o papel do sujeito político e favorece as iniciativas dos gestores².

Lacaz e Florio⁴ comentam que a subserviência dos conselhos ante os 'poderes constituídos' é determinada pela ausência de autonomia financeiro-administrativa e a frágil base legal, o que dá margem à existência de 'conselhos de balcão'. A demanda da informação em saúde, como justificativa para a baixa atuação dos conselhos, superestima 'técnicalidades' e retira o enfoque da questão política. Ao assim proceder, valoriza-se mais a aparência do que a essência do problema e confundem-se os papéis dos atores/sujeitos sociais.

Em geral, discute-se que a Cistt tem se constituído em espaço de debate que

Embora se configure como rico de reflexão da política, atua de modo restrito tanto pela abrangência qualitativa e quantitativa de sua representatividade, quanto pela baixa repercussão de suas representações sobre as bases⁵⁰⁽⁴³⁸⁾.

As Comissões refletem as dificuldades do Conselho. Contudo, o avançar das relações pode colocar Comissão e Conselho em direções opostas⁴. Cabe a ponderação de que, como parte basilar do CS, a reflexão política acumulada também auxilia o amadurecimento dos debates no Conselho, que raramente são possíveis nas reuniões ordinárias dada a frequência de pautas longas e intensas.

A análise das reuniões do CES-RJ permite perceber que a indissociabilidade da Cistt com as demandas e o movimento social tende a expor conflitos entre os grupos de interesse que se materializam na pouca valorização para formação e implementação dessa Comissão. Outra hipótese identificada neste artigo diz respeito à limitação do movimento de ampliação e transparência do Conselho (Reunião CES de 16/1 e 27/2/2024), o que tende a inibir uma comissão intersetorial com a dinâmica da Cistt a opinarem sobre os instrumentos de gestão como os planos de saúde.

A existência de recurso financeiro federal para manutenção dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador desequilibra a disputa entre os grupos, contudo, pouco mobiliza o controle social. Além disso, a difícil relação com os gestores da área técnica se vincula à resistência em aceitar a participação social em todas os momentos da política, desde a concepção até a avaliação na área.

As disputas entre o movimento social com o horizonte estrutural da luta capital-trabalho presente na Cistt e os grupos de interesse geram conflitos internos no Conselho por disputa de visibilidade, de hegemonia política e de poder, e tendem a hierarquizar ações do controle social estigmatizando não conselheiros ou aqueles ligados à ação estrutural da determinação social da saúde^{2,4}. A depender do poder desses grupos e a sua relação com

a gestão, pode comprometer sobremaneira a existência da Cistt. Uma vez que esta é eminentemente formada por não conselheiros, pode vir a prejudicar as iniciativas criativas de transparência social ou redundar em processos autofágicos de judicialização, em disputa por denúncias que se prolongam no tempo e inviabilizam a atuação crítica dos movimentos sociais.

Ainda que o cenário seja previsível, diferentemente de 2012¹⁰, observou-se, entre 2023 e 2024, um empoderamento relevante da Cistt e do movimento social no CES-RJ. O número de Cistt municipal passou de 2 para 30, as conferências estaduais de Gestão do Trabalho e Educação e Saúde, Saúde Mental e a de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foram realizadas com ampliação da participação e inovações no seu desenvolvimento, as comissões temáticas se fortaleceram, passando de uma para sete comissões coordenadas pelos usuários, e o PES passou a ser minuciosamente discutido, a partir de 2023, muito diferente das aprovações burocráticas dos anos anteriores.

Considerações finais

A institucionalização dos conselhos pode estar se tornando mais uma estrutura organizativa do próprio Estado^{2,11}. O contraditório do paradigma participativo da ST tem gerado conflitos que, se bem ajustados, podem trazer preciosos avanços para a atuação do controle social.

No CES-RJ, uma liderança oriunda da ST, com compromissos com a determinação do processo saúde-doença, conseguiu influenciar as pactuações internas e ampliar a atuação e o empoderamento dos usuários. A alternância da presidência e sua relação com grupos de interesse não garantem a continuidade desse processo e podem reiterar o círculo vicioso de subserviência à instituição gestora.

A literatura descreve o que tem sido observado no CES-RJ: a baixa renovação, o afastamento do ‘movimento popular em saúde’ e o tensionamento a partir da incorporação de grupos de interesse – situações que precisam

balizar o aprimoramento da instância democrática de controle social em um contexto de projetos políticos governamentais neoliberal

O papel dos grupos de interesse precisa ser identificado e contextualizado na dinâmica dos Conselhos. Estes podem gerar conflitos inóspitos, estabelecer alianças deletérias e dificultar o avanço das políticas de interesse mais estrutural ou que afetem o *status* político do governo. O locus do gestor no CS precisa ser redimensionado; a presença do ente a ser controlado, o gestor estadual, dificulta a execução plena do papel de controle social, mantém a submissão ao controle do recurso financeiro e o domínio das estratégias burocráticas que submetem os demais segmentos.

A tendência de esperar que o controle social resolva as muitas situações de saúde demandadas a partir da própria inoperância do estado em resolvê-las pode estar gerando frustração e reduzindo a confiabilidade nessa instância de controle social e na própria organização de representação.

Uma liderança fortemente comprometida com princípios legais e éticos da ST, assumindo a existência do conflito de classe, a existência de grupos de interesse no CS e explicitando a disputa de um modelo de política de saúde pública, favoreceu, no caso do CES-RJ, avanços inusitados na prática cotidiana, empoderamento do segmento usuários e inovações valiosas nas Conferências temáticas realizadas. Isso fez valer a máxima de que uma Cistt forte faz um Conselho forte.

Colaboradores

Ribeiro FSN (0000-0002-8201-4806)* contribuiu para idealização do texto, análise das reuniões, revisão da literatura, discussão e redação do manuscrito. Silva LP (0000-0002-0613-9260)* colaborou para análise da bibliografia, discussão e organização do manuscrito. Bomfim NS (0009-0003-0529-8280)* colaborou para análise das reuniões, participação das reuniões analisadas, discussão e redação do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Cotta RMM, Caza MM, Rodrigues JFC. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*. 2009;19(2): 419-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000200010>
2. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – sistema de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/SAEPR; 2013 [acesso em 2025 maio 8]. p. 237-271. V. 3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>
3. Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Rev Mosaico*. 2020;11(2):109-16. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>
4. Lacaz FAC, Flório SMR. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(6):2123-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>
5. Vasconcellos LCF, Gomez CM, Machado JMH. The gap between what has been defined and what is still pending in occupational health surveillance. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(12):4617-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.13602014>
6. Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: CES-RJ; © 2025. Atos Normativos/Ata; [data desconhecida] [acesso em 2025 mar 8]. Disponível em: <https://www.conselhodesaude.rj.gov.br/>
7. Araújo GCC, Melo SN. Capitalismo estético e hiperconsumismo: contradições entre a pós-modernidade e o discurso ambiental. *Univ Hum*. 2013;10(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.5102/univhum.v10i2.2481>
8. Gerschman S. Democracia, políticas sociais e globalização. In: Gerschman S, Vianna MLW, organizadoras. A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 53-64.
9. Dweck E, Silveira FG, Rossi P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: Rossi P, Dweck E, Oliveira ALM. Economia para Poucos: Impactos Sociais da Austeridade e Alternativas para o Brasil. São Paulo: Editora autonomia literária; 2018. p. 32-57.
10. Durán PRF. Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro. *Desig Div*. 2013;12:61-90.
11. Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saude soc*. 2014;23(3):884-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300012>
12. Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):161-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100017>
13. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2002;7(3):537-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300011>
14. Aciole GG. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2003;27(63):63-73
15. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1670-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600026>
16. Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saude Soc*. 2006;15(1):49-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000100006>
17. Santos VMSA, Souza TP. A participação das associações comunitárias no controle social do sistema único de saúde (SUS) no acompanhamento de políticas. *Rev Norte Cient*. 2008;3(1):36-47.
18. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia.

- Physis. 2008;18(1):105-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>
19. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(5):2455-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>
 20. Batista AA, Muniz JN, Ferreira Neto JA, et al. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saude Soc*. 2010;19(4):784-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400006>
 21. Coelho VSP, Ferraz A, Fanti F, et al. Mobilização e participação: um jogo de soma zero?: um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. *Novos estud CEBRAP*. 2010;(86):121-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002010000100007>
 22. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*. 2011;21(3):1121-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300019>
 23. Pereira Neto AF. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. *Physis*. 2012;22(2):441-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200003>
 24. Müller Neto JS, Artmann E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(12):3407-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200025>
 25. Duarte EB, Machado MFAS. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saude Soc*. 2012;21:126-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500011>
 26. Oliveira JN, Dórea ESA, Nascimento SS, et al. Análise da percepção da população adscrita à unidade de saúde da família Teotônio Vilela II sobre sua participação no conselho local de saúde. *Rev Proex*. 2012;1(3):27-33.
 27. Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(8):232938. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>
 28. Ferreira Neto JL, Araújo JNG. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. *Psicol Soc*. 2014;26(3):675-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300016>
 29. Farias Filho MC, Silva AN, Mathis A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(6):1911-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.08062013>
 30. Bem IP, Barros IS, Sousa AM, et al. Referências de cidadania e democracia nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*. 2015;9(3):203-211. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i3.1797>
 31. Kleba ME, Zampirom K, Comerlato D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saude Soc*. 2015;24(2):556-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013>
 32. Rezende RB, Moreira MR. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1409-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00352016>
 33. Bispo Júnior JP. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. *Rev Crít Ciênc Sociais*. 2018;(117):99-122. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.8269>
 34. Vilaça DSS, Cavalcante DS, Moura LM. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(6):2065-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08962019>
 35. Rocha MB, Moreira DC, Bispo Júnior JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de

- desempenho. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00241718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>
36. Moraes AS, Teixeira CF. Posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018. *Saude Soc*. 2021;30(1):e200479. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200479>
 37. Haum NDAP, Carvalho M. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. *Saude Soc*. 2021;30(4):e200350. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200350>
 38. Roque CMT, Lacerda Sá AC, Dantas BMS, et al. Os conselhos de saúde como estratégias da participação popular no SUS: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(17):e17101724186. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24186>
 39. Temoteo-da-Silva B, Lima IMSO. Análise política da atuação do Conselho Nacional de Saúde na construção da política de saúde no Brasil no período de 2014-2017. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210582. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210582>
 40. Furtado FP, Queiroz C, Furtado JH. Democracia, saúde e controle social: entre falácias e desafios no Brasil contemporâneo. *Rev Cient UBM*. 2023;(48):112-21. DOI: <https://doi.org/10.52397/rcubm.v0i48.1424>
 41. Cavalcante AA, Magdalena PC, Moriguchi CS. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. *Saude soc*. 2023;32(1):e210866pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210866pt>
 42. Quevedo ALA, Barroso PF, Chioro A, et al. Regionalização da saúde no Rio Grande do Sul: considerações do controle social sobre o processo. *Physis*. 2024;34:e34022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434022pt>
 43. Lopes TA, Silva CRG, Peixoto SGR, et al. Barreiras e experiências do controle social na execução e controle da política de saúde no sistema único de saúde. *EASN*. 2025;86.
 44. Bortoli FR, Serapioni M, Kovaleski DF. Efeitos da participação social sobre as políticas de promoção da equidade em saúde. *Physis*. 2025;35(2):e350218. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350218pt>
 45. Mitros VMS, Rocha RN, Costa NGS, et al. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. *Saúde debate*. 2023;47(138):444-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313806>
 46. Hoefel MGL, Severo DO. Participação social em saúde do trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. *Tempus*. 2011;5(4):120-38. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i4.1062>
 47. Labra ME, St. Aubyn FJ. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2002;7(3):537-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300011>
 48. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1670-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600026>
 49. Silva IFL, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):161-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100017>
 50. Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: Vasconcellos L, Oliveira MHB, organizadores. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam; 2011. p. 423-452

Recebido em 14/04/2025

Aprovado em 16/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Vigilância da saúde integrada, participativa e territorializada em contextos de exposição aos agrotóxicos no Brasil

Integrated, participatory, and territorialized health surveillance in contexts of exposure to agrotoxics in Brazil

Karen Friedrich^{1,2,3}, Ariane Leites Larentis^{1,3,4}, Jandira Maciel da Silva^{2,5}, Marla Kuhn^{2,6,7}, Luiz Antonio Dias Quitério^{2,8}, Sonia Corina Hess⁹, Lia Giraldo da Silva Augusto^{2,10}

DOI: 10.1590/2358-28982025E210529P

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. arilarentis@yahoo.com.br

²Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Grupos Temáticos Saúde e Ambiente, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Vigilância Sanitária – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente (PSPMA) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (BH), Brasil.

⁶Prefeitura de Porto Alegre, Vigilância em Saúde (aposentada) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁷Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Geografia (POSGea), Núcleo de Estudo Geografia e Ambiente (NEGA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁸Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Núcleo de Planejamento e Informação – São Paulo (SP), Brasil.

⁹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (aposentada) – Florianópolis (SC), Brasil.

¹⁰Fórum Nacional de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos e Transgênicos, Coordenação Adjunta – Brasília (DF), Brasil.

RESUMO Os danos dos agrotóxicos na saúde estão subdimensionados no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tanto nas ações de registro como investigação e cuidado. Observa-se, especialmente, subnotificação de agravos agudos, raras notificações de efeitos crônicos e praticamente nenhum diagnóstico da situação dos impactos dos agrotóxicos na saúde reprodutiva em áreas urbanas, rurais, nos territórios indígenas, quilombolas, ribeirinhos e de grupos populacionais que vivem em periferias urbanas, com baixa cobertura de saneamento ambiental e grave problema epidemiológico decorrente de arboviroses, que é mal enfrentado por um ineficaz modelo de combate vetorial químico-dependente. Em atenção ao projeto Saúde Reprodutiva e Agrotóxicos da Abrasco, foi realizada Oficina no 9º Simbravisa. A metodologia adotada permitiu reunir 70 convidados com diversidade disciplinar e institucional, que debateram como deveria se processar uma vigilância da saúde para atender ao grave quadro sanitário provocado pelo alto consumo de agrotóxicos no Brasil. A partir da avaliação desse processo, o objetivo deste ensaio foi aprofundar e atualizar esses elementos no atual cenário de crise sanitária decorrente do processo de desregulação do marco legal dos agrotóxicos em curso e apresentar propostas para um novo modo de fazer vigilância da saúde, constituídos por ações e processos deliberativos participativos, democráticos, integrados e territorializados.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde pública. Princípio da precaução. Participação social. Integralidade em saúde. Territorialidade.

ABSTRACT The damage caused by agrotoxics to health is underestimated by the National Health Surveillance System, both in terms of registration and investigation, and health care. In particular, there is underreporting of acute cases, rare reports of chronic effects, and virtually no diagnosis of the impact of agrotoxics on reproductive health in urban, rural, Indigenous, Quilombola, and riverine communities, and also population groups living in urban peripheries – areas marked by poor environmental sanitation and severe epidemiological problems linked to arboviruses, that are poorly addressed by an ineffective, chemical-dependent vector combat model. In response to ABRASCO's Reproductive Health and Agrotoxics project, a workshop was held during the 9th SIMBRAVISA. The methodology brought together 70 participants from diverse disciplinary and institutional backgrounds to discuss how health surveillance should be conducted to tackle the severe public health crisis caused by the high consumption of agrotoxics in Brazil. Building on the evaluation of this process, this essay aims to deepen and update these discussions amid the current health crisis resulting from the ongoing de-regulation of Brazil's agrotoxic legal framework and to propose a new model of health surveillance grounded in participatory, democratic, integrated, and territorialized actions and deliberative processes.

KEYWORDS Public health surveillance. Precautionary principle. Social participation, Integrality in health. Territoriality.



Introdução

Em novembro de 2023, foi realizada uma Oficina no 9º Simbravisa, em João Pessoa-PB, para refletir sobre a vigilância da saúde em contexto de exposição aos agrotóxicos no Brasil, com participação de 70 convidados. Entre esses, representantes de oito grupos temáticos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco): Saúde e Ambiente, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Vigilância Sanitária, Educação Popular, Gênero e Saúde, Nutrição e Saúde Coletiva, Saúde Indígena, Racismo e Saúde, além de técnicos e pesquisadores do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST)/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)/Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Movimento de Mulheres Camponesas, Fórum Nacional de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos, Campanha Contra os Agrotóxicos e Pela Vida e Rede de Atenção Primária à Saúde.

Nessa Oficina, foi utilizada metodologia de participação ativa, diálogo problematizador, valorização dos saberes e construção coletiva do conhecimento para refletir sobre a vigilância da saúde em contextos de exposição aos agrotóxicos e os desafios de seu desenvolvimento no cenário político e econômico do País. Importante destaque foi dado à análise crítica sobre o modo tradicional de fazer as vigilâncias epidemiológica e sanitária no Brasil, que perdura até os dias atuais, mesmo com as profundas alterações ocorridas com a Lei nº 8.080 de 1990, que organizou o Sistema Único de Saúde (SUS). Ficou documentado que as vigilâncias epidemiológica e sanitária foram instituídas na década de 1970, período da ditadura empresarial-militar, sob formato guiado pelos Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América (CDC/EUA), sem levar em conta a determinação socioambiental dos processos saúde-doença.

Embora se observem avanços no âmbito do SUS para vigilâncias temáticas para Doenças

de Transmissão Hídrica e Alimentar, de Saúde do Trabalhador e Ambiental, pouco foi modificado o modo operacional de realizar as vigilâncias em territórios vulnerabilizados por modos de produção e consumo nocivos à saúde. Só recentemente foi implementado painel voltado para a Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos (VSPEA), mas que não executa ações nos territórios de vida e trabalho desses grupos vulnerabilizados/vulneráveis, permanecendo o modo de notificar o caso ou suspeita de efeito tóxico por exposição.

Outro destaque da Oficina foi debater a baixa efetividade da prevenção e do cuidado ante as situações de exposição aos agrotóxicos e dos danos resultantes. A situação de baixa capacidade de o SUS atuar na crise sanitária pela exposição ambiental, laboral e de consumo no Brasil torna ainda mais difícil para os profissionais realizarem a missão de prevenção, proteção e cuidado de populações expostas e até mesmo fazer o diagnóstico e a notificação obrigatória das intoxicações exógenas (agudas, crônicas e sobre a saúde reprodutiva).

Por ter papel central na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, as limitações decorrentes das atuais práticas de vigilância no País precisam ser apontadas, para que seja possível pensar em novas formas que atendam efetivamente à saúde dos trabalhadores. A Oficina resultou em documentos, como a 'Nota técnica: agrotóxicos, exposição humana, dano à saúde reprodutiva e vigilância da saúde'¹, compondo a Parte III do Dossiê 'Danos dos Agrotóxicos na Saúde Reprodutiva'², editado pela Abrasco e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), empregados como base deste ensaio, que objetiva contextualizar a legislação dos agrotóxicos na atual conjuntura brasileira e apontar subsídios para repensar na vigilância da saúde em situações de vulneração diante do alto consumo de agrotóxicos no País. Entre as proposições, foi debatida a vigilância participativa e popular, embora esse termo não esteja ainda definido de forma homogênea na

área da saúde coletiva. Para Carneiro, Silva e Silva³, o termo ‘vigilância popular em saúde’:

[...] tem sido utilizado para nominar práticas de vigilância que privilegiam o protagonismo de comunidades e movimentos sociais. Pode envolver diferentes graus de atuação do Estado, da academia e especialistas, desde que estes reconheçam os atores e saberes populares e se impliquem nos processos participativos de natureza dialógica.

As contribuições deste ensaio se inserem no sentido de abrir o debate e a possibilidade de maior participação das comunidades sobre o tema dos agrotóxicos e suas nocividades para o ambiente e para a saúde. Nesse sentido, a vigilância popular é um caminho para potencializar as políticas públicas. Conforme Oliveira et al.⁴, baseando-se em referencial teórico-metodológico que envolve as concepções da determinação social do processo saúde-doença, as vozes do território, educação popular, intersectorialidade, interseccionalidade, interdisciplinaridade e cuidado na perspectiva decolonial são elementos orientadores de um novo modelo para ser aplicado no SUS.

A crise sanitária e o contexto de exposição a agrotóxicos

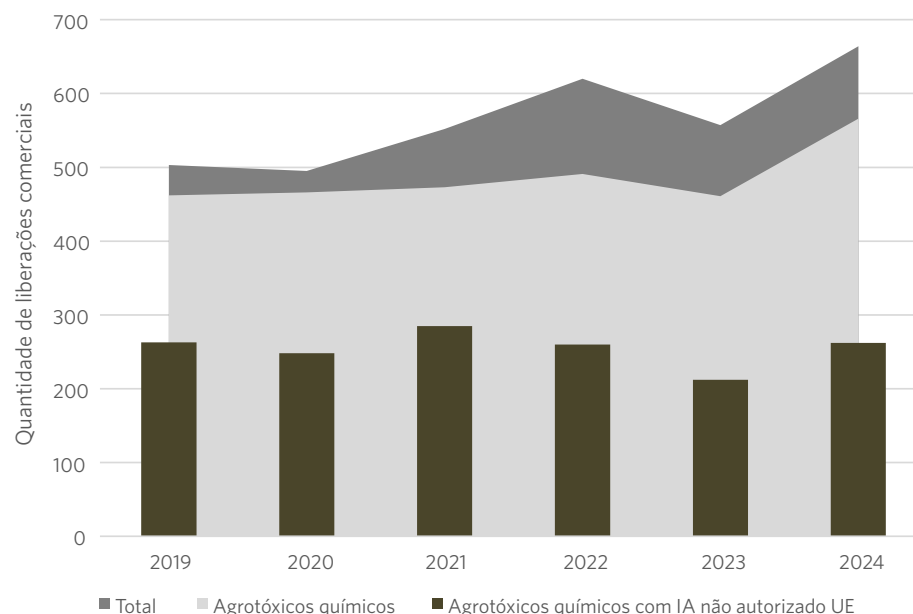
O modelo hegemônico no Brasil de desenvolvimento econômico consiste na produção de matérias-primas agrícolas, minerais e combustível fóssil. Historicamente, esses setores têm sido responsáveis pela contaminação sistemática de corpos hídricos, territórios de povos e comunidades tradicionais, conflitos de terra, grandes desastres ambientais e importantes danos à saúde dos trabalhadores. A agropecuária brasileira é caracterizada por grandes latifúndios e monoculturas que, geralmente, são químico-dependentes; a pecuária utiliza medicamentos veterinários, alguns

com os mesmos princípios ativos de agrotóxicos. A comercialização de agrotóxicos no Brasil ultrapassa o volume de 1 milhão de toneladas/ano, sendo cerca de 80% destinada ao cultivo de *commodities* agrícolas (soja, milho, cana-de-açúcar e algodão). Essas lavouras ocupam 75 milhões de hectares, ou seja, 83% das áreas agricultáveis⁵ nos diferentes biomas brasileiros, mas principalmente no Cerrado, pelas características do relevo e por ser importante reserva hídrica. Nessas grandes áreas, ocorre o uso de grandes volumes de herbicidas e outros tipos de agrotóxicos, assim como de fertilizantes químicos que promovem um processo de perda de cobertura vegetal e biodiversidade, contribuindo para o agravamento do colapso climático no nível local e global^{6,7}.

Outro componente desse modelo, que contribui para o agravamento das nocividades observadas, é o plantio de lavouras geneticamente modificadas, tolerantes a agrotóxicos herbicidas, observando-se, a partir do ano de 2003, aumento exponencial do uso de agrotóxicos no Brasil, em especial, do glifosato⁸. Nos anos seguintes, ocorreram liberações comerciais de lavouras tolerantes a um ou mais herbicidas, como glufosinato de amônio, 2,4-D e dicamba. Este cenário aumentou ainda mais a exposição da população, incluindo trabalhadores rurais, a misturas de agrotóxicos que se associam a diferentes doenças crônicas graves, como câncer e problemas reprodutivos e endócrinos, com elevado grau de periculosidade ambiental para organismos aquáticos, especialmente anfíbios e mamíferos^{2,9}.

Os relatórios de comercialização de agrotóxicos divulgados pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis¹⁰ descrevem que, no Brasil, em 2019, foram comercializadas 620.538 toneladas de ingredientes ativos de agrotóxicos; e, em 2023, 755.489 toneladas (21,7% de aumento em quatro anos). Os dados de liberações comerciais totais de agrotóxicos registradas anualmente no Brasil entre 2019 e 2024 são apresentados no *gráfico 1*.

Gráfico 1. Total de liberações comerciais de agrotóxicos registradas anualmente no Brasil entre 2019 e 2024 (área na cor cinza escuro) e a quantidade de produtos contendo ingredientes ativos químicos



Fonte: elaboração própria.

Nota: as barras mostram a quantidade de liberações comerciais contendo ingrediente ativo sem autorização de uso na União Europeia.

Entre os 36 ingredientes ativos de agrotóxicos que tiveram mais de 3 mil toneladas comercializadas no Brasil, em 2023, 13 eram herbicidas, 12 eram inseticidas ou acaricidas, 10 eram fungicidas e 1 era algicida. Os herbicidas glifosato e seus sais ocuparam a primeira colocação; mancozebe (fungicida e acaricida), a segunda; e o herbicida 2,4-D e seus sais, a terceira posição. Entre os 36 ingredientes ativos mencionados, 17 (47,2%) não têm uso autorizado na União Europeia (UE)¹¹, estando descritos a seguir (na ordem de maior para a menor comercialização no país em 2023, sendo o último da lista o 36º mais comercializado): mancozebe (fungicida e acaricida), acefato (inseticida e acaricida), clorotalonil (fungicida), atrazina (herbicida), glufosinato de amônio (herbicida), dibrometo de diquate (herbicida), metomil (inseticida e acaricida), tiofanato-metílico (fungicida), clorpirifós (inseticida, formicida e acaricida), diurom (herbicida), imidacloprido (inseticida), ametrina (herbicida), bifentrina (inseticida, formicida e acaricida), tiametoxam (inseticida), carbossulfano (inseticida, acaricida

e nematicida), profenofós (inseticida e acaricida) e clorfenapir (inseticida e acaricida)¹⁰.

Quanto aos agrotóxicos registrados para uso no Brasil, em 2019, foram 503 novos produtos; 495 em 2020; 552 em 2021; 620 em 2022; 557 em 2023 e 664 em 2024¹². Nesses mesmos anos, produtos contendo pelo menos um ingrediente ativo sem uso autorizado na UE corresponderam a, respectivamente, 57%, 53%, 60%, 53%, 46% e 46% dos agrotóxicos químicos registrados^{11,12}. Em 27 de março de 2025, havia 561 ingredientes ativos de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil. Entre esses, 369 (65,8%) eram produtos químicos, e os demais, biológicos; e 234 (63,4%) dos ingredientes ativos não tinham uso autorizado na UE^{11,13}.

Do volume total comercializado no País, 67% é de agrotóxicos reconhecidamente tóxicos para a reprodução, funções hormonais, ou cancerígenos, segundo a UE, United States Environmental Protection Agency (USEPA) e Internacional Agency for Research on Cancer (IARC)⁹. Paralelamente, os limites de agrotóxicos que são legalmente aceitos em água e alimentos no Brasil

são, no geral, muito superiores aos adotados em outros países^{6,7}. Cerca de 30% dos ingredientes ativos de agrotóxicos autorizados para uso no País não têm autorização na UE ou em outros países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹⁴. Dentre os não autorizados na Comunidade Europeia e com mais de sessenta produtos derivados registrados para uso no Brasil, merecem destaque os seguintes princípios ativos: mancozebe; atrazina; fipronil; clorotalonil; diuron e hexazinona^{9,15}.

Em 2019, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu que deveria ser seguido o GHS (sigla em inglês para Sistema Globalmente Harmonizado) para determinar a classificação toxicológica aguda e as respectivas informações para rótulo e bula⁹. Com isso, produtos que eram reconhecidos pelos agricultores como extremamente tóxicos (faixa vermelha) passaram para classes de toxicidade inferiores (cor azul ou verde), como mostra a *tabela 1*.

Tabela 1. Classificação toxicológica e classificação quanto ao potencial de periculosidade ambiental antes (ingredientes ativos) e depois (produtos) da aplicação da RDC Anvisa 294/2019, e ano de banimento na União Europeia de ingredientes ativos de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil

	Classificação toxicológica		Classificação quanto ao potencial de periculosidade ambiental		Ano do banimento na UE
	Antes ^a	Depois ^b	Antes ^a	Depois ^b	
2,4-D	1	1, 3, 4	3	2, 3	
Acefato	3	2, 4, 5	2	2, 3	2003
Acetamiprido	3	3, 4, 5	2	1, 2	
Ametrina	3	4, 5	2	2, 3	2002
Amicarbazona	3	2, 4, 5, não classificado	3	2, 3	2009
Atrazina	1	3, 4, 5, não classificado	3	1, 2, 3	2004
Azoxistrobina	2	4, 5	2	2, 3	
Bifentrina	2	2, 3, 4	2	2, 3	2009
Ciproconazol	3	4, 5	2	2	2011
Cletodim	1	4, 5	3	3, 4	
Clomazona	4	5	2	2, 3	
Clorantniliprole	4	5, não classificado	2	2	
Clorfenapir	2	4, 5, não classificado	2	2	2001
Clorotalonil	1	2, 3, 4, 5	2	2, 3	2009
Clorpirifós	1	2, 3, 4	2	1, 2	2009
Clotianidina	4	4	3	2, 3	2009
Diafentiurom	3	2, 4, 5	2	2	2002
Dibrometo de diquate	1	1, 2, 3, 4	2	2, 3	2018
Difenoconazol	1	3, 4, 5	2	2	
Diuron	3	4, 5	2	2, 3	2009
Epoxiconazol	3	5	3	2, 3	2009
Etiprole	3	5	2	2, 3	2009
Fipronil	3	2, 3, 4, 5	2	2	2009
Fluazinam	3	4, 5	2	1, 2	
Flumioxazina	4	5	3	3, 4	

Tabela 1. Classificação toxicológica e classificação quanto ao potencial de periculosidade ambiental antes (ingredientes ativos) e depois (produtos) da aplicação da RDC Anvisa 294/2019, e ano de banimento na União Europeia de ingredientes ativos de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil

	Classificação toxicológica		Classificação quanto ao potencial de periculosidade ambiental		Ano do banimento na UE
	Antes ^a	Depois ^b	Antes ^a	Depois ^b	
Fluroxipir-meptílico	3	5	3	3	
Glifosato	3	4, 5, não classificado	3	3, 4	
Glufosinato de amônio	3	4, 5, não classificado	3	2, 3	2009
Haloxifope-p-metílico	1	4, 5	3	2, 3	2020
Hexazinona	1	4, 5	3	2, 3	2002
Imazetapir	2	4, 5, não classificado	3	2, 3	2004
Imidacloprido	2	1, 2, 3, 4, 5,	3	2, 3	2009
Lambda-cialotrina	1	1, 2, 3, 4, 5	1	1, 2	
Malationa	3	3, 4, 5	2	1, 2, 3	
Mancozebe	1	5	3	2, 3	2021
Metomil	1	2, 3	2	2	2009
Picloram	1	3, 4, 5, não classificado	2	2, 3	
Picoxistrobina	2	5	2	2	2017
Propiconazol	1	4, 5	2	2	2009
S-metolaclocloro	3	4, 5	2	2	2024
Sulfentrazona	3	4, 5, não classificado	2	2	2009
Tebuconazol	1	3, 4, 5	2	1, 2, 3	
Tebutirom	2	3, 4, 5	2	2, 3	2002
Tiametoxam	3	4, 5, não classificado	3	3	2009
Tiodicarbe	2	1, 2, 3, 4	1	2, 3	2007
Tiofanato-metílico	4	4, 5, não classificado	3	3	2020
Triclopir-butotílico	3	4	2	2, 3	

Fontes: Mapa^{12,16}, União Europeia¹¹.

^a Atos: 01 de 09/01/2019; 04 de 17/01/2019; 07 de 04/02/2019; 10 de 18/02/2019; 17 de 19/03/2019; 24 de 09/04/2019; 29 de 29/04/2019; 34 de 16/05/2019; 42 de 19/06/2019; 48 de 19/06/2019; 62 de 13/09/2019; 70 de 02/10/2019; 82 de 25/11/2019; 91 de 26/12/2019; 12 de 19/02/2020; 13 de 19/02/2020; 22 de 25/03/2020; 26 de 04/04/2020; 28 de 22/04/2020; 31 de 04/05/2020; 36 de 05/06/2020; 39 de 06/07/2020; 43 de 27/07/2020; 46 de 05/08/2020; 48 de 17/08/2020; 51 de 03/09/2020; 55 de 21/09/2020; 59 de 19/10/2020; 60 de 26/10/2020; 64 de 18/11/2020; 65 de 23/11/2020; 70 de 23/12/2020; e 71 de 28/12/2020; 09 de 22/02/2021; 13 de 26/02/2021; 19 de 07/04/2021; 20 de 08/04/2021; 26 de 28/05/2021; 29 de 11/06/2021; 32 de 16/07/2021; 35 de 02/08/2021; 42 de 21/09/2021; 47 de 09/11/2021; 49 de 16/11/2021; 55 de 23/12/2021; 02 de 06/01/2022; 06 de 02/02/2022; 09 de 14/02/2022; 11 de 25/02/2022; 14 de 07/03/2022; 18 de 14/04/2022; 20 de 26/04/2022; 23 de 16/05/2022; 26 de 03/06/2022; 31 de 28/06/2022; 38 de 12/08/2022; 46 de 13/09/2022; 50 de 21/10/2022; 53 de 23/11/2022; 57 de 02/12/2022; 64 de 28/12/2022; 05 de 08/02/2023; 06 de 10/02/2023; 15 de 31/03/2023; 16 de 06/04/2023; 22 de 19/05/2023; 26 de 15/06/2023; 30 de 06/07/2023; 32 de 14/07/2023; 34 de 01/08/2023; 37 de 22/08/2023; 39 de 04/09/2023; 42 de 22/09/2023; 45 de 05/10/2023; 48 de 27/10/2023; 52 de 30/11/2023; 56 de 07/12/2023; 60 de 28/12/2023; 61 de 28/12/2023; 06 de 05/02/2024; 09 de 21/02/2024; 12 de 28/03/2024; 16 de 15/04/2024; 21 de 06/05/2024; 25 de 28/05/2024; 26 de 04/06/2024; 32 de 18/07/2024; 33 de 26/07/2024; 41 de 06/09/2024; 43 de 09/09/2024; 45 de 23/09/2024; 49 de 21/10/2024; 52 de 05/11/2024; 54 de 16/11/2024; 58 de 10/12/2024; 61 de 27/12/2024; 63 de 30/12/2024.

^b Atos: 22 de 05/05/2016; 06 de 11/01/2017; 33 de 16/05/2017; 51 de 26/06/2017; 83 de 29/09/2017; 74 de 14/09/2018; 76 de 18/09/2018; 101 de 17/12/2018; 01 de 09/01/2019; 04 de 17/01/2019; 07 de 04/02/2019; 10 de 18/02/2019; 17 de 19/03/2019; 24 de 09/04/2019; 29 de 29/04/2019; 34 de 16/05/2019; 42 de 19/06/2019; 48 de 19/06/2019; 62 de 13/09/2019; 70 de 02/10/2019; 82 de 25/11/2019; 91 de 26/12/2019.

O elevado grau de toxicidade, o volume de agrotóxicos e o uso intenso de aplicação por aeronaves agrícolas no Brasil têm resultado expresso nos casos de intoxicação notificados no Sistema de informação de Agravos Notificáveis (Sinan)⁶ e na contaminação ampliada de diferentes biomas brasileiros. Estudos epidemiológicos realizados no País mostram a ocorrência de doenças crônicas, como câncer, disfunções endócrinas, reprodutivas e neurológicas associadas à exposição a agrotóxicos^{2,9,17}.

Políticas públicas voltadas à vigilância das populações expostas a contaminantes muito perigosos e à prevenção das doenças relacionadas com a contaminação da água para consumo humano, alimentos, ambientes, incluído o de trabalho, avançaram de forma desproporcional ao avanço do setor econômico sobre as políticas públicas, apesar do importante marco regulatório que fundamenta essas ações desde 1988⁹.

Os relatórios do Programa de Avaliação de Resíduos de Agrotóxicos no Alimentos (Para) da Anvisa, publicados na última década, mostram a contaminação de agrotóxicos em dois terços dos alimentos analisados. Expressivo percentual das amostras analisadas (cerca de 30%) contém diferentes agrotóxicos, potencializando o risco de aparecimento de doenças. Em alguns alimentos, foram encontrados resíduos de até 21 diferentes tipos de agrotóxicos, sendo que grande parte deles pode atuar desencadeando as mesmas doenças, como efeitos neurológicos, depressão do Sistema Nervoso Central e problemas reprodutivos, utilizando mecanismos de ação semelhantes ou complementares⁹. O controle e a vigilância da qualidade da água para consumo humano ainda não são realizados de acordo com a normativa do Ministério da Saúde, seja em termos das quantidades de amostras a serem coletadas e analisadas, seja, sobretudo, na carência de recursos laboratoriais aptos a identificar a ocorrência de contaminantes associados à presença de agrotóxicos em mananciais de abastecimento. A esse respeito, há que se mencionar a permissividade da norma brasileira, que estabelece, para a concentração

de resíduos de alguns agrotóxicos presentes na água para consumo humano, Valores Máximos Permitidos (VMP) muito acima daqueles adotados pelas normativas de países da UE por exemplo^{7,18,19}.

A contaminação ambiental por agrotóxicos não se restringe ao ambiente rural. A maior parte da população brasileira ingere alimentos *in natura* ou industrializados que apresentam níveis preocupantes de agrotóxicos, também identificados em amostras de água para consumo humano. Nas áreas de adensamento urbano, é frequente a aplicação de inseticidas como política de saúde pública para combate de vetores de arboviroses. Esses inseticidas apresentam as mesmas fórmulas de alguns agrotóxicos de uso na agricultura. Merece destaque que, até a promulgação da Lei nº 14.785/2023²⁰, esses produtos também eram denominados agrotóxicos²¹. Em 2023, esses inseticidas voltados para o uso em campanhas de saúde pública, ambientes residenciais, industriais, entre outros, passam a ser chamados domissanitários, ficando sujeitos à Lei nº 6.360/1976²², mascarando seus efeitos.

Entre os produtos utilizados para o combate vetorial em áreas urbanas, estão incluídos a malationa, organofosforado com potencial cancerígeno segundo a IARC (grupo 2A – provável carcinógeno), e os denominados neonicotinoides, proibidos na UE por provocar mortandade de abelhas, como é o caso da imidacloprido, um dos compostos na formulação do produto Cielo, indicado para pulverização por Ultra Baixo Volume (UBV) nos peridomicílios para combate de vetores de arboviroses²³. É oportuno lembrar que os métodos de aplicação costal e por UBV (fumacê) usados pela saúde pública para combate vetorial têm pouca efetividade e são perigosos para a saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores, assim como da população e do ambiente^{17,24-28}.

O Brasil também destoa da UE por utilizar com frequência a pulverização aérea de agrotóxicos por aeronaves agrícolas, atividade proibida naqueles países. Estudos científicos robustos demonstram que a deriva técnica

ocorre em percentual elevado e é condicionada a muitos fatores, como umidade, temperatura ambiente, vento, composição química da calda, entre outras. Além disso, têm mostrado que essa prática provoca vários danos ambientais, como redução drástica das populações de abelhas, contaminação de reservas indígenas e que não se limitam às áreas lindeiras às culturas pulverizadas, atingindo parques nacionais em regiões distantes de grandes áreas de plantio^{29,30}.

É importante destacar o impacto desse cenário sobre trabalhadores e trabalhadoras de diferentes setores produtivos com os perigos de exposição, contaminação e intoxicação por estes produtos, em decorrência tanto da exposição relacionada aos processos de trabalho como pela exposição ambiental. Para além daqueles inseridos no setor agropecuário, o mais importante deles do ponto de vista ocupacional, destacam-se os trabalhadores da silvicultura, setor madeireiro, empresas desinsetizadoras e da saúde pública, estes conhecidos como Agentes de Combate às Endemias, Guardas de Endemias ou Agentes de Saúde Pública²⁴⁻²⁸. A estes, juntam-se trabalhadores que atuam na produção, no transporte, no armazenamento, na comercialização e em atividades de reciclagem de embalagem de agrotóxicos, além dos extensionistas rurais.

Marcos legais e históricos da vigilância em saúde

As duas décadas anteriores à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88)³¹, conhecida como Constituição Cidadã, foram marcadas por uma ditadura empresarial-militar que governou o País entre 1964 e 1985, por meio do silenciamento da oposição política e reprimindo as tentativas de organização da classe trabalhadora. Esse período foi marcado pelo incentivo à industrialização, o que viabilizou a implantação de fábricas de agrotóxicos na região sudeste do Brasil, a maioria europeias e estadunidenses³². Além dos incentivos fiscais,

tanto o Brasil como a América Latina ofereciam como atrativos ambientes regulatórios mais permissivos, mão de obra barata e ‘recursos naturais’ a serem explorados³³.

Em 23 de setembro de 1976, foi promulgada a Lei nº 6.360, dispondo sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos²². Essa lei aborda questões que repercutem diretamente na saúde da população, como aquelas relacionadas com regulação, fabricação, fiscalização e monitoramento desses produtos.

A CF/88, nos seus arts. 196 a 200, estabelece, respectivamente, que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, hoje reconhecido como SUS, de acesso universal e igualitário, de forma descentralizada, integral e com a participação da comunidade³¹. A CF/88 deu base legal para a luta pela saúde, possibilitando implementar diversas políticas públicas voltadas à prevenção de doenças infectocontagiosas, imunopreveníveis, e ações de vigilância, principalmente epidemiológica.

A Lei nº 7.802, aprovada em 11 de julho de 1989, conhecida como Lei dos Agrotóxicos, passou a regulamentar diversos aspectos em relação aos agrotóxicos, seus componentes e afins, contando com marcante participação da sociedade, organizações sindicais e movimentos populares na sua elaboração²¹. Essa lei determina atribuições distintas para os órgãos de saúde, meio ambiente e agricultura, incluindo funções relativas ao registro, à fabricação, à fiscalização e ao monitoramento dessas substâncias perigosas e à vigilância de produtos e pessoas expostas. A Lei de Agrotóxicos foi revogada com a publicação da Lei nº 14.785/2023²⁰, popularmente conhecida como Pacote do Veneno, por causa dos graves impactos para a prevenção e controle de doenças e danos ambientais³⁴. Cabe mencionar alguns pontos críticos de divergência entre a Lei nº 7.802/1989²¹ e o Pacote do Veneno/2023²⁰, que a revogou:

- Proibição do registro para agrotóxicos com potencial mutagênico, carcinogênico, teratogênico, desregulador hormonal, tóxico para o sistema reprodutivo (alíneas c e d, § 6º, art. 3º) na Lei nº 7.802/1989²¹, enquanto a Lei nº 14.785/2023²⁰ prevê proibição apenas para situação em que o risco é ‘inaceitável’, independentemente da gravidade e da irreversibilidade das doenças observadas (§ 3º, art. 4º);
- Não era permitido o registro de produtos mais tóxicos que os já autorizados no Brasil, para os mesmos fins, (§ 5º, art. 3º)²¹, enquanto na nova lei não existe essa restrição;
- A Lei nº 7.802/1989 obrigava que todos os agrotóxicos que circulam no país fossem previamente autorizados pelos órgãos competentes (art. 3º)²¹. A Lei nº 14.785/2023 determina que os produtos destinados à exportação serão dispensados de registro, sendo necessário apenas comunicado de produção para a exportação no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) (art. 17, caput e § 1º), sendo a empresa exportadora obrigada a comunicar o produto, quantidades a serem exportadas e destinação, sem menção a informações sobre riscos à saúde e meio ambiente (§ 1º, art. 17)²⁰;
- O Pacote do Veneno define, como atribuições do órgão federal de saúde, estabelecer as exigências voltadas à avaliação de risco dietética e ocupacional, deixando sem previsão legal os dados necessários à investigação dos danos em decorrência da exposição ambiental aos agrotóxicos (inciso III, art. 6º)²⁰.

A partir da criação da Anvisa, por meio da Lei nº 9.782/1999³⁵, esta passa a ter como atribuições um conjunto de ações a serem executadas por instituições da administração pública direta e indireta da União, estados e municípios que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Em 16 de janeiro de 1992, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) publicou a Portaria nº 3, contendo as ‘Diretrizes e exigências referentes à autorização de registros, renovação de registro e extensão de uso de produtos agrotóxicos e afins’³⁶, abordando desde os estudos toxicológicos que serão exigidos das empresas para registro de novos produtos, passando pelas informações de bula e rótulo, até a rotulagem e classificação toxicológica para os produtos (pouco tóxico, medianamente tóxico, altamente tóxico e extremamente tóxico). Essa Portaria continuou a ser utilizada pela Anvisa até 2019, quando foi revogada pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC): RDC nº 294/2019, RDC nº 295/2019 e RDC nº 296/2019³⁷⁻³⁹. A Anvisa assume atribuições relativas à saúde humana previstas na legislação de agrotóxicos³⁵.

Em 2003, a Lei nº 10.688, de 13 de junho de 2003, autorizou o plantio de soja geneticamente modificada (transgênica) para desenvolver tolerância ao herbicida glifosato⁴⁰. Menos de dois anos depois, foi aprovada a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005)⁴¹, que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e seus derivados. Essa Lei também criou o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS) e reestruturou a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), órgão cuja atuação vem sendo questionada pela interferência das empresas nos processos decisórios e pela emissão de pareceres de valor técnico-científico muitas vezes questionável^{8,42}. Nos anos seguintes, foi observado aumento exponencial do uso de herbicidas, coerente com estudo que demonstrou que, para aumentar 1% na produtividade, é necessário uso 13% maior de agrotóxicos⁸.

Em 22 de fevereiro de 2008, a Anvisa publicou a Resolução nº 10⁴³, que colocou em processo de reavaliação toxicológica 14 ingredientes ativos de agrotóxicos (abamectina, acefato, cihexatina, carbofurano, endosulfam, forato, fosmete, glifosato, lactofem,

metamidofós, paraquate, parationa metílica, tiram, triclorfom). Inicialmente, a Anvisa estabeleceu cooperação com a Fiocruz⁴², que elaborou Notas Técnicas para cada um dos 14 ingredientes ativos em reavaliação, a partir da literatura científica aberta, indicando a proibição de todos, considerando os efeitos tóxicos associados, condizentes com os critérios proibitivos de registro da Lei nº 7.802/1989²¹. As reavaliações foram concluídas em 2020, tendo sido proibidos os agrotóxicos carbofurano, cihexatina, endossulfam, forato, metamidofós, paraquat, parationa metílica e triclorfom e manutenção do registro com restrições da abamectina, acefato, fosmete, glifosato, lactofem e tiram¹³.

Apesar do avanço que representavam as proibições de agrotóxicos entre os anos 2009 e 2011 (cihexatina, metamidofós, triclorfom, endossulfam), algumas regiões do País, com uso intenso desses produtos, registraram casos graves de doenças, como câncer, malformações em bebês e problemas endócrinos em adultos e crianças^{1,2}. Como exemplo, o caso da Chapada do Apodi motivou lutas com envolvimento de diversos setores, que resultaram na aprovação da Lei nº 16.820, de 8 de janeiro de 2019, que proibiu a pulverização aérea⁴⁴. Em 2009, a região era caracterizada pela fruticultura com intensa pulverização de agrotóxicos por aeronaves agrícolas, resultando em casos de adoecimento. Por causa da comunidade, com a liderança do agricultor Zé Maria do Tomé, foi aprovada a Lei Municipal nº 1.278/2009, que proibia a pulverização aérea no município de Limoeiro do Norte. Poucos meses depois da aprovação da lei, em 21 de abril de 2010, Zé Maria do Tomé foi assassinado com 25 tiros e, um mês depois de sua morte, a referida Lei foi revogada¹⁷.

Com a escalada da problemática dos agrotóxicos, foi criado, em 2001, o primeiro Fórum Estadual de Combate aos Efeitos dos Agrotóxicos, em Pernambuco, que depois ampliou-se até a construção de um Fórum Nacional, com participação ativa do Ministério Público do Trabalho em sua coordenação. No

dia 7 de abril de 2011 (Dia Mundial da Saúde), foi criada a Campanha Contra os Agrotóxicos e Pela Vida, reunindo movimentos populares de luta pela agricultura familiar, reforma agrária e agroecologia, instituições acadêmicas e associações de pesquisas, como o Instituto Nacional de Câncer, Fiocruz, Associação Brasileira de Agroecologia e Abrasco.

Após o *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff e posse do Vice-Presidente Michel Temer, foi aprovada a Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016⁴⁵ que, no seu inciso IV do art. 3º, autoriza a utilização de mecanismos de combate ao *Aedes aegypti* por meio de dispersão por aeronaves, apesar da comprovação científica da ineficácia e da toxicidade para a saúde e para o ambiente dessas práticas³⁰. Com essa conjuntura política favorável, o Projeto de Lei (PL) nº 6.299/2002, que propõe alterar a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, passou a tramitar em Comissão Especial na Câmara dos Deputados. No entanto, também em 2016, a Abrasco e outras organizações, como a Campanha Contra os Agrotóxicos, apresentam o PL nº 6.670/2016, PL de Iniciativa Popular da Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA)⁴⁶ (o Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos – Pronara foi instituído pelo Decreto nº 12.538⁴⁷ somente em 30 de junho de 2025). Durante a tramitação do PL nº 6.299/2002, conhecido como Pacote do Veneno, e que se tornaria em 2023 na Lei nº 14.785²⁰, as organizações que compõem a Campanha Contra os Agrotóxicos, além de órgãos como Defensorias Públicas e diferentes ramos do Ministério Público, foram fundamentais para a inclusão de algumas alterações no PL e postergar sua aprovação em sete anos.

Após as eleições de 2018, os setores econômicos ampliaram seu espaço político no Legislativo e no Executivo, fazendo com que as políticas ambientais, de saúde, agricultura familiar e reforma agrária fossem desarticuladas. Além disso, o governo eleito extinguiu ou desmontou Comissões e demais instâncias de participação e controle social, como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e

Nutricional (Consea), Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Cnapo), Comissão Nacional de Segurança Química (Conasq), Conselho Nacional de Meio Ambiente (Conama), entre outros.

Nesse período, iniciou-se um processo de liberação da comercialização de agrotóxicos, cujos números expressivos podem ser explicados pelas mudanças legais e infralegais adotadas pelos órgãos reguladores, como Mapa e Anvisa. Exemplo disso foram as RDC nº 294, nº 295 e nº 296/2019³⁷⁻³⁹ publicadas pela Anvisa, que revogam a Portaria SNVS/MS nº 3 de 1992, alterando os critérios de classificação toxicológica, rotulagem, bula e avaliação de risco dietético. Medidas que, de forma direta ou indireta, permitiram a utilização de agrotóxicos em volumes maiores, seja pela ampliação das culturas em que podem ser utilizados, seja pelas quantidades autorizadas⁴², e as lacunas normativas para a avaliação de risco ocupacional e ambiental dos agrotóxicos, trazidas pela Lei nº 14.785/2023 (Pacote do Veneno), que agravaram o desmonte regulatório^{20,34}. A emergência sanitária trazida pela pandemia da covid-19 justificou a publicação de inúmeras medidas normativas excepcionais, como o Decreto nº 10.833/2021⁴⁸, de 8 de janeiro de 2021 do Presidente da República, modificando o Decreto nº 4.074/2002⁴⁹, que regulamentava a Lei nº 7.802/1989²¹, flexibilizando as regras

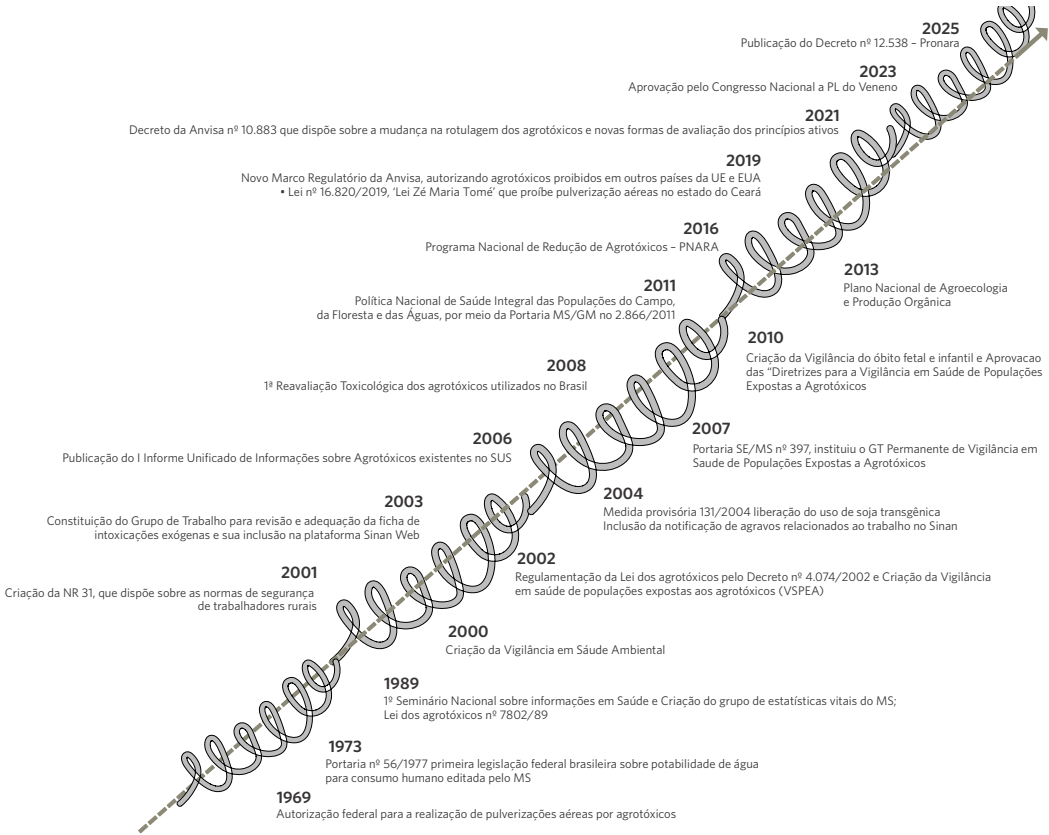
que restringiam o registro de agrotóxicos mais perigosos no País^{9,34}.

Desafios para a vigilância da saúde em contextos de exposição aos agrotóxicos

O panorama jurídico institucional de sustentação das ações de vigilância da saúde de populações expostas aos agrotóxicos no âmbito do SUS vem sendo construído, e, mais recentemente, conta com Diretrizes do Programa VSPEA. A *figura 1* mostra uma série histórica do marco legal que possibilita ao SUS atuar na prevenção e no cuidado da saúde de indivíduos e grupos populacionais expostos aos agrotóxicos. Verificam-se avanços e recuos que expressam a conjuntura mais ou menos favoráveis ao fortalecimento dos princípios do SUS.

No *quadro 1* estão sistematizadas as bases político-institucionais em curso no âmbito do SUS, identificando seu arcabouço jurídico-institucional e os elementos intra e intersetoriais, que devem ser considerados para o suporte de ações integradas, participativas e territoriais na vigilância da saúde de populações expostas aos agrotóxicos.

Figura 1. Série histórica de atos normativos relacionados a vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos



Fonte: elaboração própria baseada em documentos da pesquisa^{1,2}.

Quadro 1. Bases político-institucionais da vigilância da saúde em contextos de exposição aos agrotóxicos

Bases político-institucionais	Descrição
Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8.080/1990 ⁵⁰	Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade do cuidado à saúde; descentralização político-administrativa; participação da comunidade etc.
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) – Portaria MS/GM nº 1.823/2012 ⁵¹	Apresenta os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos
Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Sinvasa) – 2005 ⁵²	Compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde
Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) –2017 ⁵³	Tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir, controlar ou eliminar a vulnerabilidade e os riscos à saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos, por meio de medidas de prevenção, promoção, vigilância e atenção integral à saúde
Portaria MS nº 2.938/2012 ⁵⁴	Autoriza o repasse do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, para o fortalecimento da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

Quadro 1. Bases político-institucionais da vigilância da saúde em contextos de exposição aos agrotóxicos

Bases político-institucionais	Descrição
Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) – Resolução CNS nº 588/2018 ⁵⁵	Trata-se de uma política pública de Estado e de função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do Poder Público; Define Vigilância em Saúde como ‘o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças’
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – 2013 ⁵⁶	Visa a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição
Política Nacional de Agroecologia e Agricultura Orgânica (PNAPO) – Decreto nº 7794/2012 ⁵⁷	Visa integrar, articular e adequar políticas, programas e ações indutoras da transição agroecológica e da produção orgânica e de base agroecológica, contribuindo para o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida da população, por meio do uso sustentável dos recursos naturais e da oferta e consumo de alimentos saudáveis
Redes de Atenção à Saúde no SUS (RAS) – Portaria MS/2017 ⁵⁸	São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado
Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pronara) – Decreto nº 12.538/2025 ⁴⁷	O Pronara pretende, por meio de políticas públicas, estimular a transição para práticas agrícolas mais sustentáveis, como a agroecologia e a produção orgânica, reduzindo, assim, a dependência do uso de agrotóxicos. O Decreto do Pronara foi publicado em 2025 após cerca de uma década de discussão

Fonte: elaboração própria com base em Abrasco e Augusto et al.¹².

Considerando análises e recomendações da Oficina, conforme os três eixos debatidos (integralidade, participação e territorialidade), foram sistematizadas em quatro dimensões essenciais: Sistema, Organização, Método e Avaliação (Soma). O *quadro 2* apresenta

propostas que podem orientar diretrizes para um modo mais adequado de prevenção e cuidado nos territórios de vida e trabalho onde ocorrem nocividades ambientais e de consumo relacionadas com exposição aos agrotóxicos.

Quadro 2. Propostas nas dimensões Sistêmica, Organizativa, Metodológica, Avaliativa (Soma) para os eixos participação, integralidade e territorialidade para a vigilância e cuidado em saúde das populações atingidas por agrotóxicos

Dimensões	Participação	Integralidade	Territorialidade
Sistêmica	- Definir instrumentos para denúncias, investigações participativas e comunicação de riscos e/ou danos - Criar mecanismos eficazes de participação e controle social, em ações de vigilância em saúde (registro, monitoramento água e alimentos, vigilância e cuidado da saúde etc.) - Garantir mesmas condições de participação que o setor privado	- Abordar os territórios em sua integralidade (interações culturais, cadeias produtivas locais, acesso a água, alimentos, serviços de saúde e saneamento básico etc.) - Reunir, compartilhar e analisar de forma sistemática, as ações e informações das diferentes áreas da vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) e outros setores como previdência, agricultura, meio ambiente	- Buscar articulação e estruturação das diferentes áreas da vigilância em saúde de acordo com os fatores que atuam na determinação social da saúde e as dinâmicas de organização nos territórios atingidos - Integrar as ações e informações das diferentes áreas da vigilância em saúde aos programas de cuidado em saúde em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na APS

Quadro 2. Propostas nas dimensões Sistêmica, Organizativa, Metodológica, Avaliativa (Soma) para os eixos participação, integralidade e territorialidade para a vigilância e cuidado em saúde das populações atingidas por agrotóxicos

Dimensões	Participação	Integralidade	Territorialidade
Organizativa	- Fortalecer, promover e estabelecer mecanismos de participação e controle popular incluindo representação de territórios em situações de conflito - Identificar Lacens e laboratórios para análises as Clínicas Especializadas e de Exames Complementares precisam estar equipados e capacitados para dar suporte às investigações necessárias quando demandados com objetivos de apoio clínico - Elaborar e executar políticas de saúde contemplando a participação da comunidade e todas as suas demandas	- Integrar os diferentes sistemas de informação de modo a investigar casos de intoxicação, internação, mortalidade, casos de malformação, abortos espontâneos, câncer e a exposição a agrotóxicos - Estabelecer rede de laboratórios de agrotóxicos que possam realizar análises de forma programática ou emergencial - Disponibilizar informações para permitir diagnóstico e as reparações integrais devidas aos territórios atingidos	- Desenvolver conteúdo para formação e informação sobre os danos decorrentes dos agrotóxicos para atuação a nível territorial - Mapear os órgãos de saúde, meio ambiente, agricultura, Cerest, Ministério Público etc. e suas respectivas responsabilidades para apoio aos territórios e situações de risco/perigo e danos
Metodológica	- Estabelecer e integrar sistemas de consulta e divulgação de dados sobre agrotóxicos (comercialização por lavoura e por município, intoxicação, fiscalização, contaminação, rotulagem e rastreabilidade dos alimentos etc.) - Fortalecer ações das diferentes áreas da vigilância, tais como: dados de comercialização de agrotóxicos por lavoura e por município, dados de monitoramento de água, resultados dos estudos toxicológicos e ambientais apresentados para as autoridades regulatórias	Atuar de forma intersetorial, incluindo movimentos populares, para desenvolver metodologias de integração da Atenção Básica às ações e informações de vigilância da saúde	- Identificar territórios atingidos ou em risco para promover as ações de vigilância em saúde de populações expostas aos agrotóxicos - Estabelecer informações para o mapeamento do território (atividades econômicas, local e características das moradias, condições de trabalho, agentes perigosos presentes – físicos, químicos e biológicos)
Avaliativa	- Estabelecer mecanismos para verificação da articulação intrasetorial, intersetorial e de controle social, em conformidade com processos abertos e participativos - Desenvolver um sistema de comunicação social inclusiva, considerando os fatores que atuam no processo de determinação social da saúde nos territórios atingidos	O conhecimento dos processos produtivos, de trabalho, de consumo e de contaminações no ambiente não deve ficar restrito aos monitoramentos quantitativos. Dados qualitativos descritores dos modos de exposição e da percepção dos danos sobre a saúde individual, coletiva e ambiental devem ser considerados	Avaliar o sistema de vigilância de populações expostas e de agravos, que requer evidenciar os grupos mais vulneráveis, os efeitos crônicos e sobre a saúde reprodutiva, e dos distúrbios psíquicos mediante uma revisão crítica no modo de operar a vigilância nos territórios onde vivem e trabalham essas populações

Fonte: elaboração própria com base em Abrasco e Augusto et al.^{1,2}.

Entre as diretrizes previstas na VSPEA, observa-se que há uma intencionalidade de realizar ações intersetoriais, apontando para uma atuação integrada para o suporte necessário aos aspectos da segurança alimentar e

ambiental, por exemplo, uma rede de laboratórios de análise química e toxicológica. No entanto, como debatido na Oficina, publicado em Nota Técnica¹ e apresentado no Dossiê Abrasco/Ensp², os territórios de maior

consumo de agrotóxicos no País são os que possuem menor quantidade de municípios prioritários para ações da VSPEA, menos casos identificados de intoxicações por agrotóxicos ao Sinan e menor quantidade de estudos publicados em periódicos científicos.

O debate na Oficina ainda considerou que, diante da conjuntura de conflitos de interesse marcados pela vigente dependência química na agricultura e no combate vetorial, há necessidade de ampliar a participação e controle social nas atividades de vigilância. Como estas dependem de aprimoramentos no SUS e na organização popular, foi indicada a importância da Política de Educação Popular em Saúde na implementação desses processos de vigilância.

Contribuições/proposições para vigilância da saúde

Para uma efetiva vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos, são requeridas outras bases conceituais e outro modelo para sua operacionalização, considerando a amplitude e magnitude da produção, o consumo dessas substâncias perigosas e o contexto atual em que as práticas reguladoras potencializam ainda mais essas nocividades.

Há conhecimentos científicos suficientes sobre as nocividades dos agrotóxicos quanto aos aspectos toxicológicos, fisiopatológicos, clínicos, epidemiológicos e das vulnerabilidades socioambientais que as potencializam. Nesse sentido, a vigilância da saúde tem respaldo para uma atuação efetiva de proteção da saúde e do ambiente de vida e trabalho. O princípio da precaução deve ser aplicado para a prevenção de exposição e efeitos precoces.

Há necessidade de debater amplamente o aprimoramento da legislação infraconstitucional para a vigilância e os cuidados diante das nocividades dos agrotóxicos.

É necessário superar a denominação ‘intoxicações exógenas’, como definido no Sinan e na VSPEA, para os danos agudos, subcrônicos, crônicos e à saúde reprodutiva decorrentes

da exposição aos agrotóxicos, e substituir a palavra intoxicação aguda e crônica por agravo agudo e crônico decorrentes das exposições químicas, favorecendo o diagnóstico e a notificação de casos suspeitos.

É preciso reformular o Sinan em seus instrumentos atuais de notificação, registro e investigação para melhor identificar os expostos aos agrotóxicos e os agravos decorrentes. Outrossim, considerar que a Ficha de Notificação/Investigação é preenchida apenas diante de um caso clínico sintomático, que em geral restringe-se a agravo agudo, e não a partir de situação de exposição por análise da situação de risco e de saúde. Estes deveriam descrever os modos diferenciados de exposição e de adoecimento dos grupos populacionais e, assim, estabelecer um planejamento de prioridades, sem obviamente excluir todos os demais expostos e adoecidos. O local onde vive e trabalha o caso notificado deve ser sítio sentinela para a busca de outros casos análogos. Assim, promover busca ativa, possibilitando a vigilância coletiva dos grupos expostos.

É necessário estimular ações inovadoras entre os estados e os municípios, que têm prerrogativas para fazer vigilância da saúde de populações expostas aos agrotóxicos, adequando as propostas amplas, oriundas da esfera Federal, às singularidades dos territórios. Por exemplo, poder-se-iam realizar inspeções técnicas conjuntas aos territórios de maior vulnerabilidade para reconhecer *in loco* a realidade do município. Essas inspeções podem ser organizadas por profissionais dos diversos setores governamentais, com a participação dos sujeitos afetados e seus representantes sindicais e movimentos sociais.

A Pesquisa Nacional de Saúde de Base Domiciliar (PNSD), entre outras promovidas nacionalmente, é importante fonte de dados, tendo, no entanto, pouca informação para dimensionar e caracterizar contextos de exposição aos agrotóxicos. Neste sentido, sugere-se adequá-la periodicamente para ampliar o escopo de indicadores necessários a uma melhor vigilância da saúde de populações

expostas. Por exemplo, ampliando as perguntas sobre modos de exposição aos agrotóxicos e possíveis danos à saúde, envolvendo saúde reprodutiva, saúde mental, sistema nervoso, entre outros esperados entre populações vulneráveis a esses agentes nocivos.

É fundamental aprimorar as principais bases de dados secundários, promover sua acessibilidade para as esferas regionais e para que possam fazer estimativas populacionais de exposição aos agrotóxicos; fazer a presunção de riscos e de danos e, assim, planejar meios de prevenção e cuidado.

A pulverização de agrotóxicos sobre populações vem crescendo, não só pela deriva da aplicação agrícola, mas também intencional, promovendo danos na saúde, ambiente e subsistência econômica dos afetados. Nessas situações, os agentes públicos devem ser orientados a contribuir para a geração de provas e acionamento da justiça como medida reparadora dos danos. Para situações em que não haja organização social suficiente, ou as estruturas locais sejam deficientes ou refratárias à atuação, os órgãos públicos de nível superior devem assumir o papel de proteção, necessitando formação dos agentes públicos para assim proceder.

É preciso aprimorar o Para, adotando padrões de segurança mais restritos, com realização periódica e participação da sociedade (controle social). Ademais, divulgar amplamente os resultados obtidos, bem como o modo como o programa é realizado.

Ampliar a perspectiva da vigilância da saúde no SUS, em articulação com a vigilância popular da saúde, é requisito fundamental para efetivar ações de prevenção em contextos de exposição aos agrotóxicos, assim como adotar abordagens que ampliem a compreensão das iniquidades sociais e as situações de vulnerabilidade e de risco nestes contextos.

É essencial propiciar à sociedade acesso aos sistemas de informação do consumo de agrotóxicos e as culturas nas quais seu uso é indicado, e informar periodicamente sobre os danos à saúde decorrentes de exposição. Há

um processo de invisibilidade das situações de risco e perigo dos agrotóxicos para a sociedade, dificultando as pesquisas e identificação do problema. A vigilância da saúde deveria coibir propaganda e narrativas de ocultação de risco/perigo, como afirmações de ‘uso seguro de agrotóxicos’, que ‘agrotóxicos são remédios’, que há ‘dose segura’ abaixo da qual se pode comer/beber alimentos com resíduos de agrotóxicos.

É necessário ampliar o incentivo à pesquisa em saúde, ambiente e trabalho relacionado às nocividades dos agrotóxicos. O SUS deve induzir linhas de pesquisa que considerem, além dos aspectos da exposição às misturas dos agrotóxicos, todos os demais processos envolvidos, como as sindemias, especialmente da nutrição, desregulação endócrina, saúde reprodutiva, efeitos crônicos e psiconeurológicos, temas carentes de pesquisas científicas, contribuindo para a invisibilidade nas políticas de prevenção e cuidado em saúde no Brasil. É necessário financiamento no SUS para os serviços atuarem na esfera local, promovendo articulação com as diferentes competências e saberes no campo da saúde, com outros setores governamentais e não governamentais, com organismos multilaterais, com a sociedade, entre outros interessados em prevenir e cuidar da saúde e do ambiente.

Conclusões

O modo de proceder a vigilância em saúde no âmbito do SUS permanece vertical, centralizado, e não responde a uma efetiva ação de redução de situações de exposição, de identificação precoce de efeitos e de cuidados integrados.

Diante dos graves problemas de saúde pública decorrentes da exposição aos agrotóxicos no País, este ensaio destacou elementos candentes na temática das nocividades dos agrotóxicos para a saúde e a necessidade de uma profunda modificação na concepção e nas práticas da Vigilância em Saúde, considerando

seu amplo escopo, que integra as pregressas vigilância sanitária e epidemiológica e as oriundas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora e do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental, sendo imprescindível reconceituar criticamente o atual modelo de vigilância em saúde de populações expostas aos agrotóxicos, ainda restrita às notificações de casos agudos e efetivar as diretrizes previstas no SUS e na VSPEA no sentido da territorialidade, integração e participação.

Para tal, entre outros, é necessário superar o modelo dose-resposta ou causa-efeito ainda dominante na saúde pública; adotar a perspectiva crítica que integra o contexto de vida e trabalho no processo de adoecimento; valorizar o princípio da precaução e a presunção de risco e efeito; democratizar o sistema de informação; capacitar tecnicamente os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do SUS; possibilitar o diálogo com as comunidades afetadas, incentivando-as a participar da vigilância com seus saberes e testemunhos.

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes da Oficina ‘Saúde Reprodutiva e Agrotóxicos’ realizada no 9º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – Simbravisa (João Pessoa-PB, 20 a 24/11/23), aos autores do Dossiê ‘Danos dos Agrotóxicos na Saúde Reprodutiva’, aos pesquisadores dos grupos de pesquisa e àqueles que apoiaram na elaboração da figura e na revisão do ensaio, em particular, Mariana Rosa Soares e Marcus Vinícius Corrêa dos Santos.

Colaboradores

Friedrich K (0000-0002-3661-6179)*, Larentis AL (0000-0001-7232-3245)*, Silva JM (0000-0002-9990-9323)*, Kuhn M (0000-0001-9228-6226)*, Quitério LAD (0000-0003-2083-5710)*, Hess SC (0000-0001-6137-5445)* e Augusto LGS (0000-0002-9322-6863)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota técnica: agrotóxicos, exposição humana, dano à saúde reprodutiva e vigilância da saúde [Internet]. João Pessoa: Abrasco; 2023 nov 21 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2023/11/Nota-Tecnica-Agrotoxicos-exposicao-humana-dano-a-saude-reprodutiva-e-vigilancia-da-saude.pdf>
2. Augusto LGS, Kuhn MF, Lucchese G, et al., organizadores. Dossiê danos dos agrotóxicos na saúde reprodutiva: conhecer e agir em defesa da vida [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; Ensp/Fiocruz; 2024 [acesso em 2025 jul 31]. 398 p. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2024/12/Dossie-Abrasco_Danos-dos-Agrotoxicos-na-Saude-Reprodutiva.pdf
3. Carneiro FF, Silva LRC, Silva FVE. Vigilância popular em saúde: conceitos e desafios [Internet]. In: Enfrentamento de emergências. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fiocruz; [2025] [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/enfrentamento-de-emergencias/creditos.html>
4. Oliveira SS, Machado JMH, Coradin C, et al. Vigilância popular em saúde: conceitos, experiências e desafios no contexto brasileiro. Interface (Botucatu). 2024;28:e240304. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240304>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIDRA: Sistema IBGE de Recuperação Automática. Produção agrícola municipal – PAM [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [2025] [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1612>
6. Bombardi LM. Geografia do uso de agrotóxicos no Brasil e conexões com a União Europeia [Internet]. São Paulo: FFLCHUSP; 2017 [acesso em 2025 jul 31]. 296 p. Disponível em: <http://www.fao.org/family-farming/detail/en/c/1074398/>
7. Bombardi LM. Agrotóxicos e colonialismo químico. In: Breda T, editor. São Paulo: Editora Elefante; 2023. 112 p.
8. Almeida VESD, Friedrich K, Tygel AF, et al. Use of genetically modified crops and pesticides in Brazil: growing hazards. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(10):33333339. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17112017>
9. Friedrich K, Silveira GRD, Amazonas JC, et al. Situação regulatória internacional de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil: potencial de danos sobre a saúde e impactos ambientais. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(4):e00061820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061820>
10. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Relatórios de comercialização de agrotóxicos [Internet]. Brasília, DF: IBAMA; [2025] [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://www.gov.br/ibama/pt-br/assuntos/quimicos-e-biologicos/agrotoxicos/relatorios-de-comercializacao-de-agrotoxicos>
11. European Union. Active substances, safeners and synergists. EU Pesticides Database (v3.2) [Internet]. Brussels: European Commission; [2025] [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/food/plant/pesticides/eu-pesticides-database/start/screen/active-substances>
12. Ministério da Agricultura e Pecuária (BR). AGROFIT [Internet]. Brasília, DF: MAPA; [2025] [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://agrofit.agricultura.gov.br/agrofit_cons/principal_agrofit_cons
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Monografias de agrotóxicos [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2025 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/monografias-de-agrotoxicos>
14. Hess SC, Nodari RO. Agrotóxicos no Brasil: panorama dos produtos entre 2019 e 2022. *Rev Amb Movimento* [Internet]. 2022 [acesso em 2025 jul 31];2(2):3952. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/am/article/view/5484>
15. Hess SC, Nodari RO, LopesFerreira M. Agrotóxicos: críticas à regulação que permite o envenenamento do país. *Desenvolv Meio Ambiente*. 2021;57:106134. DOI: <https://doi.org/10.5380/dma.v57i0.76169>
16. Ministério da Agricultura e Pecuária (BR), Secretaria de Defesa Agropecuária. Departamento de Sanidade Vegetal e Insumos Agrícolas, Coordenação Geral de Agrotóxicos e Afins. Atos Normativos [Internet]. Brasília, DF: Mapa; 2025 [acesso em 2025 jul 7]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/inicio>
17. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; São Paulo: Expressão Popular; 2015 [acesso em 2025 jul 31]. 623 p. Disponível em: <https://abrasco.org.br/download/dossie-abrasco-um-alerta-sobre-os-impactos-dos-agrotoxicos-na-saude/>
18. Friedrich K, Gurgel ADM, Sarpa M, et al. Toxicologia crítica aplicada aos agrotóxicos – perspectivas em defesa da vida. *Saúde debate*. 2022;46(Esp 2):293315. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E220>
19. Larentis AL, Carvalho LVB, Gonçalves ES, et al. Crítica à abordagem toxicológica nas avaliações de exposições de trabalhadores a substâncias químicas a partir da perspectiva do Modelo Operário Italiano (MOI). In: Oddone I, Marri G, Gloria S, et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. 2ª ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 217-233.
20. Presidência da República (BR), Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.785, de 27 de de-

- zembro de 2023. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem, a rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e das embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, de produtos de controle ambiental, de seus produtos técnicos e afins; revoga as Leis nºs 7.802, de 11 de julho de 1989, e 9.974, de 6 de junho de 2000, e partes de anexos das Leis nºs 6.938, de 31 de agosto de 1981, e 9.782, de 26 de janeiro de 1999 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 28 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I: 28. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114785.htm
21. Presidência da República (BR); Ministério da Agricultura e Pecuária. Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1989 jul 12 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:11459. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/insumos-agropecuarios/insumos-agricolas/agrotoxicos/legislacao/arquivos-de-legislacao/lei-7802-1989-lei-dos-agrotoxicos/view>
 22. Presidência da República (BR). Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1976 set 24 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6360.htm
 23. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 1/2020CGARB/DEIDT/SVS/MS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-12020-cgarbdeidtsvsm.pdf>
 24. Augusto LGA, Gurgel AM, Costa AM, et al. *Aedes aegypti* control in Brazil. Lancet. 2016;387(10023):10523. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00626-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00626-7)
 25. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Fundação Oswaldo Cruz. Nota técnica sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao *Aedes aegypti*: os perigos das abordagens com larvicidas e nebulizações químicas – fumacê [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz; 2016 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/>
 26. Guedes CA, Gurgel AM, Gurgel IGD, et al. Uso de agrotóxicos nas ações de saúde pública e na saúde dos trabalhadores. In: Gurgel AM, Santos MOS, Gurgel IGD, et al., editores. Saúde do campo e agrotóxicos: vulnerabilidades socioambientais, políticoinstitucionais e teórico-metodológicas. Recife: UFPE; 2019. p. 321341.
 27. Meirelles LC, Carvalho LVB, Rosa ACS, et al. Agentes de Combate às Endemias expostos a agrotóxicos no estado do Rio de Janeiro: relação entre saúde, trabalho e ambiente. In: Vasconcellos LCF, Corrêa Filho HR, Garrido PHS, et al., editores. Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes; 2021.
 28. Larentis AL, Carvalho LVB, Gonçalves ES, et al. Adoecimento e mortes de agentes de combate às endemias no estado do Rio de Janeiro expostos a agrotóxicos: crítica ao processo de trabalho e construção coletiva de estratégias de enfrentamento. In: Pina JA, Jackson Filho JM, Souza KR, et al., editores. Saber operário, construção de conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec Editora; 2021. p. 164-201.
 29. Freitas LMD, Bonfatti R, Vasconcellos LCF. Impactos da pulverização aérea de agrotóxicos em uma comunidade rural em contexto de conflito. Saúde debate. 2022;46(Esp 2):224235. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E215>
 30. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Fundação Oswaldo Cruz. Em defesa da Saúde Pública, Abrasco e

- Fiocruz manifestam-se a favor da Lei que proíbe a pulverização aérea de agrotóxicos no Ceará: ameaças do uso de drones [Internet]. Rio de Janeiro; São Paulo: Abrasco; Fiocruz; 2024 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u91/nota_de_apoio_a_lei_ze_maria_do_tome_frente_as_ameacas_dos_drones-final.pdf
31. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2025 jul 13]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
 32. Duarte RH. “Turn to pollute”: poluição atmosférica e modelo de desenvolvimento no “milagre” brasileiro (1967-1973). *Tempo*. 2015;21(37):6487. DOI: <https://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2015v213710>
 33. Lignani LDB, Brandão JLG. A ditadura dos agrotóxicos: o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas e as mudanças na produção e no consumo de pesticidas no Brasil, 1975-1985. *Hist Cienc Saúde Manguinhos*. 2022;29(2):337359. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000200003>
 34. Friedrich K, organizador. Dossiê contra o pacote do veneno e em defesa da vida! Porto Alegre: Rede Unida; Abrasco; 2021 [acesso em 2025 jul 31]. 336 p. Disponível em: <https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2021/07/LIVRO-DOSSIE-V8.pdf>
 35. Presidência da República (BR). Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1999 jan 27 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm
 36. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 3, de 16 de janeiro de 1992. Ratifica os termos das “Diretrizes e orientações referentes à autorização de registros, renovação de registro e extensão de uso de produtos agrotóxicos e afins - no 1, de 9 de dezembro de 1991”, publicadas no D.O.U. em 13/12/91 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1992 jan 16 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1992/prt0003_16_01_1992.html
 37. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 294, de 29 de julho de 2019. Dispõe sobre os critérios para avaliação e classificação toxicológica, priorização da análise e comparação da ação toxicológica de agrotóxicos, componentes, afins e preservativos de madeira, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 jul 31 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:78. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2019/rdc0294_29_07_2019.pdf
 38. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 295, de 29 de julho de 2019. Dispõe sobre os critérios para avaliação do risco dietético decorrente da exposição humana a resíduos de agrotóxicos, no âmbito da Anvisa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 jul 31 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:85. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2019/rdc0295_29_07_2019.pdf
 39. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 296, de 29 de julho de 2019. Dispõe sobre os critérios para avaliação do risco dietético decorrente da exposição humana a resíduos de agrotóxicos, no âmbito da Anvisa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 jul 31 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:86. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2019/rdc0296_29_07_2019.pdf
 40. Presidência da República (BR). Lei nº 10.688, de 13 de junho de 2003. Estabelece normas para a comercialização da produção de soja da safra de 2003 e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2003 jun 16 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.688.htm

41. Presidência da República (BR). Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2005 mar 24 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm
42. Franco Netto G, Villardi JWL, Almeida VML, organizadores. Agrotóxicos e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. Série Fiocruz – Documentos Institucionais; 2ª série.
43. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 10, de 22 de fevereiro de 2008 [Internet]. Aprova, na forma desta Resolução, as normas de funcionamento e de rito processual, delimitando competências, atribuições, procedimentos e outras providências no âmbito das Comissões de Ética instituídas pelo Decreto nº 1.171, de 22 de junho de 1994, com as alterações estabelecidas pelo Decreto nº 6.029, de 1º de fevereiro de 2007 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0010_22_02_2008.html
44. Governo do Estado (CE). Lei nº 16.820, de 8 de janeiro de 2019. Inclui dispositivo na Lei estadual nº 12.228, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre o uso, a produção, o consumo, o comércio e o armazenamento dos agrotóxicos, seus componentes e afins bem como sobre a fiscalização do uso de consumo do comércio, do armazenamento e do transporte interno desses produtos [Internet]. Diário Oficial do Estado do Ceará, Fortaleza, CE. 2019 jan 9 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://agroecologiaemrede.org.br/wp-content/uploads/2022/12/frm_experiencia-t8-uab-vk5hd-ac509af6-729b-4001-9b41-9a86505417b8.pdf
45. Presidência da República (BR). Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 jun 27 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm
46. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei nº 6.670/2016. Institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos – PNARA, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2016 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1516582&filename=PL%206670/2016
47. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.538, de 30 de junho de 2025. Institui o Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2025 jul 1; Edição 121; Seção I:1.
48. Presidência da República (BR). Decreto nº 10.833, de 7 de outubro de 2021. Altera o Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002, que regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 out 8 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/d10833.htm
49. Presidência da República (BR). Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002. Regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de

- agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2002 jan 8 [acesso em 2025 jul 31]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4074.htm
50. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2025 jul 7]; Edição 182; Seção I:18055-18059. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSqlkeFpWT905>
 51. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2012 ago 24 [acesso em 2025 jul 7]; Edição 165; Seção I:46. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/08/2012&jornal=1&pagina=46&totalArquivos=240>
 52. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2005 mar 8 [acesso em 2025 jul 7]; Edição 45; Seção I:45. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/03/2005&jornal=1&pagina=45&totalArquivos=64>
 53. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretrizes nacionais para a vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 jul 7]. 28 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_vigilancia_populacoes_expostas_agrotoxicos.pdf
 54. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.938, de 20 de dezembro de 2012. Autoriza o repasse do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, para o fortalecimento da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 dez 21; Edição 246; Seção I:762.
 55. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 ago 13; Edição 155; Seção I:87-90.
 56. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 84 p.
 57. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.794, de 20 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 ago 21 [acesso em 2025 jul 7]; Edição 162; Seção I:4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7794.htm
 58. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2025 jul 7]; Edição 190; Seção I(Supl 1):192-288. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/10/2017&jornal=1040&pagina=192&totalArquivos=716>

Recebido em 14/06/2025

Aprovado em 16/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Centro de Direitos Reprodutivos (CDR) - Bogotá, Colômbia; Abrasco, Ensp/Fiocruz; Rede Interseccional de Saúde do Reprodutiva e Agrotóxicos

Editora responsável: Maria Juliana Moura Corrêa

O direito do trabalhador e da trabalhadora no contexto do uso ‘INseguro e DEScontrolado’ do amianto no Brasil

Workers’ rights in the context of the ‘UNsafe and Uncontrolled’ use of asbestos in Brazil

Hermano Albuquerque de Castro¹, Fernanda Giannasi²

DOI: 10.1590/2358-28982025E210562P

RESUMO O ensaio analisa criticamente a trajetória jurídica, política e social do uso do amianto no Brasil, destacando os impactos sobre a saúde dos trabalhadores e o meio ambiente. Apesar da proibição recomendada por organismos como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho, o Brasil sustentou, por décadas, o discurso do ‘uso controlado’. O texto revisita legislações estaduais de banimento, decisões judiciais – com destaque para o julgamento do Supremo Tribunal Federal em 2017 – e os avanços e retrocessos normativos até 2025, incluindo resistências como as leis do estado de Goiás, que ainda permitem a extração para exportação e sua continuidade até 2029. Com base em metodologia qualitativa e documental, o ensaio demonstra como a mobilização social, o ativismo judicial e a atuação de entidades como a Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto foram centrais para a conquista do banimento. Também são abordados os desafios persistentes: o reconhecimento de direitos previdenciários e indenizatórios, a fragilidade nos diagnósticos das doenças relacionadas ao amianto, a necessidade de políticas públicas robustas de vigilância e desamiantagem. A análise revela as desigualdades regionais na aplicação das leis, resistências locais com base em interesses econômicos e recomenda a continuidade das ações de justiça socioambiental.

PALAVRAS-CHAVE Amianto. Decisões da Suprema Corte. Responsabilidade socioambiental. Mobilização social.

ABSTRACT This article critically analyzes the legal, political, and social trajectory of asbestos use in Brazil, emphasizing the implications for workers’ health and the environment. Despite the global recommendations for a total ban by the World Health Organization and the International Labour Organization, Brazil upheld for decades the thesis of ‘controlled and safe use’ of asbestos. The paper explores the state laws banning asbestos, key judicial decisions, particularly those by the Supreme Federal Court in 2017, and subsequent normative developments up to 2025. It also highlights ongoing resistance, including the controversial laws from Goiás state allowing continued extraction for exports until 2029. Based on a qualitative and documentary methodology, the article underscores the decisive role of social mobilization, judicial activism, and civil society organizations such as the Brazilian Association of Exposed People to Asbestos in pushing for the asbestos ban. Furthermore, it discusses enduring challenges such as access to social security and compensation, insufficient recognition of asbestos-related diseases, and the urgent need for public policies to address health surveillance, safe asbestos removal, and remediation of environmental and human liabilities. Regional disparities in the implementation of asbestos bans and ongoing resistance illustrate the dynamic complexity between public health, labor rights, and economic interests.

KEYWORDS Asbestos. Supreme Court Decisions. Socio-environmental responsibility. Community participation.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
hermano.castro@fiocruz.br

²Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea) – Osasco (SP), Brasil.



Introdução

O amianto, também conhecido como asbesto, é uma fibra mineral natural com alta resistência mecânica, térmica e química. Essas características promoveram seu amplo uso na indústria brasileira por mais de 100 anos, especialmente nos setores da construção civil, têxtil, automotivo. Existem duas variedades comerciais principais de amianto: as serpentinas (crisotila ou amianto branco) e os anfíbolios, estes últimos banidos no Brasil desde 1991 pelo Anexo 12 da Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho (NR-15)¹. A variedade crisotila foi a espécie amplamente utilizada na construção civil e em produtos industriais no Brasil. Sua popularidade é advinda da abundância desse mineral fibroso na natureza, facilidade de extração e beneficiamento e, portanto, por seu baixo custo.

Entretanto, crescentes evidências científicas apontaram os seus graves riscos associados à saúde humana, desmistificando a tese empresarial que atribuía somente aos anfíbolios a nocividade do mineral. Estudos consolidados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam mais de 200 mil mortes por ano em todo o mundo por exposição ocupacional e ambiental ao amianto². A OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomendam o banimento total de todas as formas de amianto em razão de seus efeitos adversos à saúde, como as Doenças Relacionadas ao Amianto (DRA), entre elas, a asbestose, as doenças pleurais e as malignas, como o câncer de pulmão e colorretal e de outros órgãos, por exemplo, laringe e ovário, assim como o mesotelioma ou também chamado ‘câncer do amianto’^{3,4}.

A Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (Iarc) da OMS classifica o amianto como agente reconhecidamente cancerígeno para os seres humanos. No Brasil, a Lista Nacional de Agentes Cancerígenos para Humanos (Linach) inclui o amianto no grupo de agentes comprovadamente causadores de câncer⁵.

Associada a uma série de mobilizações sociais, jurídicas e legislativas, caminhou-se na direção do banimento total de todas as formas de amianto no País, como ocorreu desde o final do século XX em vários países, que já vinham reduzindo ou banindo totalmente os usos do amianto em mais de 3 mil produtos industriais. No entanto, o que temos de passivo ambiental e humano no mundo é imensurável.

No Brasil, a trajetória normativa do amianto é resultante de mobilizações sociais, jurídicas e legislativas, além de ser marcada por disputas entre a proteção à saúde dos trabalhadores e os interesses econômicos de setores produtivos. O marco normativo nacional de maior impacto na defesa dos interesses corporativos foi, indubitavelmente, a aprovação da Lei nº 9.055/1995 e seu Decreto regulamentador nº 2.350/97, que permitiram o uso ‘controlado e seguro’ da variedade crisotila, em oposição a diversos projetos de lei que tramitavam na Câmara dos Deputados com o propósito do seu banimento, alguns de implementação imediata e outros em médio e longos prazos. Foi apenas em 24 de agosto de 2017 que o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 3937/2008, que questionava a lei estadual paulista de banimento do amianto, reconheceu a constitucionalidade da lei em discussão e a inconstitucionalidade incidental do art. 2º da Lei 9.055/95⁶⁻⁸, pois esse dispositivo não estava na pauta deste julgamento, e sim da ADI 4066, o que constituiu um imenso avanço na direção do banimento total no País, que só veio a ocorrer, de fato, em 29 de novembro de 2017, durante o julgamento das ADI 3406 e 3470 contra a lei de banimento do estado do Rio de Janeiro. Tal decisão alcançou a eficácia *erga omnes* (para todos os entes federado) e vinculante (para todos os órgãos dos Poderes Judiciário e Executivo).

O presente artigo se propõe a mapear e a analisar criticamente um conjunto de leis estaduais, decisões judiciais e normas

complementares sobre produção e uso de amianto, explorando as diferenças regionais, os fatores políticos e sociais que influenciaram o processo e as implicações do banimento para a saúde pública e a justiça ambiental, tendo como premissa o direito humano da vida em ambiente saudável.

Material e métodos

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, fundamentada na pesquisa documental, centrada na análise de legislações estaduais e federais, decisões judiciais, e publicações institucionais sobre o uso e banimento do amianto no Brasil para compreender a trajetória jurídica, política e social do uso do amianto no Brasil e seus impactos na saúde dos trabalhadores e no meio ambiente. A pesquisa qualitativa é particularmente adequada para investigar fenômenos complexos em seu contexto natural, permitindo uma compreensão aprofundada das dinâmicas sociais, jurídicas e políticas envolvidas no banimento do amianto. A análise documental, por sua vez, é um método robusto que permite a coleta e interpretação sistemática de dados contidos em documentos escritos, fornecendo *insights* sobre eventos passados, tendências e perspectivas de diferentes atores sociais. O referencial teórico está ancorado na perspectiva da justiça ambiental e do direito à saúde.

A delimitação temporal abrange o período de 1991 a 2025. Esse recorte foi definido por marcos significativos na legislação brasileira sobre o amianto: o banimento dos anfibólios e a vigilância dos trabalhadores expostos até 30 anos após findo o contrato de trabalho em 1991, entre outros avanços, pelo Anexo 12 da NR-15¹; as informações dos trabalhadores expostos e a vigilância pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituídas pela Lei nº 9.055/95 e a Portaria nº 1.851/2006⁹, ainda deficientes no cumprimento; e os avanços e retrocessos normativos e judiciais até o ano de 2024. O período de levantamento dos documentos ocorreu entre dezembro de 2024 e junho de 2025.

O levantamento utilizou algumas categorias previamente definidas: i) tipo de documento; ii) abrangência geográfica e temporal; iii) conteúdo normativo; iv) desdobramentos jurídicos e sociais. As fontes documentais foram selecionadas com base na relevância normativa, judicial e institucional, incluindo bases jurídicas, portais de Assembleias Legislativas, Tribunais de Justiça Estaduais, relatórios da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea), decisões do STF e normas federais, entre outros de maior relevância. A seleção dos documentos foi realizada pelos autores do artigo, com experiência em saúde do trabalhador e políticas públicas. Foram priorizados documentos com impacto direto sobre a proteção da saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores expostos ao amianto, banimento do uso e medidas de reparação.

- Normas jurídicas (leis federais e estaduais, decretos): foram selecionadas as leis federais e estaduais que regulamentaram ou proibiram o amianto no Brasil dentro do recorte temporal estabelecido, buscando compreender a evolução legislativa e as disputas de competência.
- Decisões judiciais: priorizou-se o levantamento das ADI e outros julgamentos relevantes do STF que trataram do amianto, especialmente aqueles com efeito vinculante e *erga omnes*, como os de 2017. Também foram consideradas ações em tramitação que evidenciam resistências ao banimento, como a ADI 6200 contrária à Lei nº 20.514/2019 de Goiás, que prevê a exploração do mineral para fins de exportação.
- Publicações complementares e relatórios de organizações civis: incluíram-se relatórios e publicações da Abrea devido ao seu papel central na mobilização social e na produção de evidências sobre os impactos do amianto, além de sua representatividade na luta pelo banimento.

- Normas federais complementares: foram analisadas normas regulamentadoras e outros documentos técnicos de órgãos como os Ministérios do Trabalho e da Saúde e da Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), que detalham aspectos da exposição, vigilância e desamiantagem.

As principais bases e plataformas consultadas para o levantamento foram:

- Bases jurídicas: LexML, JusBrasil, *sites* das Assembleias Legislativas e Tribunais de Justiça Estaduais.
- Publicações complementares: relatórios institucionais e publicações técnicas da Abrea, inclusive seu *website* e redes sociais.

Para melhor compreensão na apresentação dos dados analisados, o *quadro 1* sintetiza os principais documentos e suas origens, ilustrando a diversidade de fontes que fundamentaram este ensaio.

Quadro 1. Documentos analisados e suas origens		
Categoria do documento	Exemplos principais	Origem/base de dados
Leis federais	Lei nº 9.055/1995; Decreto nº 2.350/97; Lei nº 8.213/1991	Diário Oficial da União, Planalto
Leis estaduais	Lei nº 13.113/2001 (SP); Lei nº 12.684/2007 (SP); Lei nº 3.579/2001 (RJ); Lei nº 20.514/2019 (GO); Lei nº 22.932/2024 (GO)	Sites das Assembleias Legislativas Estaduais
Decisões do STF	ADI 3937/2008; ADI 3406 e 3470; ADI 6200; ADI 3356; ADI 3357; ADI 4066	Portal STF, JusBrasil
Normas regulamentadoras	NR-15 - Anexo 12; Capítulo V do Título II/CLT	Ministério do Trabalho e Emprego, Legislação Trabalhista
Portarias ministeriais	Portaria nº 1.851/2.006	Ministério da Saúde
Relatórios e publicações de OSC	Relatórios institucionais da Abrea	Site oficial da Abrea
Publicações científicas e técnicas	Guia de boas práticas da Fundacentro; estudos da OMS; Iarc; Linach	Websites institucionais (OMS, Fundacentro), bases de dados científicas

Fonte: elaboração própria.
OSC - Organizações da Sociedade Civil.

A análise dos documentos foi realizada por meio de uma leitura crítica, buscando identificar marcos legais, decisões judiciais, argumentos utilizados e o contexto político-social em que foram produzidos. Os autores do presente ensaio foram os responsáveis pela leitura, que seguiu as seguintes etapas:

- Leitura exploratória: para uma compreensão geral do conteúdo e do contexto de cada documento.
- Identificação de categorias temáticas: priorizando informações relacionadas com legislação, decisões judiciais, impactos na saúde, mobilização social e resistência econômica.

- Análise de conteúdo: detalhamento dos argumentos, atores envolvidos, e desdobramentos jurídicos e sociais.
- Comparação e triangulação de dados: confronto das informações obtidas de diferentes fontes para identificar convergências, divergências e lacunas.

Os critérios de priorização do conteúdo analisado incluíram:

- Relevância jurídica: documentos que estabeleceram precedentes legais ou que foram objeto de debates significativos no STF.
- Impacto social e de saúde pública: informações que detalhavam os efeitos da exposição ao amianto e a resposta da sociedade civil e das instituições de saúde.
- Representatividade: documentos que refletiam a posição de diferentes atores (governo, empresas, trabalhadores, sociedade civil).
- Atualidade: prioridade para as decisões e legislações mais recentes, que delineiam o cenário atual do banimento.

Resultados

Direito dos trabalhadores expostos ao amianto

Do ponto de vista da responsabilidade civil e trabalhista, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) garantem ao trabalhador o direito a um ambiente hígido e seguro, de acordo com a CF/88 no seu art. 7º, XXII, e com as Normas Regulamentadoras do Capítulo V do Título II/ CLT. O Código Civil brasileiro, nos seus art. 186 e 927, define, respectivamente, o que é ato ilícito e quando alguém pode ser

responsabilizado por danos causados a outra pessoa e a garantia de indenização por danos morais e materiais em casos de comprovada negligência empresarial, em ações por danos morais coletivos e individuais.

Dessa forma, um conjunto de leis apontam para garantias de reparação para os danos causados no trabalho. No caso do amianto, devido à exposição, que conduz a doenças e morte, o trabalhador tem direito aos benefícios previdenciários, tais como auxílio-doença acidentário (art. 59, nº 8.213/1991), aposentadoria por invalidez (se incapacitados permanentemente) e pensão por morte para familiares em casos de óbito, além da aposentadoria especial, que reduz o tempo de exposição com o objetivo de preservar sua saúde¹⁰.

A promulgação da Lei nº 9.055/1995, que regulamentou o uso controlado do amianto crisotila no País⁷, marcou o início de um movimento legislativo diferenciado em diversas esferas federativas. Nesse contexto, surgiram normas locais buscando estabelecer parâmetros mais restritivos, como a Lei nº 13.113/2001, da cidade de São Paulo, e, posteriormente, a Lei nº 12.684/2007, do estado de São Paulo. A legislação paulista de 2007 adotou uma abordagem distinta ao focar especificamente a proibição da utilização do amianto em seu território, evitando assim questões relacionadas com a competência legislativa da União sobre normas gerais de extração e comércio. Essa estratégia legislativa contrastou com as disposições de leis estaduais anteriores, como a Lei paulista nº 10.813/2001 e a Lei sul-mato-grossense nº 2.210/2001, que haviam sido objeto de questionamentos quanto à sua constitucionalidade perante o STF por abordarem matérias de exclusiva competência federal. Esse processo evolutivo da legislação sobre o amianto demonstra como diferentes entes federativos buscaram, dentro de suas respectivas competências, estabelecer regras sobre o tema, refletindo preocupações com a saúde pública e o meio ambiente em seus territórios. A abordagem adotada pelo estado de São Paulo em 2007 representou uma alternativa

legislativa que considerou os limites constitucionais da federação brasileira e os direitos do consumidor¹¹.

Entre 2001 e 2017, na mesma linha da segunda lei paulista de proibição do amianto, diversos estados aprovaram leis específicas banindo o amianto, tais como: Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul, entre outros. No entanto, muitos desses dispositivos foram contestados por alegada afronta à Lei federal nº 9.055/1995, o que levou à judicialização do tema no STF em um longo debate jurídico na corte¹², culminando nos julgamentos histórico ocorridos em 2017 com ampla repercussão dentro e fora do País. É importante mencionar que, entre as principais contestações às leis estaduais de banimento, as ADI 3356 (Pernambuco), 3357 (Rio Grande do Sul), 3406 e 3470 (Rio de Janeiro) e 3937 (segunda lei de São Paulo), ajuizadas por entidade representante de trabalhadores, a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria (CNTI), sempre ocorreram sob o discurso público da defesa dos postos de trabalho, que seriam 'supostamente' eliminados com a proibição do amianto, o, que de fato, não ser verificou.

As decisões do STF e seus efeitos

No dia 24 de agosto de 2017, o Plenário do STF julgou improcedente a ADI 3937, ajuizada pela CNTI contra a Lei nº 12.687/2007, do estado de São Paulo, que proíbe o uso de produtos, materiais ou artefatos que contenham quaisquer tipos de amianto no território estadual.

Os ministros também declararam, incidentalmente¹³ a inconstitucionalidade do art. 2º da Lei Federal nº 9.055/1995, que permitia a extração, a industrialização, a comercialização e a distribuição do uso do amianto da variedade crisotila no País e assentou a validade da lei estadual que proíbe o uso de qualquer tipo de fibra (crisotila ou anfíbio) sob o argumento de que os direitos à saúde e ao meio ambiente equilibrado são preponderantes sobre os interesses econômicos.

Em 29 de novembro de 2017, o STF deu continuidade ao julgamento das ADI 3406 e 3470, nas quais se questionava a Lei nº 3.579/2001, do estado do Rio de Janeiro, que dispõe sobre a substituição progressiva dos produtos contendo a variedade crisotila (amianto branco). As ações foram propostas pela CNTI sob a alegação de que a lei ofendia a livre iniciativa e por usurpação da competência privativa da União. A decisão pela constitucionalidade da lei teve efeito vinculante (para todas as instâncias do judiciário) e *erga omnes* (para todos), obrigando os estados a se adequarem à proibição. Houve, como consequência, um aumento de processos trabalhistas, ações civis públicas e acordos extrajudiciais, envolvendo indenizações a trabalhadores expostos¹³.

Mesmo após a histórica decisão de 2017, nova ADI, a de número 6200, da lavra da Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT), precisou ser ajuizada para questionar a lei estadual de Goiás (Lei nº 20.514/2019), aprovada em manifesta afronta à decisão do STF, permitindo a extração do mineral para fins 'exclusivos' de exportação. Com quatro votos já proferidos pela sua inconstitucionalidade, a tramitação foi suspensa por pedido de vista do Ministro Nunes Marques em 17 de março de 2025, renovado em 19 de junho de 2025 por mais 90 dias. As divergências entre os votos já proferidos estão na modulação dos efeitos, isto é, no prazo para a decisão tornar-se efetiva. Dois votos propõem a paralisação imediata da mineração (Ministros Rosa Weber e Edson Fachin) e dois votos definem prazos de dois anos (Ministro relator Alexandre de Moraes) e cinco anos (Ministro Gilmar Mendes). Este último prazo de cinco anos atende integralmente aos interesses e anseios da indústria e do governo de Goiás, que, no meio de todo esse debate e pressões da sociedade civil organizada, aprovou, em 15 de agosto de 2024, mais uma lei claramente inconstitucional, a de número nº 22.932, que prevê que a extração do amianto tenha uma sobrevida de mais cinco anos; isto é, passe a valer apenas em 2029, 12 anos após a icônica

decisão do banimento do amianto no Brasil, uma das mais aclamadas mundialmente por se tratar de seu ineditismo: decidida por uma suprema corte constitucional, última instância de nossa hierarquia judicial, e com a mina ainda em pleno funcionamento¹³.

Desse modo, em 2025, a Abrea declara 'Ainda Estamos Aqui', aguardando a tramitação de idas e vindas dentro do STF¹³.

Diferenças regionais

Os estados de São Paulo, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro foram os pioneiros em legislações de banimento do amianto. Essas legislações foram questionadas, conforme descrito anteriormente, por supostamente invadirem competência federal, o que culminou em disputas judiciais no STF.

Quadro 2. Leis estaduais sobre banimento do amianto por período questionadas no STF

UF	Lei Estadual	Ano	Abrangência	Situação Jurídica
MS	Lei nº 2.210	2001	Proibição total do amianto para o setor da construção civil	Declarada inconstitucional
SP	Lei nº 10.813	2001	Proibição total do amianto	Declarada inconstitucional
SP	Lei nº 12.684	2007	Proibição total do uso do amianto e produtos que o contenham	Declarada Constitucional
RJ	Lei nº 3.579	2001	Substituição progressiva do amianto na produção e comercialização de produtos com amianto	Declarada Constitucional
PE	Lei nº 12.589	2004	Proibição total do amianto	Declarada Constitucional
RS	Lei nº 11.643	2001	Proibição total do amianto	Declarada Constitucional
GO	Lei nº 20.514	2019	Permite extração do minério 'exclusivamente' para exportação	ADI 6200 em tramitação no STF
GO	Lei nº 22.932	2024	Prorroga extração mineral até 2029	Contestada como inconstitucional, mas não judicializada, aguardando decisão da ADI 6200

Fonte: elaboração própria.

O *quadro 2* mostra as leis estaduais sobre o banimento do amianto, judicializadas no STF, com exceção da Lei goiana nº 22.932/2024, embora outras tantas leis estaduais e municipais tenham sido aprovadas para assegurar o cumprimento da decisão do STF, sendo que dezenas de novos municípios também legislaram sobre a fiscalização de passivos ambientais e substituição de materiais. O fato é que, no estado de Goiás, onde está localizada a mina de amianto no Brasil, a única em atividade no

País, as duas leis contestadas por manifesta inconstitucionalidade e afronta à decisão da Suprema Corte brasileira são para permitir a continuidade da exploração mineral do amianto, garantindo-lhe o máximo possível de sobrevida.

Um breve levantamento sobre leis estaduais e municipais propostas revela que as regiões Sul e Sudeste concentraram a maior parte das legislações proibitivas, enquanto estados das regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram

menor número de projetos de leis. Tais variações refletem o peso das indústrias locais, a organização de movimentos sociais, o engajamento de instituições públicas como o Ministério Público do Trabalho (MPT), que desempenharam um papel relevante nessas proibições, especialmente no estado de Santa Catarina, tal como o posicionamento político das Assembleias Legislativas das mencionadas regiões.

O papel da Abrea na luta pelo banimento do amianto no Brasil

A Abrea é uma entidade de extrema relevância na história da saúde pública e da justiça ambiental no Brasil. Fundada em 1995, foi reconhecida como de Utilidade Pública Federal (Portaria nº 2.413/2005), Estadual (Lei nº 11.703/2004 – SP) e Municipal (Lei nº 3.726/2002 – Osasco-SP), consolidando-se como a principal voz dos trabalhadores e familiares afetados pelas DRA.

Sua atuação foi decisiva para o banimento definitivo do amianto no Brasil, decretado pelo STF em 2017 – um marco histórico, como já foi dito, pois o País foi o único no mundo a ter a proibição estabelecida pelo Poder Judiciário, e não pelos Poderes Executivo ou Legislativo, e em um contexto em que a mineração ainda estava em plena atividade.

Principais conquistas e ações da Abrea

a. Combate ao Lobby do Amianto e vitórias jurídicas

- Declaração de inconstitucionalidade da lei federal que permitia o ‘uso controlado’ do amianto, desmontando a narrativa do ‘uso seguro’.
- Atuação vigorosa como *amicus curiae* em ações no STF, que pretendiam

a inconstitucionalidade das leis estaduais aprovadas.

- Produção de relatórios e dossiês técnicos que embasaram decisões de parlamentares, procuradores e magistrados.

b. Avanços legislativos e normativos

- Pressão pela aprovação de ‘leis municipais e estaduais’ de banimento desde os anos 2000.
- Participação ativa na aprovação da Resolução nº 348/2004 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) que classificou os resíduos de amianto como perigosos, exigindo descarte adequado em aterros industriais classe I¹⁴.

c. Vigilância em saúde e registro de vítimas

- Estímulo à promoção e efetivação de sistemas de registros das DRA como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e a criação do Datamianto (aguardando-se para breve a implantação no SUS) para mapear as DRA e promover a vigilância dos expostos.
- Parcerias com universidades, Fundacentro e MPT em campanhas de informação e projetos de desamiantagem.

d. Memória e conscientização

- Idealização do Memorial das Vítimas do Amianto, em Osasco, em homenagem aos que perderam a vida devido à exposição à fibra cancerígena.
- Produção de cartilhas, materiais educativos e campanhas digitais nas mídias sociais (como a disponível no site da Abrea) para informar sobre os riscos do amianto e os direitos das vítimas.

e. Apoio jurídico e mobilização social

- Apoio a centenas de ações civis públicas e individuais por danos morais e materiais, pela remoção de materiais em instalações contendo amianto e a recuperação de áreas degradadas pela mineração e indústria de transformação.
- Participação ativa em audiências públicas e pressão institucional por reformas normativas.

LEGADO E CONTINUIDADE DA LUTA

A Abrea não apenas liderou a luta pelo banimento do amianto como também transformou essa causa em um movimento por justiça socio-ambiental e saúde pública, garantindo que as vítimas fossem ouvidas. Sua atuação permanece essencial diante de tentativas de retrocessos legislativos, reforçando a necessidade de 'vigilância constante' contra os riscos do amianto.

Resumindo, na área da saúde, impulsionou a criação do Datamianto (sistema de notificação de doenças relacionadas ao amianto) e reforçou a importância dos registros no Sinan para visibilizar a casuística das DRA no País. Firmou parcerias com universidades, com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Fundacentro e o MPT para desenvolver campanhas educativas para as trabalhadoras e trabalhadores e seus familiares e projetos de descontaminação e reabilitação de áreas degradadas pela indústria do amianto, especialmente de mineração. Promoveu ações judiciais coletivas e individuais, auxiliando centenas de trabalhadores e familiares na busca por indenizações por danos morais e materiais. Organizou audiências públicas e mobilizações para pressionar por mudanças normativas em todas as esferas de governo. Atuou no campo da comunicação com a sociedade, elaborou materiais educativos, alertando sobre os riscos do amianto, além de ter idealizado o referido Memorial das Vítimas do Amianto em Osasco, um marco simbólico da luta.

Em síntese, a Abrea é um exemplo de resistência, mobilização e conquista, deixando um legado que vai além da proibição – um compromisso com a vida, a memória e a justiça.

Discussão

A trajetória do amianto no Brasil evidencia como a proteção à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente depende de múltiplas instâncias institucionais. O protagonismo do STF foi decisivo para os avanços normativos, mas também revelou a fragilidade de políticas públicas que, por décadas, mantiveram e até promoveram o uso do amianto amplamente reconhecido como perigoso e nocivo à saúde.

O papel de entidades como a Abrea foi fundamental na produção de evidências e mobilização social. Desde sua fundação em 1995, a Abrea tem sido uma força motriz no ativismo pelo banimento do amianto no Brasil. Suas principais ações incluem:

- Apoio a vítimas e familiares: oferecendo suporte jurídico, social e de saúde a trabalhadores e suas famílias afetadas pela exposição ao amianto.
- Produção de conhecimento e denúncia: levantando dados, realizando pesquisas e divulgando informações sobre os riscos do amianto, desmistificando a tese do 'uso seguro e controlado'.
- Atuação em diversas esferas: participando ativamente de debates legislativos, acompanhando processos judiciais (como a declaração de 'Ainda Estamos Aqui' em relação à ADI 6200) e pressionando por políticas públicas robustas de vigilância e reparação.
- Mobilização social e conscientização: organizando campanhas, seminários e eventos para sensibilizar a sociedade e o poder público sobre a gravidade do problema. Os 'relatórios institucionais e publicações

técnicas' da Abrea, que datam de 2005 a 2023, são um testemunho de sua atuação contínua.

A judicialização do tema funcionou como via alternativa à paralisia do Executivo e do Legislativo federal. As DRA possuem um tempo de latência longo, principalmente os cânceres e o mesotelioma, que podem levar até mais de 50 anos para se manifestarem após a primeira exposição. Assim, a persistência de passivos ambientais e um grande número de trabalhadoras e trabalhadores adoecidos são esperados nas próximas décadas. Tal fato aponta para a necessidade de políticas públicas integradas, tanto na área da saúde como no campo da reparação judicial, bem como a urgente necessidade de ampliação da informação e registros, por meio dos sistemas já existentes do DataSUS, como a correta comunicação de óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de adoecimentos no Sinan e no recentemente criado Datamianto, ainda não completamente incorporado no sistema DataSUS, que pretende fornecer instrumentos e transparência para a realização da vigilância de trabalhadores e das populações ambientalmente expostas ao cancerígeno amianto.

O banimento visa eliminar a exposição e, consequentemente, os casos de DRA. Contudo, permanece o desafio do passivo ambiental, em que milhares de edificações ainda contêm amianto, que necessitam de uma remoção segura (desamiantagem) para a qual são exigidas políticas públicas robustas, além de infraestrutura adequada para o manejo dos resíduos tóxicos.

A Fundacentro, com outras instituições de pesquisa e ensino, como a Fiocruz, vem desenvolvendo protocolos e apresentando propostas para a realização de programas para desamiantagem, a capacitação de mão de obra especializada para remoção segura, incentivos orientados para substituição desses materiais contaminantes e apoio à transição econômica em municípios com minerações, extintas, desativadas ou ainda em atividade¹⁵.

A experiência brasileira com o amianto não é isolada no cenário internacional. Diversos países enfrentaram e continuam a enfrentar desafios semelhantes em sua trajetória jurídica, política e social em relação ao mineral. Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, o uso do amianto foi amplamente utilizado por décadas e, embora progressivamente restrito, o banimento total no Canadá foi um processo longo. Nos EUA, o banimento é ainda incompleto e setorializado com revezes marcados pela atual política do governo federal avesso a avanços socioambientais, embora persistam intensas batalhas judiciais e mobilização de milhares de vítimas, como temos assistido no caso das mulheres com câncer contaminadas pelo talco da Johnson & Johnson. A União Europeia, por outro lado, adotou uma abordagem mais proativa, banindo o amianto em todos os seus Estados-Membros em 2005, após décadas de evidências científicas e pressão social. No entanto, mesmo lá, o desafio do passivo ambiental e da gestão das DRA persiste. Em países da América do Sul, como a Argentina, o Chile, o Uruguai e a Colômbia, mais recentemente, também houve processos de banimento, muitas vezes influenciados por decisões políticas, e até mesmo empresariais, e pela pressão de organizações de saúde e ambientais, ecoando a luta pelo banimento do amianto nas Américas como uma questão de saúde pública, embora com pouca mobilização social, tão necessária para a vigilância permanente dos ambientes e da saúde dos expostos.

Essas comparações reforçam a complexidade do problema e a necessidade de políticas públicas estruturais e continuadas para lidar com os impactos de longo prazo da exposição ao amianto, como observado em debates sobre desenvolvimento e sustentabilidade e os limites das soluções locais para um problema de saúde global. A experiência global reitera que, mesmo após o banimento legal, a vigilância em saúde, a reparação e a gestão de passivos são desafios que perduram por gerações.

Conclusões

Esta breve análise da situação da presença do mineral cancerígeno no Brasil oferece um roteiro sobre a produção documental relacionada com o amianto, destacando a complexa articulação entre direito, justiça, mobilização social, ciência e políticas públicas. Ela revela um avanço progressivo na proteção à saúde, embora desigual entre os estados. A decisão promulgada pelo STF em 2017 foi um passo extremamente importante, mas o enfrentamento dos danos causados pelo uso do amianto ainda exige medidas estruturais de saúde coletiva, justiça ambiental e reparação aos direitos sociais coletivos e individuais. A falta do engajamento nessas ações de prevenção e reparação pelos Poderes Executivo e Legislativo federal tem comprometido e adiado a eficácia das medidas adotadas pelo Judiciário brasileiro.

O País vem evoluindo da permissividade regulatória para um banimento quase total, sustentado por decisões judiciais e legislações estaduais, umas inovadoras e algumas outras ainda recalcitrantes, como as do estado de Goiás. Essa realidade, com leis como a goiana de 2024 que estende a extração por mais cinco anos, aponta para a persistência de interesses econômicos que desafiam o consenso científico e jurídico sobre a nocividade do amianto. É necessário avançar na gestão do passivo ambiental, nas políticas de saúde pública e nas

estratégias de justiça socioeconômica para trabalhadores e comunidades afetadas.

A necessidade de remoção segura do amianto de milhares de edificações (desamiantagem) exige políticas públicas robustas e infraestrutura adequada para o manejo de resíduos tóxicos, como as que a Fundacentro e Fiocruz vêm propondo¹⁵.

Além disso, adicionalmente, persistem desafios significativos na garantia dos direitos individuais dos afetados. A dificuldade nos diagnósticos dentro do SUS, a falta de estrutura na perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para o reconhecimento das doenças e ainda a morosidade judicial em processos indenizatórios são barreiras que se arrastam por anos. Em algumas Unidades da Federação, os valores indenizatórios são considerados irrisórios, refletindo uma visão que, por vezes, desconsidera o valor da vida do trabalhador em face da atividade produtiva. Esses pontos reforçam a necessidade de fortalecimento dos sistemas de saúde e justiça para assegurar a efetiva reparação dos danos e a valorização da vida como um direito humano irrenunciável.

Colaboradores

Castro HA (0000-0003-1191-5671)* e Giannasi F (0009-0004-4219-4680)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora NR-15, Anexo 12 – Atividades e operações insalubres [Internet]. Brasília, DF: TEM; 2023 [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: [https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informa-](https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informa-cao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-15-anexo-12.pdf/view)

[cao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-15-anexo-12.pdf/view](https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-15-anexo-12.pdf/view)

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

2. Organização Mundial da Saúde. Asbestos [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asbestos>
3. Castro HA, Giannasi F, Novello C. A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(4):943–955. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400013>
4. Rocha JCS, Wanderley RG. Direito e justiça ambiental: agravos à saúde dos trabalhadores e o amianto no Brasil. *Rev Juríd Luso-Brasileira*. 2018;4(6):2245–2263.
5. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Lista Nacional de Agentes Cancerígenos para Humanos – LINACH [Internet]. Portaria Interministerial MPS/MTE/MS nº 9/2014 [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://www.normaslegais.com.br/legislacao/anexo-port-mps-mte-ms-9-2014.pdf>
6. Castro HA. Desenvolvimento e sustentabilidade: desafios da Rio + 20. *Saúde debate*. 2012;36(Esp):98–105.
7. Martin-Chenut K, Saldanha J. O caso do amianto: os limites das soluções locais para um problema de saúde global. *Lua Nova*. 2016;98:141–70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-6445141-170/98>
8. Presidência da República (BR). Lei nº 9.055, de 1º de junho de 1995. Dispõe sobre a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do amianto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 1995 jun 2; Seção I:23371.
9. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.851/GM/MS, de 9 de agosto de 2006. Aprova os procedimentos para envio ao SUS da listagem de trabalhadores expostos e ex-expostos ao amianto [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2006 ago 10 [acesso em 2025 abr 14]; Seção I. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2006/prt1851_09_08_2006.html
10. Presidência da República (BR). Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 1991 jul 25 [acesso em 2025 abr 14]; Seção I:14809. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm
11. Supremo Tribunal Federal (BR). STF proíbe extração e venda de amianto crisotila. *Portal STF* [Internet]. 2017 [atualizado em 2023 jun 19; acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=509089&ori=1>
12. Borges H, Fernandes V. O uso do amianto no Brasil: o embate entre as duas racionalidades no Supremo Tribunal Federal. *Ambient Soc*. 2014;17(2):175–94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200012>
13. Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto. Relatórios institucionais e publicações técnicas: 2005–2023 [Internet]. Osasco: Abrea; [ano desconhecido] [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <http://www.abrea.org.br>
14. Ministério do Meio Ambiente (BR); Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução nº 348, de 16 de agosto de 2024. Altera a Resolução CONAMA no 307, de 5 de julho de 2002, incluindo o amianto na classe de resíduos perigosos. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2004 ago 17 [acesso em 2025 abr 14]; Edição 158; Seção I:70. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/08/2004&jornal=1&pagina=70&totalArquivos=80>
15. Fundacentro (BR). Guia de boas práticas para a desamiantagem [Internet]. São Paulo: Fundacentro; 2023 [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/centrais-de-conteudo/faq-desamiantagem/boas-praticas-em-desamiantagem>

Recebido em 19/04/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Migração e precarização do trabalho: compreendendo a interseção entre categorias sociais

Migration and precarious work: Understanding the intersection between social categories

Loeste de Arruda-Barbosa¹, José Maria Marques Melo Filho², Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca³

DOI: 10.1590/2358-28982025E210458P

RESUMO O Brasil tem recebido um importante fluxo de imigrantes do Sul Global, em grande parte composto por mulheres que se inserem em redes de trabalho precarizado. Objetivou-se refletir sobre a precarização do trabalho no contexto da migração Sul-Sul, considerando a interseção entre gênero, raça-etnia e classe social na determinação de subalternidades e iniquidades. Ensaio reflexivo e argumentativo estruturado a partir de dois núcleos de sentido: i) a revisão conceitual, que recupera definições a partir de obras seminais; e ii) a análise crítica de artigos selecionados por sua relevância e atualidade no campo dos estudos migratórios e feministas. Os resultados revelaram que a precarização do trabalho dessas mulheres não se restringe a uma questão econômica, mas reflete desigualdades históricas e estruturais profundamente marcadas por interseccionalidades que reforçam ciclos de marginalização e desigualdade. A xenofobia, o racismo e o sexismo atuam em articulação com a classe social, originam e perpetuam subalternidades e iniquidades tanto no trabalho quanto na vida. A abordagem interseccional é potente para compreender múltiplas opressões que perpetuam a exploração das mulheres imigrantes no contexto da migração Sul-Sul no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Mercado de trabalho. Estudos de gênero. Migração humana. Classe social. Enquadramento interseccional.

ABSTRACT Brazil has received a significant influx of immigrants from the Global South, largely composed of women who are part of precarious work networks. The aim was to reflect on the precariousness of work in the context of South-South migration, considering the intersection between gender, race-ethnicity and social class in determining subalternity and inequities. Reflective and argumentative essay structured around two cores of meaning: i) conceptual review, which recovers definitions from seminal works and ii) critical analysis of articles selected for their relevance and current status in the field of migration and feminist studies. The results revealed that the precariousness of these women's work is not restricted to an economic issue but reflects historical and structural inequalities deeply marked by intersectionalities that reinforce cycles of marginalization and inequality. Xenophobia, racism and sexism act in conjunction with social class to create and perpetuate subalternity and inequities both at work and in life. Intersectional approach is powerful for understanding multiple oppressions that perpetuate the exploitation of immigrant women in the context of South-South migration in Brazil.

KEYWORDS Job market. Gender studies. Human migration. Social class. Intersectional framework.

¹Universidade Estadual de Roraima (UERR) – Boa Vista (RR), Brasil.
loeste.arruda@gmail.com

²Secretaria da Educação do Estado do Ceará (Seduc) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

A precarização nas relações de trabalho tem se ampliado no atual modelo de economia globalizada, provocando transformações na lógica deletéria de reprodução do capital. A mobilidade no trabalho, intensificada por processos de desregulamentação e flexibilização, acompanha a circulação crescente de pessoas em escala internacional. Nesse cenário, os movimentos migratórios se tornam elementos centrais para suprir demandas de setores produtivos que dependem de mão de obra barata e facilmente substituível. A imigração, particularmente nos países do Sul Global, reflete uma dinâmica de deslocamentos motivados não apenas por crises políticas e humanitárias, mas também por desigualdades estruturais do próprio sistema capitalista, que segmenta e hierarquiza trabalhadores por meio de relações conjunturais que perpassam por interseções que permeiam nacionalidade, classe social, raça-etnia e gênero.

O uso da força de trabalho imigrante do Sul é uma das alavancas do capitalismo do Norte que provoca a desvalorização da força de trabalho, particularmente a asiática, a africana e a latino-americana, no interior da divisão internacional do trabalho. Os fluxos migratórios Sul-Sul, atualmente, não têm o peso dos fluxos Sul-Norte, mas se encontram em crescimento contínuo, especialmente para populações de refugiados e de deslocamentos forçados. Muitos desses fluxos têm o Sul como destino em razão da proximidade geográfica ou mesmo como alternativa de passagem para possibilitar a meta mais almejada de um dia poder entrar no Norte, onde os ganhos (diretos e indiretos) costumam ser, em média, mais altos^{1,2}.

Há diferenças marcantes, contudo, no tipo de imigrante que pode se colocar bem no mercado de trabalho no Brasil, a imigração bem recepcionada é aquela qualificada e vinda do Norte Global^{1,3}. Por outro lado, os imigrantes oriundos dos países do Sul Global, ao chegarem ao Brasil, enfrentam frequentemente

inserção laboral precária, com menos acesso a direitos trabalhistas, informalidade e maior vulnerabilidade social. Essa precarização do trabalho imigrante, atravessada por desigualdades de classe, raça-etnia e gênero, revela-se como a globalização neoliberal, reforçando assimetrias históricas e impondo novas formas de exploração para aqueles que se deslocam em busca de melhores condições de vida⁴⁻⁷.

Desse modo, dada a vulnerabilidade do imigrante dentro da classe trabalhadora, por ser estrangeiro; ter determinada origem; etnia; religião; não portar documentos; e estar em grande número a exploração de seu trabalho se torna mais predatória. Isso provoca várias consequências, como acesso a ocupação de postos de trabalho simples e braçais, muitas vezes incompatíveis com a qualificação do trabalhador, contratos atípicos e temporários, jornadas exaustivas e restrição ou ausência de direitos. Os donos do capital tendem a recorrer a essa força de trabalho para reduzir custos com manutenção, reprodução e aposentadoria ao mesmo tempo que se beneficiam de uma força de trabalho precarizada e discriminada².

O Brasil tem uma longa tradição como nação historicamente receptora de migrantes. Nas últimas décadas, tem sido destino de diferentes fluxos migratórios, marcados por particularidades e desafios distintos. A imigração boliviana, por exemplo, ganhou força a partir dos anos 1980, com forte presença em São Paulo, particularmente no setor têxtil, onde muitos trabalhadores ainda enfrentam a informalidade e condições de trabalho precárias. Já no início da década de 2010, o País passou a receber um número crescente de haitianos, impulsionados pelo devastador terremoto daquele ano, que deixou milhões de desabrigados. Muitos deles ingressaram pelo estado do Acre e se espalharam pelo território brasileiro em busca de melhores condições de vida, embora tenham encontrado dificuldades relacionadas com a regularização e a inserção no mercado de trabalho⁸⁻¹⁰.

Atualmente, o Brasil vivencia mais uma expressiva onda migratória com a chegada

de venezuelanos, forçados a deixar seu país devido à crise política e socioeconômica que vem se agravando a partir de 2015. Esse fluxo migratório impacta diretamente o estado de Roraima, principal porta de entrada para essa população, que atravessa a fronteira diariamente em busca de refúgio e oportunidades de trabalho. As mulheres têm sido em grande número, mudando o perfil clássico de imigração de homens em busca de melhores condições de trabalho que no país de origem⁶.

Com base no exposto, esse ensaio tem o objetivo de refletir sobre precarização do trabalho no contexto da migração Sul-Sul, com enfoque na imigração de mulheres venezuelanas para o Brasil, considerando a interseção entre gênero, raça-etnia e classe social na determinação social das subalternidades e consequentes iniquidades a que são submetidas.

Material e métodos

Referencial teórico-filosófico

Gênero, classe social e raça-etnia são categorias sociais potentes para compreender a construção e a reprodução das identidades individuais e coletivas, determinando as relações sociais entre sujeitos e grupos, bem como as dinâmicas institucionais. Embora possam ser analisadas separadamente, é fundamental considerá-las de forma integrada, uma vez que a produção e a reprodução social dos indivíduos e grupos ocorrem a partir da interconexão entre esses elementos^{11,12}.

Advinda do feminismo negro^{13,14}, a teoria da interseccionalidade tem buscado analisar os fenômenos sociais a partir de marcadores sociais da diferença advindos das categorias gênero, classe social e raça-etnia. Trata-se de uma abordagem que inaugura uma nova vertente teórico-metodológica que busca analisar a complexidade e a irreducibilidade de um marcador social da diferença sobre o outro. Os marcadores são definidos como construções

sociais anteriores à existência dos sujeitos, os quais se articulam produzindo maiores ou menores inclusões ou exclusões, dependendo, para tanto, de uma série de elementos sociais

[...] permitem assim, a ampliação da compreensão das iniquidades, pela possibilidade de incluir as formas complexas pelas quais os marcadores sociais se relacionam e se reforçam mutuamente¹⁵.

De acordo com Hankivsky e Bowleg citados por Oliveira¹⁵:

A interseccionalidade é promissora, pois sublinha que 'o todo' da discriminação sofrida por uma pessoa é complexo e maior que a soma das partes. Por conseguinte, pode-se considerar que a interseccionalidade é uma abordagem teórica e metodológica para compreender as desigualdades sociais e propor ações políticas para combatê-las.

Assim,

[...] a abordagem interseccional considera que nenhuma diferença deve ser reduzida a um único sistema classificatório, a fim de não perder a força da articulação que propõe para os marcadores sociais da diferença, para assim compreender as várias dimensões das desigualdades que conformam e influenciam as posições sociais, as experiências dos sujeitos e as relações de poder que estabelecem na sociedade¹⁵.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho se caracteriza como um ensaio reflexivo e argumentativo. Esse tipo de produção analisa criticamente um tema, articulando conceitos teóricos, evidências e interpretações, com base na literatura científica pertinente. Diferencia-se de revisões de literatura por não adotar metodologias rigidamente sistematizadas para seleção de fontes. Sua construção

se fundamenta, sobretudo, na *expertise* dos autores, que selecionam os materiais mais relevantes, incluindo estudos clássicos e contemporâneos, guiados por sua experiência no campo de conhecimento em tela.

Nesse sentido, a elaboração deste ensaio foi orientada por meio de uma perspectiva dialética em que articula os conceitos e suas correlações para compreender a realidade. As análises empreendidas basearam-se em associações e/ou analogias, sem, no entanto, submeterem-se ao formalismo da técnica científica tradicional. Tal escolha metodológica tem como objetivo promover uma compreensão mais crítica e abrangente dos fenômenos¹⁶.

Em termos metodológicos, empiricamente, este texto se encontra estruturado a partir de dois núcleos de sentido: i) a revisão conceitual, que recupera definições fundantes sobre interseccionalidade, gênero, classe e raça-etnia a partir de obras seminais; e ii) a análise crítica de artigos selecionados por sua relevância e atualidade no campo dos estudos migratórios e feministas. A seleção das fontes, ainda que não sistemática, priorizou: estudos recentes (últimos cinco anos) com alto impacto acadêmico; clássicos consagrados; e obras respaldadas pela experiência dos autores no tema. Complementarmente, incorporaram-se dados empíricos sobre migração feminina no Brasil, com ênfase em Roraima, para ilustrar as discussões teóricas.

Resultados e discussão

Mulher e imigração: impactos do gênero na inserção no trabalho e nas condições laborais

Para compreender o fenômeno migratório em relação às mulheres, inicialmente, cabe uma reflexão centrada no feminino, com enfoque na categoria gênero, uma vez que as relações de gênero são socialmente hierarquizadas e se estabelecem com base nas diferenças sexuais,

muitas vezes antecedendo ou permeando todas as demais relações sociais. Isso ocorre porque a diferença sexual define limites e possibilidades desde o início da vida, hoje, inclusive, antes mesmo do nascimento. É provável que, em muitas sociedades, haja antes o reconhecimento do gênero que das demais diferenças, por exemplo, de raça-etnia ou classe social. No entanto, é certo que todas essas categorias sociais: gênero, geração, classe social e raça-etnia, estão profundamente entrelaçadas na construção tanto das subjetividades como das coletividades, determinando experiências e posições no mundo de maneira interdependente e complexa¹².

A partir da década de 1970, especialmente nos Estados Unidos da América, emergiram os estudos sobre gênero e antropologia feminista, trazendo contribuições significativas ao se basearem em investigações de contextos sociais variados. Essas pesquisas ajudaram a consolidar o conceito de gênero como uma categoria relevante para a análise social ao mesmo tempo que evidenciaram a complexidade das relações sociais. Com isso, o conceito de gênero passou a ser entendido como um elemento essencial para compreender as dinâmicas da sociedade¹⁷.

Acrescenta-se, ainda, que a categoria gênero diz respeito às construções sociais, culturais e linguísticas que definem as diferenças percebidas entre pessoas de sexos diferentes. Essa abordagem analítica possibilita compreender que as desigualdades de gênero não são resultado de características biológicas, mas são socialmente determinadas. Em outras palavras, gênero se refere às relações que se constroem entre os sexos dentro da sociedade, distinguindo o sexo biológico do social. Enquanto o primeiro envolve aspectos anatômicos e fisiológicos, o segundo diz respeito às normas e expectativas impostas pelas diferentes sociedades ao longo da história. Contudo, a tentativa de separar o biológico do social pode dificultar a compreensão dos processos que moldam essas relações, dado que esses elementos se encontram completamente interligados e dependentes¹².

Sob a égide do androcentrismo ou do patriarcado, os papéis de gênero são reafirmados constantemente na vida cotidiana tanto no âmbito público como no privado. Na divisão social do trabalho, esses papéis reforçam a ideia de que as diferenças biológicas entre os sexos resultam em desigualdades, naturalizando a ideia de que a mulher é inferior e submissa enquanto o homem detém a supremacia e os privilégios¹⁷.

Em relação às mulheres migrantes, o avanço teórico ocorreu paralelamente à expansão dos estudos feministas e em sintonia com pesquisas sobre migrações internacionais. A articulação entre teorias feministas e estudos migratórios permitiu tirar da invisibilidade o protagonismo das mulheres nesse fenômeno na perspectiva de gênero¹⁸.

Dessa forma, no contexto da migração, é crucial compreender as dinâmicas de gênero, principalmente no que diz respeito ao trabalho. Mulheres imigrantes enfrentam desafios específicos que resultam do entrelaçamento entre questões de gênero com classe social e raça-etnia, que podem afetar diretamente a sua inserção no mercado de trabalho e as condições de trabalho. A análise dessas questões é necessária para compreender as condições laborais das imigrantes, uma vez que as questões de gênero e suas interseções podem se intensificar nas situações desfavoráveis, levando a um aumento da precarização e da vulnerabilidade social dessas mulheres.

O paradigma dominante para interpretar as migrações femininas as vincula diretamente à demanda e à inserção no mercado de trabalho em funções associadas à reprodução dos papéis de gênero. Essa perspectiva contribui para que as mulheres ocupem prioritariamente o setor do cuidado, como empregadas domésticas, babás, enfermeiras e cuidadoras de idosos. Além disso, as expectativas sociais sobre o papel feminino no cuidado e na execução de tarefas domésticas fazem com que essas trabalhadoras sejam frequentemente direcionadas a empregos informais, mal remunerados e desprovidos de garantias trabalhistas¹⁸.

Em Roraima e, particularmente, na cidade de Boa Vista, observa-se uma presença significativa de mulheres imigrantes venezuelanas ocupando funções tradicionalmente associadas ao cuidado e ao trabalho doméstico. Diaristas, babás e cuidadoras de idosos são profissões comuns entre essas mulheres, que muitas vezes trabalham para famílias de classe média e alta em bairros mais abastados da cidade.

Em Boa Vista, diante da falta de oportunidades laborais, pobreza e baixos ganhos em atividades informais, muitas imigrantes venezuelanas acabam optando pelo trabalho sexual como meio de subsistência. Essa profissão, bastante estigmatizada em sociedade cristãs e/ou conservadoras, expõe essas mulheres a um risco ainda maior de violência de gênero por serem prostitutas, mulheres e imigrantes, elementos que as colocam em situação de vulnerabilidade múltipla.

O Brasil, de 2010 a 2019, recebeu novos fluxos migratórios, os quais contrariam as tendências das migrações Sul-Norte e se caracterizam por serem mais masculinizados. Esse fato fez com que as experiências migratórias femininas ficassem invisibilizadas, posto que, em números absolutos, as mulheres imigrantes contabilizavam, em média, um terço das entradas no País, bem como eram menos presentes no mercado de trabalho. Contudo, a partir da segunda metade da última década, até a chegada da pandemia da covid-19, ocorreu um aumento no número de mulheres imigrantes chegando ao País e se inserindo no mercado de trabalho^{18,19}.

Nesse período, a presença de imigrantes sul-americanas e caribenhas se tornou mais expressiva, destacando-se as haitianas e as venezuelanas, em sua maioria, jovens e solteiras. Os principais setores de ocupação para essas mulheres foram os serviços, especialmente a limpeza em espaços públicos e empresas. Pesquisa também revela disparidades salariais entre homens e mulheres imigrantes, além de variações nos rendimentos conforme a nacionalidade. De maneira geral, a média salarial das

mulheres imigrantes no Brasil gira em torno de dois salários mínimos^{10,19,20}.

A análise das dinâmicas de gênero no contexto da migração Sul-Sul revela, portanto, um cenário marcado por desigualdades estruturais que se intensificam nas condições de trabalho das mulheres imigrantes. Assim, a migração feminina não apenas reproduz as assimetrias de gênero historicamente construídas, mas também as amplia, colocando as mulheres imigrantes em situações de extrema vulnerabilidade. Além disso, o patriarcado, tão vivo na atualidade capitalista, coloca as mulheres em situação de desigualdade, seja no processo de produção, seja no de reprodução social².

A inserção no mercado de trabalho da mulher imigrante não é determinada apenas pelo gênero, mas também por uma complexa rede que inclui a origem nacional, a condição socioeconômica e a pertença étnica.

A seguir, explorar-se-á como a classe social e a raça-etnia influenciam a trajetória dos imigrantes no Brasil, destacando-se as barreiras estruturais que limitam suas oportunidades e perpetuam a exploração de sua força de trabalho. A análise dessas interseccionalidades permite uma compreensão mais abrangente das dinâmicas de precarização que afetam os imigrantes, sobretudo aqueles provenientes do Sul Global e como essas dinâmicas reforçam as desigualdades históricas no contexto da globalização neoliberal.

CLASSE SOCIAL, RAÇA-ETNIA E TRABALHO DA MULHER IMIGRANTE

A interpretação dos fenômenos sociais à luz do marxismo clássico recorre à estratificação por classes sociais para determinar a posição dos indivíduos na sociedade, especialmente nas sociedades de classe. Essa categoria se encontra amplamente consolidada em estudos que adotam uma perspectiva histórica e dialética¹².

As classes sociais podem ser compreendidas como grupos ou estratos de indivíduos que se diferenciam pela posição objetiva que ocupam na estrutura produtiva da sociedade. Dessa

forma, o sistema de classes estabelece uma hierarquia, podendo ser definido como uma forma histórico-social de estratificação. Essa organização reflete as relações de poder e as desigualdades inerentes ao modo de produção, destacando como a posição ocupada na estrutura social influencia as condições materiais e as oportunidades de vida dos indivíduos²¹.

Além da classe social e do gênero, já abordados, a teoria da interseccionalidade se baseia também no marcador de raça-etnia. Inicialmente, é importante elucidar o conceito de racialização, entendido como os processos políticos, ideológicos e sociais que identificam e dicotomizam determinadas populações com base em suas características fenotípicas, sejam elas reais ou construções imaginárias. Tais processos atuam como mediadores das relações sociais entre brancos e não brancos, pois (re)produzem e sustentam hierarquias sociais fundamentadas em perspectivas discriminatórias. No caso do Brasil, os processos de racialização estão profundamente enraizados na ideia de branqueamento da população²²⁻²⁴.

Historicamente, a lógica higienista europeizante, ao impor a extinção do estrato não branco da população por meio da miscigenação, gerou não apenas violências contra essa população, mas também dificuldades no campo das ideias, particularmente no debate sobre o estrato branco e seus privilégios. O legado dessa lógica continua a produzir efeitos na atualidade, como a perpetuação do racismo estrutural, gerando disparidades políticas e sociais entre grupos com esses marcadores de diferença, ou seja, entre brancos e não brancos. Essas dinâmicas, direta ou indiretamente, também reverberam sobre os imigrantes, influenciando suas experiências e inserção na sociedade^{24,25}.

No entanto, a par de processos migratórios deletérios, no Brasil, parece existir um processo migratório bem-vindo, que se caracteriza pela entrada de imigrantes qualificados-especializados. Essa modalidade de imigração ocorre, em geral, mas não somente, por meio de circuitos legalizados e de entrada facilitada para atuação em diversos setores de peso da

economia nacional. É representada oficialmente como um produto da forte seletividade do mercado de trabalho, bem como das diretrizes da política nacional de desenvolvimento, principalmente para suprir a falta, no País, de profissionais qualificados para atuação em setores específicos³.

Essa tendência reflete uma seletividade do mercado de trabalho, alinhada às diretrizes de políticas nacionais de desenvolvimento, que buscam atrair mão de obra qualificada para áreas onde há escassez de profissionais. No entanto, essa imigração bem-vinda não é apenas uma resposta às necessidades econômicas, mas também um fenômeno que evidencia interseccionalidades de classe social e raça-etnia, uma vez que os imigrantes qualificados do Norte Global são, geralmente, brancos e oriundos de países de alta renda.

Essa dinâmica sugere uma seleção baseada na interseção entre classe social e raça-etnia. A preferência por imigrantes do mundo desenvolvido, associada ao perfil racial predominante nesses fluxos, reforça a hierarquização da força de trabalho no Brasil. Enquanto imigrantes brancos e com um perfil qualificados-especializados de países do Norte Global ocupam posições privilegiadas no mercado de trabalho, aqueles provenientes do Sul Global, especialmente negros e indígenas, enfrentam barreiras estruturais e de qualificação que os relegam a ocupações precárias e mal remuneradas.

Assim, a posição dos países na divisão internacional do trabalho os coloca historicamente em uma conjuntura de desigualdade, em particular com o processo colonial e neocolonial, determinando a racialização de povos e culturas, e a inferiorização e a discriminação decorrentes, as quais visam desvalorizar a força de trabalho.

A REALIDADE RESSALTADA

A realidade migratória no Brasil é marcada por uma predominância de imigrantes do Sul Global, que representam a maior parte dos

fluxos recentes. De acordo com o Relatório da Imigração no Brasil, disponível no Portal de Imigração Laboral, vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, em 2023, citado por Vendramini², foram quase 400 mil movimentações de trabalhadores imigrantes internacionais no mercado formal brasileiro, com 47,2 mil vagas criadas para essa força de trabalho. Pelo segundo ano consecutivo, foram observados aumentos tanto na movimentação quanto nos postos de trabalho criados para imigrantes. Em relação às nacionalidades, além da permanência dos venezuelanos no primeiro posto, destaca-se a presença de cubanos, argentinos, paraguaios e angolanos. Quanto aos haitianos, que já foram a principal força de trabalho formal no País, pelo terceiro ano consecutivo, eles experimentam perdas de vagas².

O fluxo migratório haitiano é considerado o segundo maior deslocamento ao Brasil da última década. Dados indicam que mais de 100 mil haitianos migraram para o Brasil até 2018, sendo 64.628 homens e 30.869 mulheres, com predominância na faixa etária de 25 a 40 anos (57.385 pessoas)^{20,24,26-28}.

Esses números evidenciam a relevância dos haitianos na força de trabalho imigrante do Brasil, reforçando a centralidade dos fluxos do Sul Global. No entanto, também destacam as dificuldades enfrentadas por esses grupos, especialmente em um cenário marcado pela precarização e instabilidade laboral²⁰.

No caso das mulheres imigrantes haitianas, as reverberações da xenofobia racializada impactam significativamente a dificuldade de acesso a oportunidades de emprego. O preconceito étnico-racial, direta ou indiretamente, afeta essas imigrantes, uma vez que, devido ao seu fenótipo caracteristicamente negro, são também racializadas e vistas como inferiores com base no marcador social raça-etnia²⁷. Essa dinâmica reforça a exclusão e a marginalização dessas mulheres, que enfrentam barreiras adicionais para se inserirem no mercado de trabalho, perpetuando ciclos de desigualdade e discriminação, como uma espécie de criminalização.

A criminalização dos imigrantes forçados à clandestinidade é outro mecanismo que reforça sua inferiorização e exploração. Segundo Basso e Perocco²⁹, o racismo é uma relação social de opressão que se manifesta nas interseções entre classe, raça, nação e gênero. No contexto brasileiro, a estigmatização dos imigrantes do Sul Global, sobretudo os que chegam ao Brasil em péssimas condições socioeconômicas, legitima práticas discriminatórias que contribuem para sua exclusão do acesso a direitos básicos e os submetem a condições de trabalho e vida degradantes. Essa dinâmica não apenas perpetua as desigualdades históricas, mas também reforça a divisão internacional do trabalho vigente.

No extremo norte do Brasil, em relação às imigrantes venezuelanas que se veem obrigadas a trabalhar como profissionais do sexo, pesquisas evidenciam que elas enfrentam múltiplas discriminações: por serem prostitutas, venezuelanas, boa parte de ascendência indígena ou negra. Essa descrição se encontra presente em narrativas midiáticas locais que frequentemente reforçam estereótipos principalmente relacionados com o seu trabalho. Tais representações midiáticas não apenas legitimam práticas discriminatórias como também contribuem para a marginalização dessas mulheres que exercem seu trabalho de maneira degradante, expondo-as a situações de violência e exploração, além de dificultar seu acesso a direitos básicos^{6,30}.

Em Boa Vista, capital do estado de Roraima, embora não existam dados oficiais que comprovem, é perceptível que mulheres imigrantes enfrentam condições vulneráveis de vida e trabalho, incluindo o baixo valor recebido por seus serviços. Há indícios de que os salários pagos a essas trabalhadoras sejam inferiores aos que seriam oferecidos a brasileiras em posições semelhantes, refletindo uma dinâmica de exploração que se alimenta da precariedade social dessas mulheres. Além disso, a falta de documentação regular e o desconhecimento dos direitos trabalhistas podem contribuir para que se sujeitem a ocupações desvalorizadas,

mal remuneradas e condições desfavoráveis de trabalho, perpetuando o ciclo de vulnerabilidade. Essa realidade evidencia como as desigualdades de classe, gênero e raça-etnia, somadas à condição de imigrante, reforçam a marginalização dessas mulheres e a precariedade em termos de qualidade de vida.

Uma das consequências dessa condição multifacetária é a violência contra mulheres imigrantes em situações laborais precarizadas, como as que atuam na prostituição, a qual perpassa interseccionalidades de gênero e raça-etnia, o que intensifica sua vulnerabilidade a violências potenciais e reais. A discriminação baseada na nacionalidade, articulada ao classismo, machismo, racismo e à xenofobia, conforma um cenário em que, além da violência estrutural representada pela ausência de direitos, existem agressões de diferentes ordens tanto por parte da população nativa como por parte de agressores se aproveitam da condição de mulher imigrante, estrangeira, indígena ou negra para impetrar violências⁶. Essa sobreposição de opressões reflete as desigualdades estruturais que marcam o trabalho dessas mulheres, evidenciando como a interseção entre as categorias classe social, gênero e raça-etnia determinam diretamente as condições de vida e trabalho dessas mulheres, reforçando ciclos de exclusão e violência.

Considerações finais

Este ensaio pretendeu mostrar que a interseccionalidade entre gênero, classe social e raça-etnia revela como as mulheres imigrantes, especialmente as provenientes de países do Sul Global, enfrentam múltiplas formas de opressão, ocupando frequentemente ocupações precárias, informais e desvalorizadas. Tais formas de opressão são originárias da articulação estrutural entre o capitalismo neoliberal que determina desigualdades e iniquidades de classe; o androcentrismo que determina desigualdades e iniquidades de gênero; e o racismo-etnicismo que determina desigualdades

étnico-raciais, reforçando a marginalização dessas trabalhadoras no mercado laboral e, consequentemente, na vida.

Trata-se de um fenômeno profundamente marcado por interseccionalidades de gênero, raça-etnia e classe social. Tal precarização reforça ciclos de marginalização e desigualdade. A interseccionalidade entre esses marcadores sociais revela como as estruturas de poder e opressão se entrelaçam, perpetuando a subalternidade das mulheres imigrantes também em relação a vida laboral. A xenofobia, o racismo e o sexismo contribuem para que essas trabalhadoras sejam vistas como de menor valor. Assim, a precarização do trabalho não é apenas uma questão econômica, mas também um reflexo das desigualdades históricas e estruturais que marcam a divisão do trabalho.

A reflexão sobre a precarização do trabalho de imigrantes sob uma perspectiva interseccional se mostrou adequada para compreender como gênero, raça-etnia e classe social se entrelaçam, ampliando a vulnerabilidade desses grupos. Essa abordagem revelou a estigmatização, a violência e a marginalização

enfrentadas por essas mulheres, agravadas por sua condição de estrangeiras, pobres e, muitas vezes, racializadas.

Compreender a precarização do trabalho das mulheres imigrantes no Brasil exige, portanto, uma abordagem que considere as múltiplas opressões que essas mulheres enfrentam. A superação desse cenário demanda políticas públicas inclusivas, que garantam direitos trabalhistas, proteção social e combate à discriminação, além de uma mudança cultural que reconheça a dignidade e a humanidade de populações migrantes. Somente com ações efetivas e integradas será possível romper com as iniquidades que perpetuam a subalternidade e a exploração das mulheres imigrantes no contexto da migração Sul-Sul.

Colaboradores

Arruda-Barbosa L (0000-0002-2679-5898)*, Melo Filho JMM (0000-0001-5744-8648)* e Fonseca RMGS (0000-0001-9440-0870)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Villen PA. A face qualificada-especializada do trabalho imigrante no Brasil: temporalidade e flexibilidade. *Cad CRH*. 2017;30(79):33-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792017000100003>
2. Vendramini CR. A reprodução social dos trabalhadores imigrantes. *Serv Soc Soc*. 2025;148(3):e6628431. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.431>
3. Baeninger R. Estrangeiros autorizados a trabalhar no Brasil [Internet]. In: Baeninger R, Jakob AAE, organizadores. Estudos da demografia da base técnico-científica brasileira. Brasília: CGEE; 2010 [acesso em 2025 jun 22]. p. 443-507. Disponível em: <https://silos.tips/download/capitulo-5-estrangeiros-autorizados-a-trabalhar-no-brasil>
4. Arruda LB, Araujo AP. A migração boliviana para trabalho nas feiras livres de Corumbá-MS. *Rev GeoPantanal* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 jun 22];16(31):182-98. Disponível em: <https://www.periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/15419>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Silva LN, Barreto F, Barreto TM. Saúde e migração em Roraima: rede social migratória e impactos psicossociais na vida do migrante venezuelano enquanto trabalhador informal. *Saúde Redes*. 2021;6(3):207-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730>
6. Arruda-Barbosa L, Menegatti MS, Fonseca RM, et al. Violence suffered by Venezuelan immigrant female sex workers: an intersectional view. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20230282. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0282en>
7. Pachi P. A precarização do trabalho do imigrante haitiano em São Paulo. *Travessia Rev Migrante*. 2021;88:25-42. DOI: <https://doi.org/10.48213/travessia.i88.952>
8. Arruda-Barbosa L, Melo-Filho JM, Silva PS. Impacto das migrações forçadas na rotina de unidades hospitalares. In: Oliveira AB, organizador. *Hospitais seguros e resilientes: desafios e estratégias de preparação e resposta a emergências e desastres*. Curitiba: CRV; 2024. p. 303-320. DOI: <https://doi.org/10.24824/978652516889.0>
9. Arruda-Barbosa L, Sales AF, Torres ME. Impact of the venezuelan migration in the routine of a reference hospital in Roraima State, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190807. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190807>
10. Eberhardt LD, Miranda AC. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. *Saúde debate*. 2017;41(Esp 2):299-312. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S225>
11. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
12. Egry EY, Fonseca RM, Oliveira MA. Ciência, saúde coletiva e enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm*. 2013;66:119-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>
13. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex. *U Chi Legal F*. 1989;139.
14. Crenshaw K. Why intersectionality can't wait. *The Washington Post* [Internet]. 2015 set 24 [acesso em 2025 jun 22]; Opinion. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/in-theory/wp/2015/09/24/why-intersectionality-cant-wait/>
15. Oliveira E, Couto MT, Separavich MA, et al. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e180736. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>
16. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? *Rev Adm Contemp*. 2011;15(2):320-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>
17. Müller VB. Historicizando o conceito de gênero: da antropologia feminista à educação musical. *Rev da ABEM*. 2021;29:199-213. DOI: <https://doi.org/10.33054/ABEM20212911>
18. Tonhati TM, Macêdo M. Os impactos da pandemia de Covid-19 para as mulheres imigrantes no Brasil: mobilidade e mercado de trabalho. *Soc Estado*. 2021;36(3):891-914. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136030003>
19. Tonhati TM, Macêdo M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019) [Internet]. In: Cavalcanti L, Oliveira T, Macêdo M, organizadores. *Imigração e refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020*. Brasília, DF: OBMigra, Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral; 2020 [acesso em 2025 jun 22]. p. 41-111. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>
20. Eberhardt LD, Schütz GE, Bonfatti RJ, et al. Imigração haitiana em Cascavel, Paraná: ponto de convergência entre história(s), trabalho e saúde. *Saúde debate*. 2018;42(118):676-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811811>
21. Fonseca RM, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e

- método para a compreensão do processo saúde-doença [Internet]. In: Egry EY, Cubas MR, organizadoras. *O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC*. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná; 2006 [acesso em 2025 jun 22]. p. 19-61. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001590819>
22. Bento MA. Branqueamento e branquitude no Brasil [Internet]. In: Carone I, Bento MA, organizadoras. *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 2002 [acesso em 2025 jun 22]. p. 25-28. Disponível em: https://arquivos.ufrj.br/arquivos/2023019241f3403624781d570690fe5f6/Psicologia_Social_Do_Racismo_Estudos_Sobre_Branquitude_E_Branqueamento.pdf
 23. Cashmore E. *Dicionário das relações étnicas e raciais*. São Paulo: Summus; 2000.
 24. Gil PH, Pizzinato A. Análise psicossocial do processo migratório de haitianos(as) ao Brasil: uma perspectiva interseccional de raça-etnia, gênero e idade. *REMHU Rev Interdiscip Mobil Hum*. 2023;31(68):165-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006811>
 25. Oliveira L. *Imigrantes, xenofobia e racismo: uma análise de conflitos em escolas municipais de São Paulo [tese]*. São Paulo: Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica; 2019. 228 p.
 26. Instituto Migrações e Direitos Humanos, organizador. *Migrações, Refúgio e Apatridia. Guia para Comunicadores* [Internet]. [local desconhecido]: IMDH; 2019 [acesso em 2025 mar 12]. 28 p. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Cartilha-multilinguas-Web.pdf>
 27. Pizzinato A, Silveira T, Weber JL, et al. Mídias sociais e relações de apoio: redes da imigração haitiana. *Rev Psicol Polít*. 2022 [acesso em 2025 mar 12];22(54):378-393. Disponível em: <https://submission-pepsic.scieio.br/index.php/rpp/article/view/20334/1489>
 28. Cavalcanti L, Oliveira A, Macedo M. *Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020* [Internet]. Brasília, DF: OBMigra, Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral; 2020 [acesso em 2025 mar 7]. 276 p. Série Migrações. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/OBMigra_RELAT%C3%93RIO_ANUAL_2020.pdf
 29. Basso P, Perocco F. *Gli immigrati in Europa: Diseguglianze, razzismo, lotte*. Milano: Franco Angeli; 2003.
 30. Prado MM, Neves AP, Albuquerque NM. Xenofobia e violência de gênero: uma análise de manchetes veiculadas no webjornalismo brasileiro sobre mulheres venezuelanas. *Rev Interdiscip Direitos Humanos*. 2021;9(1):319-34. DOI: <https://doi.org/10.5016/ridh.v9i1.57>

Recebido em 31/03/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Políticas de saúde para trabalhadores e trabalhadoras do sexo: saúde, segurança e mercados do sexo

Health policies for sex workers: Health, safety, and the sex industry

Matheus Madson Lima Avelino¹, Matheus Oliveira Lacerda¹, Eliana Costa Guerra¹, Maria Ângela Fernandes Ferreira¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210528P

RESUMO Neste ensaio teórico, foram propostas reflexões sobre o trabalho sexual e suas interseções com as políticas de saúde do trabalhador e da trabalhadora, tendo como referência os eixos da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Teve por objetivo discutir de que forma o trabalho sexual contemporâneo impacta o processo saúde-doença-cuidado de profissionais do sexo, bem como analisar como as dinâmicas do mercado sexual geram demandas no campo político, social e da saúde desses sujeitos. Defende-se a importância de se abordar o trabalho sexual em uma perspectiva ampliada, considerando as relações de produção do trabalho e os marcadores sociais da diferença e em perspectiva transversal nas políticas de saúde, como estratégia para legitimar o trabalho sexual assegurando direitos e cidadania.

PALAVRAS-CHAVE Profissionais do sexo. Saúde do trabalhador. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT *This theoretical essay examines sex work and its intersections with occupational health policies, framed by the thematic axes of the 5th National Conference on Workers' Health. It aims to discuss how contemporary sex work impacts the health-disease process and healthcare access for sex workers, while analyzing how sexual market dynamics generate political, social, and health demands for these individuals. The study advocates for addressing sex work through an expanded perspective that incorporates labor relations of production and social markers of difference, arguing for its cross-cutting integration into health policies as a strategy to legitimize sex work while ensuring rights and citizenship.*

KEYWORDS Sex workers. Occupational health. Sexual and gender minorities.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
matheusmadson.dm@gmail.com



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Desde 2002, a categoria profissional do sexo é reconhecida como trabalho ligado à prestação de serviços pelo Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO)¹. Todavia, apesar dos avanços nos debates sobre diversidade sexual, direitos sexuais e justiça erótica nas últimas décadas², o tema do trabalho sexual continua produzindo diversas tensões. Muito embora o mercado do sexo movimente bilhões internacionalmente e tenha, ainda, atualizado e diversificado as formas de trabalho sexual para além da prostituição³, as políticas públicas, especialmente de saúde, não deram conta de acompanhar tal movimento. Isso porque, como afirma Ferreira⁴, o trabalho sexual se encontra nas fronteiras entre o informal, o ilegal e o ilícito.

Diante da iminente 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), são propostas reflexões sobre o trabalho sexual e suas interseções com a saúde do trabalhador e da trabalhadora, a fim de pensar em suas demandas de forma ampla. As questões disparadoras deste ensaio são: de que forma trabalhadores(as) do sexo têm sido abordados(as) nas políticas de saúde? Como suas demandas se interseccionam com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)? Foram elencados como objetivos: discutir como as formas de trabalho sexual na contemporaneidade implicam a produção de saúde-doença-cuidado de trabalhadores(as) do sexo e debater como as dinâmicas do mercado do sexo atualizam as demandas destes(as) em diálogo com os eixos da 5ª CNSTT.

Para alcançar tais objetivos, propõe-se este ensaio teórico, organizado em três linhas temáticas, a saber: i) perspectivas em torno do trabalho sexual e do mercado do sexo, em que são abordadas as distintas perspectivas teóricas em disputa sobre o trabalho sexual, bem como são discutidas questões emergentes sobre o mercado sexual contemporâneo; ii) trabalhos no mercado do sexo e a produção de

saúde, em que são explorados os distintos trabalhos sexuais e as dinâmicas desse mercado em meio às formas de produção e precarização do trabalho, e como estas envolvem a produção de saúde-doença-cuidado dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo, partindo de uma revisão de estudos etnográficos e teóricos; iii) políticas de saúde para trabalhadores e trabalhadoras do sexo: rumo à 5ª CNSTT, em que são debatidos como os trabalhadores e as trabalhadoras do sexo têm sido abordados nas distintas políticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), como essa pauta foi articulada nas últimas CNSTT, a partir de seus relatórios, dialogando com eixos da 5ª CNSTT.

A emergência dessa discussão se justifica pela escassez de estudos que abordem o trabalho sexual no campo da saúde coletiva sem se orientar, exclusivamente, pela perspectiva da prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)³⁻⁵, e que atualizem as questões sobre o trabalho sexual para além das antigas formas de prostituição, discutindo as novas relações de trabalho no mercado sexual^{6,7}. Emerge da necessidade de reflexões sobre a lacuna assistencial existente na atenção à saúde de trabalhadores e trabalhadoras do sexo, bem como sobre a desestigmatização do trabalho sexual, o que implica o papel das políticas de saúde em legitimar o trabalho sexual.

Perspectivas em torno do trabalho sexual e do mercado do sexo

O reconhecimento do trabalho sexual dentro da própria categoria trabalho é um importante mérito do movimento social de prostitutas, cujo início, no Brasil, data das décadas de 1970 e 1980, quando as trabalhadoras do sexo, incluindo as travestis profissionais do sexo, protagonizaram movimentos de resistência à repressão policial e de luta por suas cidadanias^{8,9}. O reconhecimento no CBO foi apenas uma das vitórias diante das reivindicações

levantadas. De fato, nessa época, além de se organizarem em prol de seu reconhecimento, o movimento também se articulava na luta contra a epidemia de HIV/aids⁹.

Apesar disso, tal reconhecimento, por si, só não assegurou melhorias nas condições de vida e de trabalho para profissionais do sexo, o que demanda, portanto, a formulação de políticas públicas¹. Esse foi o mote principal no início dos anos 2000, quando houve distintas propostas para regulamentar a profissão, seja por uma via criminalizante, como no caso do Projeto de Lei (PL) nº 2.169/2003, que visava criminalizar tanto clientes quanto profissionais, seja pelos PL nº 98/2003 e PL nº 4.211/2012 (Lei Gabriela Leite), que buscavam regulamentar a atividade, garantindo a exigibilidade do pagamento por serviços sexuais, a aposentadoria e os avanços no combate à exploração sexual¹.

No entanto, por que falar de trabalho sexual, mercado do sexo, e não apenas de prostituição? O termo 'prostituição' tornou-se insuficiente para descrever os diversos tipos de trabalhos sexuais existentes¹⁰. Nesse sentido, para conceituar o trabalho sexual tal como se compreende neste ensaio, é feito recurso aos estudos teóricos, particularmente, trabalhos etnográficos sobre prostituição feminina¹¹⁻¹³ e masculina^{5,7,14}, a indústria pornográfica^{3,15} e o mercado digital do sexo^{4,6}.

O trabalho sexual, então, engloba a troca de prazeres por meio da realização de serviços sexuais, sensuais e afetivos, assim como performances eróticas e sexuais com a finalidade de excitação, que ocorrem de forma tarifada, em função de recompensas materiais, monetárias ou de bens, assim como de atos, serviços ou favores. Essa é uma tentativa de sintetizar as relações estritamente comerciais, bem como aquelas que não envolvem contratos comerciais explícitos e que trazem consigo sentidos de 'ajuda' ou empreendimento afetivo^{10,14}.

Nessa definição, portanto, são trabalhadores do sexo tanto aqueles que estão no CBO 5198, como os garotos(as) de programa, michês e prostitutas, quanto *escorts* ou acompanhantes, atrizes e atores pornográficos, assim como

strippers e *performers* de dança erótica, de shows de sexo ao vivo ou *streamers* de plataformas digitais de *Webcamming* (WEC) ou criadores de conteúdo adulto^{3,6}.

Tomar essa diversidade de trabalhos sexuais requer também assumir a existência de toda uma indústria sexual. Tal termo se refere a trabalhadores, gerentes, proprietários e estabelecimentos que envolvem o comércio sexual legal ou ilegal³. No Brasil, adotou-se a ideia de mercado do sexo, privilegiando as relações de demanda-oferta e suas dinâmicas de organização e relações, principalmente, de circulação e de agenciamentos dos sujeitos e da dimensão simbólica da troca, não somente comercial¹⁰. Essa compreensão também implica entender que outros trabalhos e empregos estão direta e indiretamente ligados ao mercado do sexo, como é o caso dos cafetões e cafetinas, gerentes, vendedores e recepcionistas de bares, casas de *drinks*, saunas, boates, bordéis e cabarés, assim como seguranças, motoristas, e, no caso da pornografia, fotógrafos, cinegrafistas, diretores e editores de vídeos. Ainda no caso das plataformas, incorporam-se os seus proprietários, que também se articulam ao mercado financeiro que recebe aportes criados no mercado do sexo^{16,17}.

Embora seja fundamental conceituar o trabalho sexual seja fundamental, é importante compreender sua fluidez e dinâmica, podendo ocorrer de forma esporádica e frequentemente conciliada com outros tipos de trabalhos, como no caso de mulheres cisgêneras, que o combinam com o trabalho doméstico¹³, ou envolvendo homens trabalhadores como motoristas, seguranças e flanelinhas próximos a estabelecimentos do mercado sexual homoerótico. Nesses casos, as práticas sexuais comerciais podem ocorrer esporadicamente, assumindo o caráter de complementação de renda¹⁸.

Dada a diversidade de serviços e possibilidades de atuação, o trabalho sexual apresenta dinâmicas próprias de produção de saúde-doença-cuidado, gerando tanto vulnerabilidades e exploração quanto benefícios, impactando diretamente as necessidades de saúde dos

trabalhadores. Nesse sentido, para compreender como o trabalho sexual se relaciona com a produção de saúde dos trabalhadores, é necessário conhecer as diferentes perspectivas teóricas de abordagem do trabalho sexual, havendo três paradigmas principais para sua análise: o da opressão, o do empoderamento e o polimórfico³.

De forma sintética, o paradigma da opressão argumenta que o trabalho sexual reafirma as estruturas patriarcais, e que exploração, violência e vulnerabilidade são condições inerentes a ele, defendendo sua erradicação^{3,11}. Este vê a violência sexual na infância como ‘fator etiológico’ para o trabalho sexual, especialmente, para as mulheres, considerando-o uma patologia que degrada sua moral e autoestima, levando-as a submeterem-se ao trabalho no sexo¹³. Por sua vez, o paradigma do empoderamento entende o trabalho sexual como uma oportunidade que pode ser valorizante e empoderadora. Ele nega que a vulnerabilidade seja inerente ao trabalho, comparando-o com outros tipos de trabalho que envolvem vulnerabilidades semelhantes, para relativizar o sexo como profissão^{3,10}.

Ambas as perspectivas oferecem visões totalizantes sobre o trabalho sexual: enquanto uma o vê como problema, a outra o vê como oportunidade³. O paradigma da opressão baseia-se nas histórias mais ‘trágicas’ do trabalho sexual sobre tráfico e exploração, enquanto o paradigma do empoderamento enfoca ‘casos de sucesso’ e ascensão social³. Nos dois casos, são negligenciadas questões estruturais que afetam o trabalho sexual, como as legislações regulamentadoras, além de fatores de raça, classe social, orientação sexual e identidade de gênero, que podem gerar vulnerabilidades ou facilitar o sucesso e a ascensão dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo.

Na prostituição de rua, ser uma travesti envolve vulnerabilidades que não são as mesmas de um michê que trabalha em uma sauna, assim como a realidade de uma mulher cis que faz WEC de sua própria casa ou um homem trans que grava cenas de sexo e pode

escolher suas parcerias. Essas diferenças não são apenas contextuais, mas derivam de histórias de vida distintas, que colocam esses sujeitos em diferentes espaços e condições de trabalho sexual.

Outro exemplo é a projeção de corpos racializados na indústria pornográfica que ocorre de forma assimétrica, com a valorização de corpos brancos e jovens em filmes *mainstream*, enquanto corpos negros são frequentemente limitados a nichos específicos ligados a estereótipos racistas¹⁵.

Mesmo diante de contextos de vulnerabilidades e hierarquizações, os sujeitos ainda mantêm sua agência e a capacidade de resistir às opressões, conseguindo navegar e manobrar diante de condições adversas. Essas observações refletem as limitações das perspectivas essencialistas do trabalho sexual e representam importantes inflexões para esse campo. Para imigrantes trabalhadoras do sexo na Europa, por exemplo, nem sempre o trabalho sexual era visto como a última opção, tampouco confirmava a narrativa de uma saída forçada dos lares¹¹. Muitas vezes, o trabalho sexual é apenas um entre outros trabalhos possíveis, sendo escolhido em detrimento do trabalho doméstico.

Não se pretende aqui negar uma realidade em benefício da outra, pois isso constituiria um equívoco epistêmico, mas sim evidenciar as limitações de ambas as abordagens para compreender o fenômeno do trabalho sexual – especialmente porque compartilham fragilidades semelhantes. Em outras palavras, não se trata de ignorar a existência do tráfico de pessoas para fins de exploração sexual nem de romantizar o trabalho sexual como sucesso garantido. Não se busca, tampouco, essencializar o trabalho sexual. Por essa razão, a terceira via de análise, o paradigma polimórfico, revela-se mais adequada, sobretudo, para refletir sobre os processos de produção de saúde, adoecimento e cuidado entre trabalhadores e trabalhadoras do sexo.

Esse paradigma sustenta que as condições de vulnerabilidade ou de benefício para

trabalhadores e trabalhadoras do sexo são determinadas por uma complexa interação entre relações de poder, estruturas sociais, características do trabalho sexual e a capacidade de agência ou sujeição, bem como pela satisfação com o próprio trabalho³. Ao ampliar a compreensão sobre o trabalho sexual, suas repercussões sociais, políticas e, especialmente, na saúde, esse olhar propõe singularizar as experiências, considerando essa rede intrincada de interações em vez de buscar representações totalizantes.

Os trabalhos no mercado do sexo e a produção de saúde

O olhar complexo do paradigma polimórfico permite compreender de forma mais abrangente o processo de saúde-doença-cuidado entre trabalhadores e trabalhadoras do sexo. Em vez de uma simples listagem de prós e contras ou de uma caracterização epidemiológica baseada em fatores de risco e proteção, se busca-se aqui elencar elementos fundamentais para uma reflexão sobre a saúde desses profissionais, assim como sobre a formulação de políticas de saúde voltadas às suas necessidades.

As vulnerabilidades relativas ao trabalho sexual possuem causas multifatoriais e estão relacionadas com a natureza do trabalho e com as condições estruturais do serviço, não sendo, portanto, essencialmente parte do trabalho sexual. Profissionais do sexo em contexto de rua, especialmente travestis e mulheres trans, apresentam maior vulnerabilidade a violências físicas, roubos e assassinatos, agravadas por marcadores de gênero^{12,13}. Embora figuras como cafetões ou seguranças em estabelecimentos comerciais (bordéis, saunas, ou mesmo na rua) possam mitigar riscos de agressão física, persistem ameaças como assédio sexual e danos psicoemocionais³. Por seu turno, o trabalho sexual digital, mesmo que reduza violências presenciais, expõe profissionais a perseguições virtuais e assédio on-line, ainda que ofereça vantagens na flexibilidade geográfica e

temporal. Ambos os contextos, físico e virtual, perpetuam riscos de exploração laboral, tanto pela subordinação a um gerente quanto a uma plataforma^{4,17}. Independentemente do local, a exploração sexual configura-se, portanto, como violação de direitos possíveis a diferentes modalidades de trabalho.

A violência estrutural e a vulnerabilidade socioeconômica elevam o risco das IST entre trabalhadores e trabalhadoras do sexo, uma vez que contextos de violência limitam a negociação do uso de preservativos – especialmente para profissionais em extrema precariedade, que trocam serviços sexuais por subsistência básica³. Esses riscos são agravados por barreiras de acesso à saúde, como violência institucional e medo de discriminação¹⁹. As situações são ainda mais graves para trabalhadores e trabalhadoras lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgêneros (LGBT+), dadas as barreiras ligadas à LGBTfobia, que dificulta o acesso a Profilaxias Pré e Pós-Exposição ao HIV (PrEP/PEP) e outros serviços essenciais²⁰. É comum estabelecimentos como saunas e bares oferecerem preservativos e promoverem campanhas de prevenção, diferentemente do contexto de rua que depende da ação principalmente das associações e da articulação entre pares para a troca de informações e cuidado em saúde²¹.

A autonomia para escolher clientes ou práticas sexuais varia conforme o ambiente de trabalho: na pornografia, empresas realizam testagens prévias, mas limitam a escolha de práticas e parceiros¹⁵, enquanto profissionais em plataformas digitais têm maior flexibilidade por estarem no controle dessa questão. Já nos cenários de rua e estabelecimentos comerciais, como saunas, bares e bordéis, a subordinação a gerentes e à exploração sexual pode impedir a seleção de clientes em decorrência das relações de poder estabelecidas, perpetuando vulnerabilidades³. Essa autonomia no trabalho sexual relaciona-se com a autossatisfação no trabalho, estando diretamente ligada a questões relativas à saúde mental e ao adoecimento psíquico de trabalhadores e trabalhadoras do sexo³.

A saúde mental é, portanto, uma questão central no trabalho do sexo. Algumas modalidades de trabalho não envolvem contratos sexuais explícitos, priorizando um envolvimento afetivo, como no caso de acompanhantes de luxo e *escorts*^{3,22}. Esses(as) trabalhadores(as), remunerados(as) para experiências socioafetivas (não necessariamente sexuais), mesmo com maior rendimento, enfrentam riscos como chantagens, perseguições e violências psicológicas ou físicas por parte de clientes, especialmente, durante a interrupção contratual²².

Algumas modalidades do trabalho sexual associadas ao uso de drogas – como o *chemsex* – aumentam o risco de consumo abusivo de álcool e de outras substâncias, especialmente na prostituição masculina²³. Essa dinâmica prejudica a negociação de métodos preventivos durante os programas. Na pornografia *mainstream*, embora seja comum o uso de medicações para melhora da *performance* sexual, como para promover ereção peniana ou analgésicos para aumentar tolerância à dor¹⁵, o abuso sistemático é raro. A despeito dos casos de uso abusivo nesses contextos, é um mito afirmar que o trabalho sexual seja empreendido para sustentação de vícios em drogas²², sendo esse um dos discursos utilizados para deslegitimar e estigmatizar o trabalho sexual, assim como para uma suposta relação com a criminalidade.

Por certo, o entrecruzamento com contextos marginalizados existe – especialmente nas chamadas ‘bocas’, territórios nas margens morais entre norma e desvio, nos quais se articulam processos de vulnerabilização relacionados com a classe, como explorado por Perlongher¹⁴, em seu trabalho seminal sobre prostituição viril. Todavia, essa realidade heterogênea não deve ser tomada como essência. Essa é uma realidade combatida pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras em distintas localidades^{12,13}.

Da mesma forma que os contextos específicos produzem vulnerabilidades no exercício do trabalho sexual, tais contextos também produzem benefícios para o trabalho sexual.

Fatores positivos que geram maior auto-satisfação proporcionam oportunidades de ascensão, segurança e suporte psicossocial e, portanto, qualidade de vida aos trabalhadores e às trabalhadoras do sexo – além de, em alguns casos, menor estigma, preconceito e maior legitimidade social²².

O cenário político e social de um país influencia tanto a percepção social sobre o trabalho sexual e seus profissionais quanto a autopercepção destes. Em contextos nos quais a atividade é regulamentada, observa-se uma avaliação mais positiva de trabalhadores e trabalhadoras do sexo, que também relatam maior satisfação²². Nesse sentido, a autorrealização no trabalho sexual, ainda que frequentemente obscurecida pelo estigma que associa a profissão à degradação moral, manifesta-se de forma particularmente evidente em experiências de trabalhadores e trabalhadoras transgêneros no mercado do sexo^{12,13,21}. Essa dualidade revela que, mesmo sob pressões estruturais, a profissão pode oferecer espaços de afirmação de si e realização pessoal.

Um estudo etnográfico¹² com travestis na prostituição de rua evidenciou que o trabalho sexual fortaleceu sua autoconfiança, autoestima e possibilitou a fuga de contextos familiares violentos, além de possibilitar suas transformações corporais por meio dos ganhos materiais, assim como também a socialização com outras travestis. Esses achados alinham-se ao de outro estudo²⁴ realizado com homens trans atuantes em WEC que demonstrou que o trabalho sexual contribuiu para a legitimação de suas masculinidades. Em ambos os casos, o reconhecimento produzido pelo desejo erótico de clientes – homens heterossexuais que desejavam travestis enquanto mulheres e homens gays cisgêneros que desejavam homens trans – contribuiu para a legitimação de suas identidades de gênero^{12,24}. Contudo, não se pretende romantizar o trabalho sexual de pessoas trans, pois entende-se que, para muitas destas, a inserção nesse mercado não é uma escolha autônoma, mas uma resposta às violências vividas.

Os benefícios do trabalho sexual incluem: flexibilidade de horários/locais, escolha de clientes, anonimato, gestão autônoma do negócio e segurança em algumas modalidades; além de ganhos socioeconômicos, como ascensão social (acesso a renda, moradia e educação), bens materiais (presentes, viagens) e redes de apoio afetivo – incluindo a possibilidade de construir relações românticas^{3,11-14,22}. Esses fatores desafiam a narrativa vitimizante sobre trabalhadores e trabalhadoras do sexo, sobretudo migrantes – frequentemente retratados apenas como vítimas de redes clandestinas¹¹. Nesse contexto, as viagens não só ampliam oportunidades de renda em novas localidades, mas também reconfiguram experiências identitárias e laborais¹⁸.

Etnografias com homens no mercado do sexo¹⁸ demonstram que garotos de programa constroem redes de afetos que oferecem suporte emocional, logístico e afetivo – desde moradias compartilhadas até relacionamentos românticos entre michês, fundamentais para inserção e permanência no mercado do sexo. Em outro estudo etnográfico com travestis²¹, a ideia de ‘irmandade’ é considerada fundamental para que as travestis trabalhadoras do sexo circulem entre si cuidados em saúde e informações sobre prevenção em uma perspectiva de cuidado mútuo.

O trabalho na pornografia pode ocorrer simultaneamente a outras atividades sexuais e, em muitos casos, é bem remunerado, a depender do tipo de cena gravada, do público-alvo e, principalmente, de marcadores como gênero, raça e classe, como já discutido. Em estudo etnográfico realizado na indústria pornográfica¹⁵, é demonstrado que, para algumas trabalhadoras, a pornografia representou uma oportunidade de mudança de vida, especialmente, ao proporcionar maior independência financeira, permitindo a aquisição de imóveis, abertura de negócios e, em alguns casos, a saída do trabalho sexual. Além disso, a atuação nas indústrias pornográficas *mainstream* contribui para aumentar a visibilidade de garotos e garotas de programa no mercado do sexo,

ampliando tanto a procura por seus serviços quanto os valores cobrados¹⁵.

Por fim, é fundamental refletir sobre como as vulnerabilidades e os benefícios associados ao trabalho sexual se inserem no contexto do capitalismo tardio. Isso exige compreender de que forma o mercado do sexo tem acompanhado tanto as rupturas quanto as continuidades na ‘nova morfologia do trabalho’, nas hodiernas sociedades capitalistas, especialmente no cenário atual de plataformação do trabalho^{4,17}.

A internet e as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) transformaram as relações entre o real e o virtual, especialmente, no mercado do sexo, exigindo cada vez mais a presença de profissionais do sexo no meio digital, seja para a comercialização de serviços, seja para a venda de conteúdos e o exercício do trabalho erótico⁴. No Brasil, esse mercado tem crescido e se expandido, impulsionado principalmente pela indústria pornográfica, influenciando inclusive os modelos de pagamento adotados em outras áreas⁶. Ao concentrarem infraestrutura e regular formas de pagamento e políticas de adesão, as plataformas digitais reconfiguram as relações de trabalho sexual⁴. Nesse contexto, trabalhadores do sexo são levados a assumir o papel de empreendedores sexuais, cada vez mais dependentes da construção de uma marca pessoal. Assim, as plataformas transferem múltiplas responsabilidades aos profissionais, que passam a gerar lucros principalmente para as empresas, e não necessariamente para si mesmos^{4,16,17}.

Na contemporaneidade capitalista, o avanço do empreendedorismo está relacionado com o disciplinamento da força de trabalho na atual fase do neoliberalismo. Se outrora o desemprego foi uma forma de disciplinamento da força de trabalho, sendo encarado como algo natural e um fator inerente à sociedade, que produzia as condições para que os trabalhadores aceitassem formas cada vez mais precarizadas de trabalho, hoje soma-se a isso o apagamento jurídico fictício da relação de subordinação

do trabalho ao capital, por meio do processo de precarização sob o manto do chamado empreendedorismo¹⁶.

No contexto dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo, embora o trabalho, especialmente o digital, ocorra muitas vezes em uma modalidade 'autônoma', há, na verdade, uma relação desregulamentada em que parte do valor do seu trabalho é direcionado para o lucro da plataforma na qual oferece seus serviços²⁴. Além disso, os trabalhadores e as trabalhadoras do sexo autônomos precisam arcar com os custos dos seus próprios instrumentos de trabalho (cenário, figurino, computador, câmera fotográfica etc.), muitas vezes realizando outras tarefas relacionadas, como edição de imagens e vídeos, produção de conteúdos de divulgação ou outras atividades necessárias à administração de salas virtuais de *camming*²⁵.

Nesse tipo de negócios, os capitalistas transferem os custos dos meios de produção para os trabalhadores e as trabalhadoras e se desresponsabilizam por garantir direitos trabalhistas básicos, como férias remuneradas, aposentadoria e afastamento por saúde, reduzindo custos e maximizando os lucros das plataformas^{17,25}. Esse processo contemporâneo – marcado pela eliminação de direitos, transferência de riscos e estabelecimento de novos arranjos produtivos, com gestão flexível e controle da força de trabalho – é denominado *uberização*¹⁶, tendência que se expande nas relações no mercado do sexo^{17,25}.

A teoria da determinação social da saúde evidencia como o acesso à renda e as relações de trabalho impactam nas condições de saúde. Para além do estabelecimento de causalidades lineares entre variáveis sociais e agravos, essa teoria busca apreender processos sociais concretos como síntese de múltiplas determinações²⁶. No caso de trabalhadores e trabalhadoras do sexo, o processo saúde-doença-cuidado é determinado por relações de trabalho (contratos, remuneração, vínculos, condições) e marcadores sociais como gênero, raça e orientação sexual.

Trabalhos como *freelancers* ou realizados por homens brancos em agências de *escorts* tendem a ser mais bem remunerados, seguidos por trabalhos em estabelecimentos como casas de massagem ou como *performers*, que figuram dentre os mais bem pagos. As remunerações mais baixas, por sua vez, costumam estar associadas a atividades realizadas em bares, bordéis e na rua^{3,22}. Outras implicações, para além da remuneração, como a exposição a situações de violência, tornam-se ainda mais intensas quando o trabalho é realizado por uma travesti negra por exemplo. Essa 'pirâmide' também está relacionada com a probabilidade de exploração por terceiros e à possibilidade de conquistar uma clientela fixa ou estabelecer relacionamentos afetivos – o que é menos provável na prostituição de rua^{3,22}.

Com base na análise empreendida, é possível afirmar que as condições de vida, saúde, adoecimento e cuidado de trabalhadores e trabalhadoras do sexo resultam da articulação entre múltiplas determinações sociais e as possibilidades de agenciamento desses sujeitos. Concluída essa exploração sobre a produção de saúde-doença-cuidado, propõe-se, a seguir, a tarefa central deste ensaio: articular essas demandas aos eixos 5^a CNSTT.

Políticas de saúde para trabalhadores e trabalhadoras do sexo: rumo à 5^a CNSTT

O esforço de articulação entre as necessidades e demandas de trabalhadores e trabalhadoras do sexo e a discussão a ser construída na 5^a CNSTT se mostra fundamental, uma vez que tais profissionais são, em geral, mencionados de forma tangencial nos documentos e diretrizes, o que reforça a urgência desse debate.

A postura do Estado diante do trabalho sexual, especialmente da prostituição, sempre combinou ações policiais, jurídicas e de saúde pública^{1,8,9}. Um exemplo emblemático foram

as chamadas ‘operações limpeza’, conduzidas pela polícia civil durante a ditadura militar brasileira, que evidenciaram uma política de perseguição ostensiva a sujeitos dissidentes das normas de sexo/gênero. Essas ações, sob o pretexto de combater a ‘vadiagem’, buscavam remover de forma truculenta prostitutas, travestis e homossexuais do centro de São Paulo⁹. No entanto, bem antes desse período, o discurso higienista da saúde pública já operava formas de controle sobre o trabalho sexual.

A prostituição era concebida como uma patologia e associada à sífilis, a justificar práticas de vigilância institucional como exames compulsórios e internações forçadas de profissionais do sexo sob a alegação de controle da infecção²⁷. Essas concepções colocaram em jogo distintas perspectivas de controle sobre o trabalho sexual, que, ademais, foi utilizado como bode expiatório pelas elites para criminalizar as classes populares marginalizadas^{9,27}.

Na contemporaneidade, tais processos continuam a ocorrer. Em geral, trabalhadoras e trabalhadores do sexo são mencionados de forma tangencial em políticas e programas de saúde e, na maioria das vezes, associados à prevenção das IST²⁸⁻³⁰. Tomam-se como exemplos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)²⁸ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)²⁹. Estas duas são as únicas que mencionam explicitamente trabalhadoras do sexo, contudo, em associação à vulnerabilidade às IST²⁸⁻³⁰.

Aponta-se que outros eixos dessas políticas poderiam dialogar com as demandas específicas de trabalhadores e trabalhadoras do sexo como as questões reprodutivas. Todavia, nota-se a ausência de abordagens que contemplem temas como contracepção e, sobretudo, o aborto entre profissionais do sexo, tanto para mulheres cis quanto para homens trans. Tais questões constituem demandas urgentes que poderiam ser mais bem exploradas no âmbito da atenção reprodutiva.

Partindo, então, para os programas específicos de prevenção às IST, trabalhadoras e trabalhadores do sexo são abordados na categoria de ‘população-chave’, “segmentos populacionais-chave que apresentam maior prevalência de HIV em relação à população geral”³⁰⁽¹⁸⁾. Por serem considerados prioritários para essas ações, têm garantido o acesso a medidas como PrEP/PEP³⁰.

A invisibilidade do trabalho sexual nas políticas de saúde se acentua ao se observar que o trabalho sexual masculino é totalmente ausente, tanto na PNSILGBT³⁰ quanto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem³¹. Embora a categoria ‘Homens que fazem sexo com Homens’ (HsH) seja usada para incluir trabalhadores do sexo masculino, ela negligência as diversidades sexuais e especificidades do trabalho sexual³². Além disso, essa categoria homogeneiza as experiências masculinas ao assumir um modelo cisgênero, sendo também utilizada para negar a identidade de gênero de mulheres trans e travestis, que, por serem designadas como do sexo masculino ao nascimento, foram incluídas na categoria, excluindo homens trans.

Pensar na atenção integral para profissionais do sexo constitui uma urgência no âmbito de políticas transversais; assim, revela-se importante incluí-los explicitamente nas políticas existentes. É nesse ponto que a articulação entre a PNSTT e o trabalho sexual se torna relevante, uma vez que a invisibilidade dos profissionais do sexo nas políticas de saúde contribui para a deslegitimação do trabalho sexual. Além disso, limitar a abordagem do trabalho sexual à prevenção das IST, ao risco de violências e ao uso abusivo de álcool e outras drogas reforça o estigma sobre o trabalho sexual, apagando as necessidades amplas de saúde de trabalhadores e trabalhadoras do sexo.

Ainda que os profissionais do sexo tenham sido explicitamente mencionados apenas no relatório da 4^a CNSTT³³, suas demandas sempre estiveram presentes nas conferências anteriores, especialmente aquelas que

abordaram o trabalho informal e a precarização. A 1ª CNSTT³⁴ marcou a superação da saúde ocupacional em favor da saúde do trabalhador, enfatizando as condições de trabalho e sua regulamentação, propiciando o debate da regulamentação do trabalho sexual. Além disso, questões como a descriminalização do aborto e a necessidade de creches se destacam como interseções importantes para as trabalhadoras do sexo, mulheres cis ou homens trans.

Nas conferências seguintes^{35,36}, temas como a universalização das ações de saúde do trabalhador, a integralidade e a transversalidade das políticas de saúde ganharam maior visibilidade. A ampliação das ações voltadas para o trabalho informal, as doenças relacionadas ao trabalho e a inclusão da dimensão do trabalho nas políticas de atenção integral são questões que também se aplicam ao trabalho sexual.

A participação social é transversal em todas as CNSTT, contudo, a ausência das entidades do movimento social de trabalhadores e trabalhadoras do sexo nas conferências resultou na não inclusão de demandas legítimas desses trabalhadores. A menção à prostituição e ao trabalho sexual surgiu de forma explícita somente na 4ª CNSTT³³, quando temas como diversidade de gênero e combate à LGBTIfobia foram abordados, notando-se a presença de entidades dos movimentos feministas, negros e de pessoas trans. Esse foi o momento em que se começou a levantar a proposta de “reconhecimento da prostituição como trabalho e a retirada da temática da esfera criminal”³³⁽¹⁰¹⁾.

Com o tema ‘Saúde do trabalhador e da trabalhadora como um direito humano’, a 5ª CNSTT atualiza as questões trabalhistas no contexto do capitalismo subordinado e dependente, incluindo debates sobre uberização, pejotização e plataformização do trabalho³⁷. A conferência destaca o papel do Estado na garantia da dignidade e da saúde de todos os trabalhadores, além de discutir a redução dos riscos no trabalho e o fortalecimento das políticas de trabalho digno. Também se aprofundam questões como o combate a violências e a saúde mental no trabalho. No entanto, apesar dessas

questões se aplicarem ao trabalho sexual, o documento orientador da Conferência não menciona explicitamente os trabalhadores e as trabalhadoras do sexo³⁷, o que reforça a urgência de dialogar com os movimentos sociais desse campo para atender suas especificidades. Por fim, propõem-se alguns apontamentos que articulam os eixos da 5ª CNSTT com o trabalho sexual, conforme as questões levantadas ao longo deste texto.

No Eixo I (Política Nacional de Saúde do Trabalhador), em que se discutem avanços e desafios da PNSTT, a visibilidade de trabalhadores e trabalhadoras do sexo deve ser um imperativo para as políticas de saúde. Ao ser incorporado na PNSTT, o trabalho sexual pode ganhar força como um trabalho legítimo e digno, especialmente, sendo considerado fora do lugar estigmatizante da saúde sexual, principalmente, por visibilizar as especificidades do trabalho sexual para além das vulnerabilidades e por promover o enfrentamento das barreiras no acesso a serviços de saúde integral.

A ausência de reconhecimento formal do trabalho sexual na PNSTT dificulta a implementação de ações direcionadas, a exemplo do atendimento especializado e suporte à saúde mental. Questões como o acesso aos métodos de prevenção às IST, incluindo profilaxias, preservativos e lubrificantes, além do combate às violências sexuais e de gênero, devem ser entendidas como necessidades de saúde e questões relacionadas com a vigilância e a segurança no trabalho de trabalhadores e trabalhadoras do sexo. Essa abordagem está em consonância com os princípios da PNSTT, que reconhece todos os trabalhadores, independentemente de sua forma de inserção no mercado de trabalho, como sujeitos de políticas de saúde³⁸.

No eixo II (Novas Relações de Trabalho), deve-se assumir que o trabalho sexual reflete a precarização das relações laborais no capitalismo contemporâneo. A informalidade, a falta de proteção previdenciária e as questões apresentadas neste texto sobre uberização e

plataformização do trabalho já são realidades dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo – não somente isso, mas foram práticas iniciadas no mercado do sexo. O trabalho em aplicativos e plataformas digitais que controlam serviços sem assumir responsabilidades trabalhistas, intensifica riscos como assédio e jornadas exaustivas. Essas dinâmicas reforçam a urgência de políticas que regulamentem o trabalho sexual e que assegurem direitos trabalhistas básicos, alinhando-se às críticas do documento às reformas neoliberais.

Por fim, o eixo III (Participação Popular e Controle Social) apresenta a necessidade de entes públicos firmarem diálogos com movimentos sociais dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo, especialmente em razão da exclusão histórica desse segmento das CNSTT. A efetivação do controle social requer a inclusão de coletivos e movimentos representativos de todos os trabalhadores e todas as trabalhadoras do sexo, especialmente associações de prostitutas e demais redes que tenham levantado a pauta dos e das trabalhadoras do sexo. Essa aproximação implica operar em um nível também epistêmico, garantindo a legitimidade de pensamentos feministas das profissionais do sexo, ou ‘putafeminismo’, reconhecendo as disputas nesse próprio campo. A luta pelo reconhecimento da categoria como trabalhadores e trabalhadoras, e não como ‘problema social’, é fundamental para romper estigmas e alinhar a luta dos e das trabalhadoras do sexo aos princípios de dignidade e democracia defendidos pela 5ª CNSTT e efetivação da saúde dos trabalhadores como um direito humano.

Considerações finais

Neste ensaio teórico, foram exploradas as distintas perspectivas sobre o trabalho sexual e seus impactos na produção de saúde-doença-cuidado dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo, além da interseção dessas demandas com a saúde do trabalhador, conforme os eixos da 5ª CNSTT. O olhar sobre o trabalho sexual

deve evitar essencializações que reforçam vulnerabilidades, reconhecendo a complexidade do mercado sexual sustentado pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras sexuais. Nesse contexto, a saúde desses trabalhadores e dessas trabalhadoras precisa ser entendida dentro de uma abordagem ampla da determinação social da saúde, considerando a influência das relações de trabalho, bem como dos marcadores sociais da diferença.

A invisibilidade dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo nas políticas de saúde reflete um apagamento sistemático do trabalho sexual, que perpetua a deslegitimação e o estigma sobre esses profissionais. Assim, a inclusão do trabalho sexual de forma transversal nas políticas de saúde é essencial para garantir a legitimidade do trabalho sexual como uma atividade digna e um direito humano, afastando o olhar estigmatizante que o reduz a questões de saúde sexual.

A incorporação das pautas dos trabalhadores e das trabalhadoras do sexo à 5ª CNSTT exige o reconhecimento da legitimidade e da diversidade dos trabalhos sexuais, bem como a reparação da exclusão desse segmento nos debates sobre saúde e trabalho. Discutir as especificidades do trabalho sexual no mercado de sexo, em um contexto neoliberal marcado pela precarização do trabalho, envolve também debater as novas formas de exploração e os desafios enfrentados pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras do sexo. A luta pela saúde desses trabalhadores e dessas trabalhadoras está intimamente relacionada com a luta contra as políticas neoliberais de precarização do trabalho, devendo ser uma causa comum a todos(as) eles(as).

Colaboradores

Avelino MML (0000-0002-1795-0403)*, Lacerda MO (0009-0003-8609-6647)*, Guerra EC (0000-0001-8368-488X)* e Ferreira MÂF (0000-0002-6142-948X)*, contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bispo AF, Beltrão JF. Trabalho sexual no Brasil: uma abordagem do protagonismo das prostitutas na luta pelo reconhecimento do direito ao exercício da profissão. *Saúde debate*. 2024;47(Esp 1):e8507. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18507P>
2. Bonan C. Saúde coletiva, gênero e sexualidade: práxis para uma justiça reprodutiva, erótica e de gênero. *Saúde debate*. 2023;47(Esp 1):e8683. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18683P>
3. Weitzer R. Sex work: types and paradigms. In: Weitzer R, editor. *Sex for sale*. New York: Routledge; 2023. p. 3-42. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781003228639>
4. Ferreira CB. Novas veredas da prostituição?: um olhar sobre a plataformação do trabalho sexual no mercado digital do sexo [Internet]. In: *Anais do 48º Encontro Anual da ANPOCS; 2024 out 21-25; Campinas*. Campinas: ANPOCS; 2024 [acesso em 2025 jul 9]. p. 1-15. Disponível em: <https://www.encontro2024.anpocs.org.br/arquivo/downloadpublic?q=eyJwYXJhbXMiOiJ7XCJRF9BULFVSVZPXCI6XCIZMDIzXCJ9IiwiaCI6ImQ0OGI5NGYzODgyNWlwMzczZDIxMmNkMGYyZjUwMTQ2In0%3D>
5. Passamani GR, Rosa MV, Lopes TBO. Prostituição masculina no Brasil: o panorama da produção teórica. *Rev Antropol*. 2019;12:161075. DOI: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2019.161075>
6. Caminhas LRP. Webcamming erótico comercial: nova face dos mercados do sexo nacionais. *Rev Antropol*. 2021;64(1):e184482. DOI: <https://doi.org/10.11606/1678-9857.ra.2021.184482>
7. Barreto VHS. Os novos territórios da prostituição masculina. In: Oliveira T, organizador. *Homens no mercado do sexo: reflexões sobre agentes, espaços e políticas*. 1ª ed. Salvador: Devires; 2019. p. 75-100.
8. Silva FPA. Movimento social de prostitutas no Brasil e a luta contra a putafobia: por uma pedagogia da batalha e decolonial. *Rev Fac Direito Univ Fed Uberlândia*. 2023;51(1):750-70. DOI: <https://doi.org/10.14393/RFADIR-51.1.2023.68410.750-770>
9. Barreto LC. Histórias de travestis no movimento brasileiro de prostitutas (do golpe de 1964 ao golpe de 2016). *D'generus*. 2023;2(1):45-60. DOI: <https://doi.org/10.15210/dg-revista.v2i1.25218>
10. Piscitelli A. Apresentação: gênero no mercado do sexo. *Cad Pagu*. 2016;(25):7-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000200001>
11. Agustín LM. La industria del sexo, los migrantes y la familia europea. *Cad Pagu*. 2005;(25):107-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000200005>
12. Vartabedian J. Travestis brasileiras trabalhadoras do sexo: algumas notas além da heteronormatividade. Bagoas [Internet]. 2018 [acesso em 2025 jul 9];11(17):63-92. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/13521>
13. Fonseca CA. A morte de um gigolô: fronteiras da transgressão e sexualidade nos dias atuais [Internet]. In: Piscitelli A, Gregori MF, Carrara S, organizadores. *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond; 2004 [acesso em 2025 jul 9]. p. 257-81. Disponível em: <https://cbff675532.cbaul-cdnwnd.com/159e79eb31d3657d6c04876fde f3c6bd/200000067-0234904287/morte%20de%20um%20gigolo.pdf>
14. Perlongher NO. O negócio do michê: a prostituição viril em São Paulo. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987. 275 p.
15. Díaz-Benítez ME. Nas redes do sexo: os bastidores do pornô brasileiro. Rio de Janeiro: Zahar; 2010. 240 p.
16. Fontes V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx Marxismo*. 2017;5:45-67. DOI: <https://doi.org/10.62782/2318-9657.2017.220>
17. Borges da Silva M. A plataformação chegou no trabalho do sexo: apontamentos sobre a formalização

- da precarização a partir da plataforma “OnlyFans”. *Conversas Controv.* 2024;11(1):e45932. DOI: <https://doi.org/10.15448/2178-5694.2024.1.45932>
18. Oliveira T, organizador. *Homens no mercado do sexo: reflexões sobre agentes, espaços e políticas*. 1ª ed. Salvador: Devires; 2019. 224 p.
 19. Oliveira RR, Silva KH, Tavares SS, et al. Acesso à saúde pelas profissionais do sexo na atenção primária: uma revisão integrativa. *Scire Salutis.* 2021;11(3):100-7. DOI: <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0013>
 20. Santos LA, Unsain RF, Brasil SA, et al. PrEP perception and experiences of adolescent and young gay and bisexual men: an intersectional analysis. *Cad Saúde Pública.* 2023;39:e00134421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN134421>
 21. Silva Junior AL, Brigeiro M, Monteiro S. ‘Irmandade travesti é a nossa cura’: solidariedade política entre travestis e mulheres trans no acesso ao cuidado em saúde e à prevenção ao HIV. *Saúde de debate.* 2022;46(Esp 7):103-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E707>
 22. Weitzer R. Sociology of sex work. *Annu Rev Sociol.* 2009;35:213-34. DOI: <https://doi.org/10.1146/annu-rev-soc-070308-120025>
 23. Cerdeira de Souza D, Mesquita RI. Prostituição masculina – revisão integrativa. *Rev Psicol.* 2023;14:e023021. DOI: <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.14.2023.21>
 24. Sampaio AF. Entre gozos e gênero: (sobre)vivências de homens trans brasileiros que trabalham com pornografia na internet [dissertação na Internet]. Mossoró: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Humanas, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2023 [acesso em 2025 jul 9]. 108 p. Disponível em: <https://ppgcish-uern.com.br/wp-content/uploads/2023/10/1-Dissertacao-Arthur-Sampaio-Entre-gozos-e-genero.pdf>
 25. Barbosa R, Bega MTS. Regulação e plataformação do trabalho sexual no Brasil: o trabalho sexual diretamente remunerado. *Farol.* 2021;8(23):868-99. DOI: <https://doi.org/10.25113/farol.v8i23.5722>
 26. Nogueira RP. Apresentação [Internet]. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010 [acesso em 2025 jul 9]. p. 7-12. Disponível em: <https://renas-tonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf>
 27. Guedes GF. “Policiou, saneou, moralizou”: as práticas de controle da prostituição nas primeiras décadas republicanas (1896-1920) [dissertação na Internet]. Juiz de Fora: Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2020 [acesso em 2025 jul 9]. 126 p. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ppghistoria/wp-content/uploads/sites/157/2021/02/%E2%80%9CPoliciou-saneou-moralizou%E2%80%9D-as-pr%C3%A1ticas-de-controle-da-prostitui%C3%A7%C3%A3o-nas-primeiras-d%C3%A9cadas-republicanas-1896-1920.pdf>
 28. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes* [Internet]. Brasília, DF: MS; 2004 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
 29. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* [Internet]. Brasília, DF: MS; 2013 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
 30. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV* [Internet]. Brasília, DF: MS; 2022 [acesso em 2025 jul 9]. 64 p. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-oral-a-infeccao-pelo-hiv.pdf/view>

31. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [Internet]. Brasília, DF: MS; 2009 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
32. Calazans G, Facchini R. “Mas a categoria de exposição também tem que respeitar a identidade”: HSH, classificações e disputas na política de Aids. *Ciência saúde coletiva*. 2022;27(10):3913-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.08142022>
33. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Dever do Estado: 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-4a-conferencia-nacional-de-saude-do-trabalhador-e-da-trabalhadora/view>
34. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Saúde como direito: 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador [Internet]. Brasília, DF: MS; 1986 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf
35. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Construindo uma política de saúde do trabalhador: 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador [Internet]. Brasília, DF: MS; 1994 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-2a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>
36. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Trabalhar, sim! Adoecer, não!: 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador [Internet]. Brasília, DF: MS; 2005 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saude_trabalhador_3cnst.pdf
37. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Documento Orientador [Internet]. Brasília, DF: MS; 2024 [acesso em 2025 jul 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnstt/documento-orientador.pdf>
38. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2012 ago 24 [acesso em 2025 jul 9]; Edição 165; Seção 1:46. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/08/2012&jornal=1&pagina=46&totalArquivos=240>

Recebido em 15/04/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Cristina Strausz

Ressignificando o trabalho em Povos e Comunidades Tradicionais: inspirações ecofeministas

Redefining work in Traditional Peoples and Communities: Ecofeminist inspirations

Andreza Graziella Veríssimo Pontes^{1,2}, Raquel Maria Rigotto²

DOI: 10.1590/2358-28982025E210532P

RESUMO Este ensaio teórico teve por objetivo refletir sobre inspirações advindas de Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) e do ecofeminismo ao campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) para reconhecimento e incentivo à construção de outras perspectivas de trabalho. As reflexões emergiram de pesquisa bibliográfica e de experiência em formação em STT, ancoradas na Pedagogia do Território. Aborda como as mudanças do mundo do trabalho no contexto rural, com o neoextrativismo e a emergência de PCT no cenário político, resistindo e r-existindo na contemporaneidade em defesa de seus modos de vida e trabalho, arrastam o olhar para um universo ainda pouco explorado no campo da STT. Discute como o ecofeminismo instiga a reconhecer as perspectivas de vida e trabalhos de PCT em suas r-existências, considerando: outros sentidos ao trabalho, à natureza e aos valores que permeiam uma boa vida; a ecodependência e economias que tenham como princípio a sustentabilidade da vida. Conhecer de forma mais aprofundada os diferentes caminhos criados por PCT, especialmente as mulheres, para a produção da vida na natureza pode lançar inspirações para que o campo da STT possa também r-existir, reinventando conteúdos, perspectivas e utopias para o trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Feminismo. Ecologia. Saúde da população rural. Quilombolas.

ABSTRACT *This theoretical essay aimed to reflect on inspirations from Traditional Peoples and Communities (TCP) and ecofeminism in the field of Occupational Health to recognize and encourage the construction of other perspectives of work. The reflections emerged from bibliographic research and experience in Occupational Health training, anchored in the Pedagogy of Territory. It addresses how changes in the world of work in the rural context, with neo-extractivism and the emergence of Occupational Health in the political scenario, resisting and re-existing in contemporary times in defense of their ways of life and work, draw our gaze to a universe still little explored in the Occupational Health field. It discusses how ecofeminism encourages us to recognize and look at the perspectives of life and work of Occupational Health in their re-existences, considering other meanings to work, nature, and the values that permeate a good life; ecodependence and economies that have as their principle the sustainability of life. Knowing in more depth the different paths created by the PCT, especially women, for the production of life in Nature can inspire the field of Occupational Health can also re-exist, reinventing contents, perspectives, and utopias for our work.*

KEYWORDS *Occupational health. Feminism. Ecology. Rural health. Quilombolas communities.*

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Faculdade de Enfermagem (Faen) – Mossoró (RN), Brasil. andrezapontes@uern.br

²Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

As questões que mais têm ocupado o campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) no contexto de realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), em 2025, são: as mudanças no mundo do trabalho, a partir da reestruturação produtiva; os problemas surgidos no setor terciário ou de serviços; as consequências das políticas neoliberais para os direitos trabalhistas; o desvelamento da exploração, do sofrimento e do adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras no conflito capital-trabalho; a fragilização dos laços de solidariedade da classe trabalhadora; as mobilizações sindicais; e o desemprego estrutural.

Nesse cenário, trabalhadores e trabalhadoras são definidos(as) na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) como:

[...] homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico¹⁽²⁾.

O Documento Orientador da 5ª CNSTT expõe: são servidores públicos, outros com carteira assinada, muitos são autônomos ou trabalham por conta própria e milhares são totalmente informais, urbanos ou rurais. São negros, brancos, indígenas, homens e mulheres com várias orientações sexuais, identidades de gênero, religiões e crenças².

Como essa definição contempla o chamado ‘rural’? Em que medida o campo da STT tem incorporado as questões relativas a essa porção da população trabalhadora? A pertinência de tais questionamentos se deve à complexidade e à heterogeneidade do rural no Brasil, composto por uma

[...] diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade³⁽⁹⁾.

É resultado de processos históricos marcados por conflitos com concentração de terra e de riqueza, escravidão, extermínio de povos indígenas, marginalização de famílias e mulheres camponesas; mas, também, por lutas de povos em resistência³.

Para dar visibilidade à diversidade, o termo ‘populações rurais’ passa a ser redefinido na Política Nacional de Saúde Integral de Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA) como ‘populações do campo, da floresta e das águas’, caracterizadas como “povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra”³⁽⁹⁾. Estão incluídas: pessoas camponesas, agricultoras familiares, trabalhadoras rurais assentadas ou acampadas, assalariadas e temporárias, que residam ou não no campo; povos indígenas e comunidades tradicionais que vivem em biomas da Amazônia, cerrado, caatinga, mata atlântica, pantanal e pampas; comunidades ribeirinhas, vilas litorâneas de pesca artesanal e dos manguezais; comunidades que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas; populações atingidas por barragens, ou por outros empreendimentos do capital, entre outras³.

Nesse sentido, o que está acontecendo no rural, especialmente quanto às mudanças do mundo do trabalho? Duas questões são consideradas importantes para essa reflexão: o neoextrativismo e suas consequências e a emergência de Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) nos cenários políticos.

Desde 1492, o colonialismo europeu promoveu destruição e saques em territórios da América Latina⁴, fazendo uso do modo de apropriação/acumulação político-econômico-cultural capitalista denominado extrativismo,

utilizando o trabalho escravo de indígenas e de povos africanos⁵, o trabalho da natureza em sua forma não humana⁶ e o trabalho invisível das mulheres das colônias^{7,8}. Mais recente, o extrativismo foi recriado como neoextrativismo, uma ferramenta teórica e política para interpretar os regimes de acumulação implantados nos países da periferia global a partir do século XX⁹. Este consiste na extração intensiva e em grande escala de bens naturais, vendidos *in natura* ou apenas com processamento primário para países do Norte Global, sob controle das transnacionais e do mercado financeiro de *commodities*⁵, incluindo hidrocarbonetos, metais, minerais e produtos ligados ao agronegócio⁹.

O neoextrativismo se sustenta em uma dimensão

[...] cultural ideológica voltada à legitimação de violências e custos sociais e ambientais decorrentes da intensificação da extração, da exploração do trabalho, da exclusão social, da misoginia, do racismo e da expansão de novas fronteiras⁵⁽¹⁷⁸⁾.

Com o rentismo¹⁰, a reestruturação produtiva e o neoliberalismo, o neoextrativismo impõe nova Divisão Internacional do Trabalho, em que cabe à América Latina a condição subalterna de “mineradora e fazenda do mundo”¹¹⁽⁶⁸⁾.

O avanço das fronteiras do capital neoextrativista incide sobre áreas abundantes em terras, água, minérios, hidrocarbonetos, animais, florestas e carbonos, entre outros bens naturais mercantilizáveis⁵; e chegam, principalmente, em territórios de PCT, promovendo desterritorialização, provocando conflitos ambientais, agravando a crise civilizatória e ameaçando a sustentação da vida no Planeta¹². Portanto, a esses PCT, as mudanças no mundo do trabalho chegam de outra forma, marcadas por conflitos ambientais; com disputa em torno da natureza, dos territórios, da cultura, do trabalho e dos modos de vida, ameaçados com o neoextrativismo; e, ainda, relacionadas com as consequências locais/diretas das mudanças climáticas.

Associados a poderosos grupos econômicos transnacionais, empreendimentos minerários, energéticos e do agro-hidronegócio expandem a produção de *commodities*, desconsiderando as necessidades dos seres vivos, humanos e não humanos. Incidem em múltiplas dimensões do processo saúde-doença ao comprometer o acesso aos bens comuns; ao alterar as formas de organização das economias locais e os sentidos do trabalho; ao gerar fluxos migratórios compulsórios; ao instalar processos produtivos poluentes; ao desqualificar e invisibilizar os diferentes saberes e modos de viver e produzir¹²⁽¹⁷⁸⁾.

No entanto, há povos e comunidades que ainda escapam e resistem para manter seus modos de vida. Assistimos à emergência de PCT no cenário político, com movimentos de afirmação de direitos de povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais, que ampliam e diversificam o campo popular,

[...] em luta contra as diferentes formas de subalternização material e simbólica, contra preconceitos e estigmas e pela afirmação de suas identidades a partir dos seus próprios modos de vida, uma r-existência¹³⁽⁶⁸⁾.

O conceito de r-existência emergiu no contexto latino-americano, nos anos 2000, inspirado em movimentos sociais que

[...] não só lutam para resistir contra os que exploram, dominam e estigmatizam essas populações, mas também lutam por uma determinada forma de existência, um determinado modo de vida e de produção, por diferenciados modos de sentir, agir e pensar¹³⁽⁶⁵⁾.

A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais (PNDS/PCT) define PCT como grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural,

social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição¹⁴. Eles constroem e conquistam a PNSIPCFA; a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (PNASPI); a Política Nacional de Saúde Integral das Populações Quilombolas (PNSIPQ); bem como cotas nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

A emergência de PCT no cenário político nos convida a olhar para um universo ainda pouco explorado no campo da STT, como o que ecoa da voz do pensador quilombola Bispo dos Santos:

Falamos de território, em vez de falar de fábrica. Falamos de aldeia, quilombo e terreiro, em vez de espaço de trabalho. O mundo do trabalho não é mais o mundo em debate, não está mais impondo a pauta, está sendo substituído pelo mundo do saber, pelo mundo do viver¹⁵⁽⁵²⁾.

O que é o trabalho nesses PCT? Que inspirações nos trazem para pensar em perspectivas de trabalho para além do emprego no capitalismo? E para pensar nas políticas públicas de STT?

O campo da STT está desafiado a compreender que, por um lado, PCT sofrem os impactos do capitalismo com o neoextrativismo, rentismo, reestruturação produtiva e neoliberalismo quando seus territórios e modos de vida são ameaçados por grandes empreendimentos do capital, e quando pessoas de seus territórios são forçadas a trabalhar nesses projetos; mas, por outro, quando desenvolvem a agricultura camponesa na perspectiva agroecológica e a pesca artesanal, entre outras atividades para a sustentação da vida, estão resistindo e r-existindo em meio à sociedade capitalista. Reconhecer e olhar para esses trabalhos de PCT em suas r-existências devem se constituir uma pauta para o campo da STT, cujo diálogo com outros referenciais teóricos, como o ecofeminismo, pode ser inspirador nesse processo.

O ecofeminismo possibilita estabelecer as relações entre a crise civilizatória e o projeto

moderno/colonial da sociedade europeia ocidental, o qual foi impondo seu sistema econômico capitalista como o único possível; e, ao mesmo tempo, destruindo e/ou invisibilizando outras economias. Argumenta que, para garantir a vida humana na Terra, é necessário buscar alternativas à economia capitalista, e estas podem ser nutridas por experiências situadas de mulheres e de homens, especialmente em PCT, que resistem ao projeto moderno/colonial, capitalista e patriarcal e r-existem na contemporaneidade desenvolvendo modos de vida e economias que escapam nas brechas do capitalismo⁷, embora de alguma forma com ele se relacionem.

Ademais, para que o campo da STT deve olhar para isso? Para abrir-se a outras leituras sobre o trabalho, que ampliam nossa cosmovisão; para instigar a construção de perspectivas de futuro para o trabalho e para a humanidade em um contexto de crise civilizatória; e para afinar a PNSTT com estes saberes emergentes, ampliando o horizonte de práticas do SUS. Assim, o artigo tem por objetivo refletir sobre inspirações advindas de PCT e do ecofeminismo ao campo da STT para reconhecimento e incentivo à construção de outras perspectivas de trabalho.

Trata-se de um ensaio teórico, cujas reflexões emergiram de pesquisa bibliográfica de tese de doutorado em elaboração, intitulada 'O trabalho em comunidades quilombola e camponesa no Nordeste do Brasil: contribuições ao campo Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nas perspectivas decolonial e ecofeminista'. Tem como base a Pedagogia do Território, um método de práxis acadêmica emancipatória em diálogo com sujeitos, movimentos sociais e populações vulnerabilizadas em territórios em situação de conflito ambiental¹², e que se inspira nas teorias críticas, nos pensamentos decoloniais, nas epistemologias feministas e na Ecologia Política¹⁶. Assim, em diálogo com narrativas de PCT já publicadas, analisamos obras da literatura científica sobre ecofeminismos, decolonialidade, ecologia política, PCT, o campo da STT, as relações trabalho, ambiente e saúde; e políticas públicas de saúde relacionadas com PCT.

Inicialmente, abordamos heterogeneidades e singularidades de perspectivas de vida e trabalho observadas em PCT e suas inspirações. Em seguida, analisamos contribuições do ecofeminismo ao campo da STT, partindo da premissa de que o trabalho, enquanto relação ser humano-natureza, sempre esteve presente entre os PCT e que o pensamento ecofeminista está nos instigando a enxergá-los de outro modo.

Perspectivas de vida e trabalho de Povos e Comunidades Tradicionais: o que nos inspiram?

Dentro de um quilombo cheio de conflitos, cheio de perseguição, a gente ainda tem a força para buscar nossa identidade, nossa história e ancestralidade que o colonialismo tenta apagar. Digo que estamos costurando nossa história apagada pelo colonialismo, pelos coronelismos da região. A nossa história foi sempre muito contada na visão do colonizador, e a gente precisa contar nossa própria história, nossa própria realidade, e não deixar que falem por nós. A colonização é um processo em que eu não posso ser, não posso pensar, fazer outra leitura da vida, da história, não posso ser uma mulher rebelde, não posso ser uma mulher de luta, não posso ser uma mulher que resiste. Meu pertencimento, minha história, minhas práticas são mais gritantes do que tudo o que me inferiorizou a vida inteira, em que tentaram impor que eu não tinha condições. O patriarcado não me deixou estudar e cortou sonhos. O patriarcado mata! Hoje, me orgulho de defender meu território, defender a mulher que sou, as mulheres que estão na luta. Quero dar visibilidade à potência que somos, nós mulheres somos potentes, mesmo sofrendo com a colonização, com o sistema capitalista que se impõe sobre nossas vidas¹⁷⁽¹²⁰⁻¹²¹⁾.

As resistências à imposição do padrão civilizatório da sociedade moderna ocidental, capitalista, colonialista, patriarcal e racista são múltiplas e acompanham as transformações históricas desde o colonialismo europeu e as experiências situadas dos grupos subalternizados, como nos mostra Rocha¹⁷, uma mulher, quilombola, marisqueira, com raízes no Quilombo do Cumbe em Aracati – Ceará, território atingido por usina eólica, carcinicultura e empreendimentos turísticos.

Uma compreensão decolonial sobre PCT requer superar o patriarcado⁷ e as colonialidades do poder, do saber e do ser^{18,19}; e considerar que há outras matrizes de racionalidade subalternizadas resistindo e r-existindo desde o colonialismo, e que vêm ganhando visibilidade²⁰. Demanda, ainda, resgatar suas histórias, seus processos de apagamento e descredibilização de seus modos de vida e trabalho; e reconhecê-los em suas r-existências.

As raízes históricas ancestrais de PCT remontam à presença humana há mais de 12 mil anos no que hoje é chamado Brasil, e às transformações impostas a esses povos originários com a modernidade eurocêntrica, que precisou do colonialismo para expandir seu padrão civilizatório e sua economia capitalista em escala mundial, com a invasão das terras posteriormente denominadas América Latina, sob a narrativa de trazer a civilização para os povos desses territórios, considerados selvagens, bárbaros e pagãos¹⁸.

A cosmovisão moderna eurocêntrica, um arcabouço ainda vigente, gestou as ideias de raça e humanidade¹⁸, uma concepção de natureza, e impôs relações de gênero; que foram fundamentais para expansão e hegemonia da sociedade moderna/colonial, capitalista e patriarcal. Para Quijano²¹, em sua análise sobre a colonialidade do poder, a raça foi um dos eixos estruturantes da modernidade ao permitir classificar as humanidades e seus territórios organizando hierarquias basilares do processo de dominação colonial. A ideia de raça funcionou como mecanismo de distinção entre quem tem o reconhecimento de sua humanidade

como atributo exclusivo, ou seja, o homem, branco, europeu, heterossexual e cristão; e as espécies não humanas²². Ficaram de fora da humanidade em posição de inferioridade: os povos e territórios estrangeiros; as mulheres, sobretudo das colônias; e a natureza.

Além da raça, o patriarcado também foi um dos sistemas opressores fundamentais para a modernidade. É o que evidenciam estudos de autoras feministas sobre as inter-relações entre colonialidade e gênero, embora com abordagens teóricas distintas, como Segato²³, com sua definição de patriarcado de alta intensidade; Lugones²⁴, com o sistema moderno-colonial de gênero; Mies e Shiva⁷, com o patriarcado capitalista; e Frederici⁸, com o novo patriarcado. Segato nos ajuda a compreender como o patriarcado de alta intensidade, imposto pelo mundo colonial/moderno, constrói um pacto entre homens brancos, negros e indígenas para explorar os corpos das mulheres das colônias; bem como ocorre o desmoronamento da autoridade, do valor e do prestígio das mulheres ao decair sua esfera própria de ação, o que persiste ainda hoje no contexto neoextrativista. Para a autora, isso é resultado das transformações ultrahierárquicas provocadas por fatores como: a superinflação dos homens no ambiente comunitário devido ao seu papel de intermediários com o branco e ao olhar masculino que, por mimese e contato com os colonizadores, objetiva as mulheres; a emasculação dos homens no ambiente extracomunitário ante o poder dos colonizadores brancos; a supervalorização e a universalização da esfera pública e a consequente desvalorização e privatização da esfera doméstica; e a matriz heterossexual binária moderna eurocêntrica²³.

A compreensão moderna de natureza como algo inerte e fonte ilimitada de recursos a serem explorados para favorecer a economia capitalista²⁵, desconectada da humanidade, abriu o caminho para dominá-la e manipulá-la, sobretudo por meio da ciência e da tecnologia para a acumulação de capital²⁶.

Sob essa base ideológica e com uso da violência armada, os colonizadores europeus,

tomando a si e a suas práticas como pontos de referência, promoveram genocídios, etnocídios, feminicídios e epistemicídios; assim como impuseram valores éticos, morais, religiosos e culturais; saberes; modelos político-econômico-estéticos²² e de gênero. As sociedades colonizadas tiveram suas culturas esvaziadas; pessoas arrancadas de seus deuses, terras, costumes, danças, sabedoria; economias naturais, harmoniosas e viáveis desorganizadas; a natureza roubada²⁷.

No entanto, houve resistências dos povos contracolonizadores em defesa dos territórios, dos símbolos, das significações e dos seus modos de vida²⁸. O pensador indígena Krenak²⁹ reforça que a população brasileira vem da raiz desses povos e comunidades, que r-existem e resistem há mais de 500 anos, e outros em menos tempo, a esse processo de dominação do capital. São, sobretudo, PCT, contemplando: povos indígenas, comunidades quilombolas, povos e comunidades de matriz africana, pescadores artesanais, povos ciganos, caiçaras, benzendeiras, raizeiras, geraizeiras, ribeirinhos, quebradeiras de coco babaçu, caboclos, entre outros¹⁴.

Apesar da diversidade, apresentam particularidades, como a dependência da natureza com a qual se constrói modos de vida e o conhecimento aprofundado de seus ciclos, em uma relação harmoniosa; a noção de território, em que o grupo social se reproduz econômica e socialmente; a importância das atividades de subsistência, com reduzida acumulação de capital; a unidade familiar, doméstica ou comunal e as relações de parentesco ou compadrio no exercício das atividades econômicas, sociais e culturais; as simbologias, os mitos e os rituais associados à caça, à pesca e à agricultura; a tecnologia utilizada com impacto limitado sobre o ambiente; e a autoidentificação ou identificação por outros de pertencer a uma cultura distinta³⁰.

Cruz¹³ identifica no imaginário social três visões hegemônicas sobre PCT, que dificultam olhar para suas experiências como fontes de inspiração, conforme *quadro 1*.

Quadro 1. Visões hegemônicas sobre Povos e Comunidades Tradicionais

Olhar naturalista: a invisibilidade	Desconsidera os processos históricos e as identidades culturais, promovendo a invisibilidade dos PCT, enxergando os territórios apenas como Natureza, como vazios demográficos.
Olhar romântico/tradicionalista: a idealização idílica	A cultura e a diferença são consideradas particularidades isoladas do movimento da história e da dinâmica socioespacial e cultural, como se não houvesse interações multidimensionais e multiescalares entre as culturas, os sujeitos e os lugares. Compreende a identidade de PCT como aquilo que é autêntico, original, verdadeiro, a tradição, o exótico.
Olhar moderno/colonialista: o estereótipo	As expressões culturais de PCT são consideradas tradicionais porque estão em processo de transição em direção à modernidade, colocadas como expressão do passado, o que nega sua contemporaneidade. Esses grupos e seus modos de vida, suas temporalidades e suas racionalidades econômicas são vistos como o resíduo, um desvio da racionalidade capitalista e do modo de vida moderno urbano-industrial. Assim, são representadas como o primitivo, o tradicional, o pré-moderno, o simples, o obsoleto, o subdesenvolvido.

Fonte: elaboração própria a partir de Cruz¹³.

Em busca da afirmação dos direitos a sua territorialidade e a seus modos de vida próprios, PCT questionam essas visões, representações, discursos e ideologias hegemônicas; e objetivam redefinir e resignificar todo um conjunto de práticas discursivas e representações que valorizam suas experiências culturais e seus diferentes modos de vida¹³.

Nessa direção, Cruz¹³ propõe olhar para PCT a partir dos próprios grupos subalternizados como protagonistas em suas r-existências, compreendidas como o poder de recomeçar, de regeneração, de dar novos sentidos ou de renovar os sentidos da existência. Esses grupos “estão em permanente movimento de reinvenção, reorganização, valendo-se do passado, da tradição, das presentes lutas para inventar o futuro”³¹⁽⁵⁶⁴⁾. Assim, eles reinventam “modos de vida estruturados a partir de racionalidades econômicas e ambientais com saberes e fazeres diferenciados da racionalidade capitalista”¹³⁽⁶⁴⁾. Observemos vozes de comunidades quilombolas sobre modos de vida, sentidos e relações de trabalho:

Sabíamos tudo o que era necessário para viver naquele ambiente. Nossa família plantava o que precisava, era mestra na agricultura e dominava o beneficiamento. Sabia fazer os equipamentos

para o beneficiamento da mandioca, da cana e do álcool [...] O dinheiro não circulava no nosso ambiente. A comunidade era formada por grandes famílias e todas plantavam cana. Eram necessárias várias pessoas na moagem. Quando a família não resolvia, o que se fazia? Se eu plantava cana e dez outros amigos plantavam cana, nos juntávamos. Numa semana tirávamos de um, na outra, do outro, e assim consecutivamente. Ninguém armazenava aquele produto, porque quando você estava moendo, eu pegava no seu engenho aquilo que precisava. Quando eu estava moendo, você pegava no meu. [...] Era um grande compartilhamento, não se falava em dinheiro. Era uma fartura. [...] Nas casas de farinha não se ganhava dinheiro, assim como nos engenhos. Ganhava-se farinha, tapioca, massa, crueira. As pessoas que não tinham cana plantada, mas sabiam fazer alguma coisa, iam trabalhar para ganhar rapadura, mel, vinagre, açúcar ou cachaça. Quem não tinha engenho ia para receber o que precisava. Todo mundo podia abastecer. [...] Aqui fazemos autogestão. Temos uma associação, mas ela só serve para nos relacionarmos com o Estado¹⁵⁽³⁹⁻⁴⁹⁾.

O que essa narrativa revela sobre perspectivas de trabalho em quilombolas? Uma leitura sob o olhar naturalista sequer enxerga a

existência desses PCT. Com a visão moderna/colonial do estereótipo, a tendência é ver esse modo de vida como primitivo, atrasado e pré-moderno, com um trabalho de subsistência, arcaico e rudimentar, que precisa avançar com a modernização e o desenvolvimento científico e tecnológico – ou, sob o olhar romântico, é possível admirar esse modo de vida e trabalho, mesmo considerando-o exótico e isolado do resto do mundo.

Já com as lentes dos próprios subalternizados como protagonistas, observamos a potência da r-existência. São ideias distintas da cosmovisão moderna sobre o trabalho e a natureza. A natureza para eles é um ser vivo, que garante a sustentação da vida, como diz Bispo dos Santos: a relação com a natureza é orgânica e baseada no respeito com todos os elementos essenciais à vida. Sem a terra, a água e o ar, não existe sequer a possibilidade de imaginar outras formas de existência. Esse é o maior desafio para que alcancemos o nível de sabedoria e bem viver. As pessoas, em vez de trabalhar, conectam-se com a natureza – e, dessa interação, surgem as condições para a vida²⁸.

A vida e os tempos não são regidos pela lógica do lucro, do acúmulo de capital, porque os valores e as necessidades em PCT são outros:

[...] não se tornaram consumidoras no sentido de clientela, eventualmente consomem alguma coisa do mundo industrial, mas não são dependentes disso para continuar existindo²⁹⁽⁷²⁻⁷³⁾.

Não aparecem características do trabalho convertido em emprego no capitalismo, tais como alienação e exploração, nem a ideia de *homo economicus*, aquele influenciado exclusivamente por recompensas salariais, econômicas e materiais, e regido pela competitividade³²; mas, sim, relações de trabalho construídas com base no compartilhamento, na cooperação e reciprocidade, na autogestão e nos laços comunitários e familiares.

Vozes de mulheres quilombolas nos revelam trabalhos organizados a partir de relações de pertencimento, de afeto e de cuidado com o

território, com a natureza e entre as pessoas. Explicitam, ainda, a presença do patriarcado e publicizam as resistências pela valorização de seus trabalhos e modos de vida. Todo esse processo vai fazendo parte da construção de suas próprias identidades, de seus corpos-territórios: conceito desenvolvido por feminismos comunitários a partir do contexto de lutas de mulheres indígenas e camponesas da América Latina contra empreendimentos neoextrativistas, quando elas anunciavam a relação dos seus corpos com os territórios que viviam e denunciavam que as violências impostas aos seus territórios repercutiam em seus corpos³³. A noção de corpo-território evidencia a impossibilidade de recortar e isolar o corpo individual do corpo coletivo, o corpo humano do território, pois no corpo se especifica uma continuidade política, produtiva e epistêmica, enquanto no território se revela composição de afetos, recursos e possibilidades que se singularizam, na medida em que cada corpo nunca é só um, mas o é sempre com outros, e também com outras forças não humanas³⁴.

Sou Cleomar, mulher das águas, sou quilombola, uma defensora dos direitos humanos. Somos a voz do território, quem está aqui é um pedacinho do território, trazendo toda uma luta e resistência [...]. Este território é minha ancestralidade, um território-vivência, um território-memória. Eu cresci aqui, conheço cada cantinho com muito amor, com muito afeto. O pertencimento do cuidado, de ver o território como um professor, como um educador. Digo que o território nos ensina muito, e, por termos acesso a cada cantinho, nós pescávamos na lagoa, na praia; produzíamos nossa farinha, assávamos os peixes. Então, esse território significa muito, ele é identidade! Não sei falar de mim sem falar do território. E, como disse, sou a voz do território! Falo sobre a relação com ele, com o manguezal, com as áreas de dunas, com as lagoas, a praia, o mar... Vivi dentro do manguezal, de onde me alimentei, esse território que me deu água quando tive sede, um território que traz espiritualidade, encantaria. [...] A gente acompanha todas as

fases que o território naturalmente tem. Digo que a gente vai de acordo com as marés. É o território que faz a leitura, a gente vai sendo conduzida nesse processo. É essa relação que me faz, cada vez mais, resistir e lutar! Porque dizemos que o território sofre, e nós sofremos, porque somos território! Quando nosso território é impactado, degradado, destruído, poluído, nós também somos! Sentimos os mesmos sintomas do território!¹⁷⁽¹¹²⁻¹¹³⁾.

Observamos que os trabalhos em PCT não estão sujeitos à subordinação do capital. O sentido do trabalho se alinha à ideia de cuidado com a vida em seus territórios, e essa vida contempla os seres humanos e não humanos em compartilhamento na natureza da qual somos parte e dependemos para viver. A forma de aprender o trabalho ocorre nas práticas do dia a dia, na interação com os territórios e entre as gerações, com os saberes tradicionais transmitidos pela oralidade. Revelam-se nas narrativas uma certa alegria, autonomia, criatividade e prazer em desenvolver esses trabalhos. É um trabalho que se realiza no território em que vivem, em contato com a natureza, em sua forma humana e não humana, de forma harmoniosa, construindo um mundo do saber viver¹⁵ – e que, às vezes, sequer é por eles denominado trabalho, porque se funde à produção social da boa vida.

É por essas questões que não podemos compreender sentidos e relações de trabalho de PCT ‘apenas’ na perspectiva do emprego e das mudanças do mundo do trabalho do capitalismo contemporâneo, cujas características no Sul Global são marcadas pela superexploração, informalidade, flexibilização, precarização e intensificação do trabalho; introdução das tecnologias da informação, da Inteligência Artificial e da robótica, com a uberização do trabalho; perda de direitos trabalhistas; alienação e perda de sentido dentro e fora do trabalho. Tal cenário repercute no processo saúde-doença de trabalhadores e trabalhadoras com acidentes, mutilações, doenças relacionadas ao trabalho e mortes³⁵.

Devemos ter a ressalva de não romantizar, contudo, as experiências de trabalho de PCT, até porque estudos do campo da STT revelam cargas de trabalho, adoecimentos e acidentes de trabalho entre eles. O convite é para que o olhar da STT vá além disso, pois os trabalhos em PCT demandam lentes distintas daquelas aplicadas aos trabalhos subordinados ao capital. O campo da STT já vem iniciando o diálogo com a abordagem decolonial em territórios de PCT, fazendo emergir a percepção de que as lutas sociais não podem ser mais compreendidas exclusivamente a partir do paradigma estruturalista e do conflito capital-trabalho, pois esses grupos sociais questionam o sentido de natureza, trabalho e desenvolvimento, bem como o direito de serem reconhecidos e valorizados³⁶. Experiências de PCT podem nos inspirar sobre outros sentidos e relações de trabalhos possíveis. Outrossim, o ecofeminismo nos ajuda a lançar prismas sobre essas perspectivas.

Trabalhos entre Povos e Comunidades Tradicionais: contribuições do ecofeminismo ao campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

O ecofeminismo surgiu na década de 1970, a partir da confluência de lutas ecológicas, feministas e de movimentos pela paz^{7,37} que questionavam o complexo científico, econômico, industrial e militar em curso, envolvendo novos perigos para a humanidade, especialmente para as mulheres, e outros seres vivos. Criticava a política reprodutiva com a medicalização dos corpos das mulheres³⁸ e o impacto da globalização neoliberal na vida das mulheres rurais do terceiro mundo⁷. Embora partilhe vozes críticas e diversas, as correntes desse pensamento não serão abordadas aqui por requisitarem um aprofundamento teórico que extrapola o objetivo deste artigo.

O interessante para nossa reflexão é dialogar com a convergência de críticas e de ideias do ecofeminismo, que podem inspirar outros olhares da STT ao trabalho em PCT, como: a) críticas ao colonialismo, capitalismo e patriarcado; à cosmovisão moderna com o androcentrismo, o antropocentrismo e às relações binárias, dicotômicas e hierárquicas entre mulheres, patriarcado e natureza; b) a necessidade de compartilhamento da vida humana e não humana no planeta, considerando a eco-dependência; c) a construção de alternativas à crise civilizatória global compreendendo que elas estão situadas nas experiências locais de mulheres e homens, especialmente do Sul Global^{7,38}; d) o reconhecimento dessas experiências como inspirações para o fortalecimento da construção de economias que tenham como princípio a sustentabilidade da vida^{32,39}.

No ecofeminismo, uma releitura da cosmovisão moderna é fundamental para a compreensão de que a relação de exploração entre homem e natureza se conecta à relação exploratória e opressora entre homem e mulher, e que estão na base do surgimento do sistema mundial patriarcal capitalista⁷. Assim, iniciamos com uma abordagem ecofeminista sobre a crítica ao projeto civilizatório da modernidade europeia, ao sistema patriarcal capitalista e suas ameaças à sustentabilidade da vida. Seguimos com proposições e alternativas que possam contribuir para a sustentabilidade da vida.

O projeto europeu da chamada modernidade se alimenta de uma cosmovisão que divide a vida, dicotomiza e hierarquiza a realidade: humanidade/natureza, homem/mulher, brancos/pretos, moderno/tradicional, centro/periferia, desenvolvido/subdesenvolvido etc. A crítica à divisão estrutural entre humanidade e natureza ganha destaque no ecofeminismo, pois estabelece uma relação entre o Planeta e os seres humanos que põe em risco a vida na Terra. Tal dicotomia foi moldada pela ciência moderna, a partir de Francis Bacon e seus seguidores que difundiam a ideia de superação da dependência do homem da natureza,

a subordinação da natureza à vontade masculina, e o desencanto de todas as forças vitais da natureza⁷.

Essa cosmovisão tem o viés patriarcal e reforça as ideias do antropocentrismo e androcentrismo. O primeiro

[...] considera que só os seres humanos são dignos de consideração moral. Todos os outros seres vivos, mesmo os mais próximos ao homo sapiens, são considerados como simples meios para os seres humanos⁴⁰⁽⁴¹⁾.

O segundo é um pensamento que “tratou de desvalorizar todas aquelas atividades e formas de perceber e sentir o mundo consideradas femininas”⁴⁰⁽⁴²⁾.

A separação entre humanidade e natureza presente nas sociedades ocidentais foi necessária à expansão da economia capitalista, que, desde a sua constituição, é patriarcal³⁷. O patriarcado existe há pelo menos 8 mil anos, desde as sociedades de classe, mas com a modernidade, assume a característica de patriarcado capitalista⁷, ou novo patriarcado⁸, constituindo um sistema mundial patriarcal capitalista, construído e mantido por meio da colonização de mulheres, de povos estrangeiros com suas terras, e da natureza⁷.

Esse modelo econômico impõe múltiplas violências contra as mulheres. Primeiro, ao ignorar sua contribuição para a economia, em que a produção para o sustento – de suas famílias, filhos, comunidade e sociedade – é considerada não produção, e as mulheres são tratadas como não produtivas e economicamente inativas^{7,8,40}. Segundo, ao deslocar mulheres, especialmente do Sul Global, dos meios de subsistência dos quais dependem – terras, florestas, água, sementes e biodiversidade. Terceiro, ao se basear na mercantilização de tudo, inclusive das mulheres⁷, restringindo-se ao valor de mercado e ignorando:

[...] o valor econômico das duas economias vitais para a sobrevivência ecológica e humana: a economia da natureza e a economia do

sustento. Nessas economias, o valor econômico é uma medida de como a vida na Terra e a vida humana são protegidas. A moeda é uma série de processos que envolvem a vida, não o dinheiro ou o preço de mercado⁷⁽²⁶⁾.

Com as ideias de modernização, desenvolvimento e progresso, o patriarcado capitalista se fundamenta em uma “visão de mundo mecanicista, uma economia industrial competitiva centrada no capital e uma cultura de dominação, violência, guerra e irresponsabilidade ecológica e humana”⁷⁽³¹⁾ que se desdobra em crise climática, extinção de espécies, colapso econômico, injustiça e desigualdade. Tal contexto incide no que muitos cientistas vêm denominando de Antropoceno, uma nova época geológica em que a espécie humana está se tornando a força geofísica mais significativa do Planeta⁷, e que outros apontam como Capitaloceno, pois argumentam que tais mudanças coincidem com o surgimento do capitalismo⁶.

Saídas são necessárias para garantir a vida na Terra – é o que nos alerta o ecofeminismo. Para isso, apontam a necessidade de

[...] mudar o paradigma dominante que reduz a sociedade à economia, que resume a economia ao mercado e que nos é imposto em nome do ‘crescimento’, alimentando a intensidade dos crimes contra as mulheres enquanto aprofunda a desigualdade econômica e social⁷⁽²⁹⁾.

O convite é para repensarmos na visão de mundo gestada na modernidade e nos questionarmos sobre o valor atribuído à natureza, às atividades de cuidado da vida e aos sentimentos de afinidade com os seres vivos não humanos⁴⁰.

No pensamento ecofeminista, a vida é indivisível, e a responsabilidade por ela deve ser coletivamente compartilhada³⁷ entre os seres humanos e os seres não humanos. Argumenta que nós, seres humanos, também somos natureza e somos ecodependentes^{7,32,37}, ou seja, nós dependemos da natureza para a sustentação

da vida. O conceito de ecodependência nos lembra que

[...] a natureza está constituída pela cultura humana, mas os processos naturais podem continuar sem interação humana. Embora não seja possível pensar em humanidade sem o planeta Terra, ele em boa parte de sua história não era habitado por seres humanos³⁹⁽³⁷⁾.

É essa compreensão, originária de PCT – de respeito profundo pela natureza, de que somos natureza, dependemos do Planeta Terra e nele compartilhamos a vida com os outros seres não humanos – que tem inspirado novas elaborações teóricas:

Quando cheguei ao território em que estou hoje, já existiam outros compartilhantes que nos recepcionaram. Na Caatinga, os umbuzeiros nos recepcionaram. [...] Eles já eram nativos daqui, viemos habitar esta terra depois deles. [...] Chegamos como habitantes, em qualquer ambiente, e vamos nos transformando em compartilhantes. No quilombo, somos compartilhantes, desde que tenhamos nascido aqui ou que tenhamos uma relação de pertencimento. E quando digo de relação de pertencimento com o quilombo, falo de uma relação com o ambiente como um todo, com os animais e as plantas¹⁵⁽³⁶⁻³⁸⁾.

Com base na ecodependência e no entendimento de que existimos em um mundo com limites e restrições ecológicas, o ecofeminismo, em diálogo com a economia feminista e a economia ecológica, reforça a importância de construir outras economias que tenham como princípio a sustentabilidade da vida^{32,39} – uma economia que coloque a manutenção da vida no centro, e não o mercado e a monetarização⁴¹; que seja compatível com a disposição dos territórios e do ritmo da natureza; que valorize elementos, processos e sujeitos que foram considerados inferiores no pensamento hegemônico e invisibilizados; que resgate as relações de solidariedade e de cuidado com

a vida³². Para essas formulações inovadoras, ganha destaque a contribuição das mulheres, pois são elas as protagonistas na construção dessa cosmovisão da vida, no âmbito econômico-social, baseada em cuidados múltiplos. Isso nos instiga a pensar que as vozes quilombolas de Rocha¹⁷ e Bispo dos Santos¹⁵ convergem com a compreensão de economia e de trabalho para a sustentabilidade da vida: a pesca artesanal, a agricultura familiar com enfoque na agroecologia e outras atividades sustentáveis devem ser impulsionadas como experiências situadas que sustentam a vida³².

Nessa perspectiva, o conflito capital-trabalho assalariado passa a ser redefinido como conflito capital-vida⁴², considerado uma contradição estrutural e insolúvel entre o processo de acumulação de capital e os processos de sustentabilidade da vida⁴³.

O conflito capital-vida é um conflito (neo) colonial, que se desenrola num mundo dividido entre zonas de acumulação (Norte global, os centros) e zonas de desapropriação (Sul global, as periferias). É a definição de um modelo socioeconômico que se espalha por todos os territórios, destruindo outras formas de economia, que despreza como economias de subsistência, aquelas que simplesmente reproduzem condições de vida sem cumprir essa aspiração de progresso, desenvolvimento e crescimento constante e infinito. [...] E é um conflito de natureza heteropatriarcal porque a esfera da acumulação necessita de uma dimensão invisível de cuidado feminizado⁴³⁽⁵⁷⁾.

O princípio da sustentabilidade da vida nos provoca a refletir sobre qual vida estamos falando e o que seria uma boa vida. Na civilização moderna ocidental, as estratégias de desenvolvimento se baseiam na suposição de que o modelo de boa vida é aquele que prevalece nas sociedades afluentes do Norte Global: Estados Unidos da América, Europa, Japão. Assim, as pessoas pobres do Norte Global e dos países do Sul Global, camponesas e as

mulheres do mundo podem alcançar a boa vida seguindo o caminho da industrialização, do progresso tecnológico e do acúmulo do capital dos países desenvolvidos, uma utopia a ser alcançada por aqueles que ainda estão atrasados. Os valores que permeiam essa boa vida são mercantilizados, regidos pela lógica do dinheiro, prevalecendo o consumismo, a individualidade, a competitividade⁷.

As pessoas precisam começar a perceber que *menos é mais* e definir o que constitui uma 'boa vida' alternativa. Essa nova definição de uma 'boa vida' enfatiza valores diferentes, como: autossuficiência, cooperação (em vez de competitividade) com os outros e com a natureza; respeito por todas as criaturas da terra e sua diversidade; crença na subjetividade não apenas de seres humanos, mas também de seres não humanos; comunalidade, em vez de interesse próprio agressivo; criatividade, em vez desse 'seguir o que os outros estão fazendo', que é responsável por muito consumo supérfluo em nossas sociedades; e encontrar satisfação e alegria no trabalho e na vida⁷⁽⁴⁰⁵⁾.

Assim, podemos refletir sobre uma vida boa a partir do ecofeminismo e de PCT, que chamam a atenção para a necessidade de

[...] mudar o foco para o bem-estar planetário e humano, para economias vivas, para o viver bem, para não possuir mais, para valorizar cooperação em vez de competitividade. Essas são as mudanças em curso por comunidades indígenas, agricultoras, mulheres e jovens⁷⁽³⁴⁾.

Considerações finais

A crise civilizatória que estamos faceando, de dimensões planetárias, fruto da modernidade e de seu sistema-mundo colonial/racista, patriarcal e capitalista, tem alimentado o desencantamento do mundo e com o mundo. As ameaças à sobrevivência chegam agora aos seres humanos, no bojo

do colapso socioambiental, em consequência da forma como nos colocamos na natureza, ou seja, da forma como trabalhamos.

A utopia do trabalho-*poiésis* – um trabalho que possibilite autonomia, alegria, criatividade, compartilhamento e cooperação – compõe o campo da STT desde a sua emergência na América Latina. Corremos o risco de nos deixar apequenar na luta pela STT diante do acirramento mundial da violência nas relações econômicas e de poder, das derrotas sofridas pelos movimentos de trabalhadores, pelo recuo nos direitos conquistados, pelas dificuldades em fazer avançar as políticas públicas.

Conhecer de forma mais aprofundada os diferentes caminhos criados pelos PCT, especialmente as mulheres, para a produção da vida na natureza pode lançar inspirações para que o campo da STT possa também re-existir, reinventando conteúdos, perspectivas e utopias para o nosso trabalho. Para elas, o sentido do trabalho se alinha à ideia de cuidado

com a vida em seus territórios. E para nós? Como o campo da STT se coloca diante do desafio de pensar na construção de economias e de trabalhos que tenham como princípio a sustentabilidade da vida?

Colaboradoras

Pontes AGV (0000-0002-3889-2484)* contribuiu para concepção e *design* do trabalho; aquisição, análise e interpretação de dados, elaboração, aprovação da versão final do manuscrito e acordo para ser responsável por todos os aspectos do trabalho. Rigotto RM (0000-0002-7460-3221)* contribuiu para concepção e *design* do trabalho; análise e interpretação de dados; revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante, aprovação da versão final do manuscrito e acordo para ser responsável por todos os aspectos do trabalho. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2012 ago 24 [acesso em 2023 mar 10]; Edição 165; Seção I:46. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/08/2012&*1&pagina=46&totalArquivos=240
2. Ministério da Saúde (BR). Documento orientador da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
4. Galeano E. As veias abertas da América Latina. Farcaco S, tradutor. Porto Alegre: L&PM; 2017.
5. Wanderley LJ. Extrativismo e neoextrativismo. In: Cruz WC, organizador. Dicionário de Ecologia Política. Rio de Janeiro: Consequência Editora; 2024. p. 178-82.
6. Moore JW. Trabajo barato?: tiempo, capital y la reproducción de la naturaleza humana. Relac Int. 2017;(36):215-32. DOI: <https://doi.org/10.15366/relacionesinternacionales2017.36.011>
7. Mies M, Shiva V. Ecofeminismo. Coelho CC, tradutor. Belo Horizonte: Editora Luas; 2021. 504 p.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Federici S. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Coletivo Sycorax, tradutor. São Paulo: Elefante; 2017. 464 p.
9. Svampa M. As fronteiras do neoextrativismo na América Latina: conflitos socioambientais, giro ecoterritorial e novas dependências. São Paulo: Elefante; 2019.
10. Carvalho AMP, Milanez B, Guerra EC. Rentismo-neoextrativismo: a inserção dependente do Brasil nos percursos do capitalismo mundializado (1900–2017). In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LA, organizadores. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 19-57.
11. Pochmann M. A reconfiguração latino-americana e o trabalho. In: Alves G, organizador. *Trabalho e valor: o novo (e precário) mundo do trabalho no século XXI*. Marília-São Paulo: Projeto Editorial Práxis; 2021. p. 64-79.
12. Rigotto RM, Rocha MM, Diógenes SS, et al. Vozes e fazeres do semiárido: convites à descolonização do campo científico, rumo a outras práxis. *Saúde debate*. 2022;46(Esp 2):277-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E219>
13. Cruz VC. R-existências, territorialidades e identidades na Amazônia. *Terra Livre*. 2006;22(26):63-89. DOI: https://doi.org/10.62516/terra_livre.2006.208
14. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2007 fev 8; Seção I:316.
15. Bispo dos Santos A. A terra dá, a terra quer. São Paulo: Ubu Editora; Piseagrama; 2023. 122 p.
16. Rigotto R, Leão FAF, Melo RD. A pedagogia do território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do Núcleo Tramas. In: Rigotto R, Aguiar ACP, Ribeiro LAD, organizadores. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 345-96.
17. Rocha CR. A carcinicultura nos tirou do mangue, o parque eólico nos tirou da duna. In: Paim ES, Furta-do FP, organizadoras. *Mulheres em defesa do território-corpo-terra-águas*. São Paulo: Editora Funilaria; 2024. p. 109-24.
18. Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. In: Sousa Santos B, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010.
19. Lander E, organizador. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
20. Porto-Gonçalves CW. A reinvenção dos territórios: a experiência latino-americana e caribenha. In: Cedeña AE, coordenadora. *Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado*. Buenos Aires: CLACSO; 2006. p. 151-97.
21. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina [Internet]. In: Lander E, organizador. *A colonialidade do saber*. Buenos Aires: CLACSO; 2005 [acesso em 2023 mar 10]. p. 117-42. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf
22. Pires TRO, Queiroz M, Nascimento WF. A linguagem da revolução: ler Frantz Fanon desde o Brasil. In: Fanon F. *Os condenados da terra*. Ferreira LF, Campos RS, tradutoras. Rio de Janeiro: Zahar; 2022. p. 7-27
23. Segato RL. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico decolonial. *e-cadernos CES*. 2012;18:106-31. DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.1533>
24. Lugones M. Colonialidade e gênero. In: Hollanda HB, organizadora. *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar; 2020. p. 52-83.
25. Grosfoguel R. Para uma visão decolonial da crise civilizatória dos paradigmas da esquerda ocidentalizada. In: Bernardino-Costa J, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R, organizadores. *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2023. p. 5-77.

26. Acosta A. O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos. Breda T, tradutor. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante; 2016.
27. Césaire A. Discurso sobre o colonialismo. Willer C, tradutor. São Paulo: Veneta; 2020.
28. Bispo dos Santos A. Colonização, quilombos: modos e significações. Brasília, DF: INCTI; UnB; INCT; CNPq; MCTI; 2015.
29. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
30. Diegues AC, Arruda RSV. Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente; São Paulo: USP; 2001.
31. Gómez LMH, Porto-Gonçalves CW. R-existência. In: Cruz WC, organizador. Dicionário de Ecologia Política. Rio de Janeiro: Consequência Editora; 2024. p. 562-7.
32. Herrero Y. Economia ecológica e economia feminista: um diálogo necessário. In: Isla A, Nobre M, Moreno R, et al. Economia feminista e ecológica: resistências e retomadas de corpos e territórios. São Paulo: SOF Sempre Viva Organização Feminista; 2020. p. 16-32.
33. Cabnal L. El relato de las violencias desde mi territorio cuerpo-tierra. In: Leyva Solano X, Icaza R, organizadoras. En tiempos de muerte: cuerpos, rebeldías, resistencias. Buenos Aires: CLACSO; San Cristóbal de Las Casas: Cooperativa Editorial Retos; La Haya: Institute of Social Studies; 2019. p. 113-23.
34. Gago V. A potência feminista ou o desejo de transformar tudo. São Paulo: Elefante; 2020.
35. Antunes R. A uberização e as novas experimentações do trabalho no capitalismo virótico. In: Alves G, organizador. Trabalho e valor: o novo (e precário) mundo do trabalho no século XXI. Marília-São Paulo: Projeto Editorial Práxis; 2021. p. 96-111.
36. Porto MFS, Martins BS. Repensando alternativas em Saúde do Trabalhador em uma perspectiva emancipatória. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2019;44:e16. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000019018>
37. Cunha T, Valle LP. O respeito à economia da vida e as pedagogias ecofeministas. *Otra Econ.* 2019;12(22):238-52.
38. Puleo A. Del ecofeminismo clásico al deconstructivo: principales corrientes de un pensamiento poco conocido. In: Amorós C, De Miguel A, organizadoras. Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. Madrid: Ed. Minerva; 2005. p. 121-54.
39. Nobre M, Moreno R. Natureza, trabalho e corpo: percursos feministas e pistas para a ação. In: Isla A, Nobre M, Moreno R, et al. Economia feminista e ecológica: resistências e retomadas de corpos e territórios. São Paulo: SOF Sempre Viva Organização Feminista; 2020. p. 33-52.
40. Puleo A. Anjos do ecossistema? In: Faria N, Moreno R, organizadoras. Análises feministas: outro olhar sobre economia e ecologia. São Paulo: SOF Sempre Viva Organização Feminista; 2012. p. 29-50
41. Orozco AP. Ameaça tormenta: a crise dos cuidados e a reorganização do sistema econômico. In: Faria N, Moreno R, organizadoras. Análises feministas: outro olhar sobre economia e ecologia. São Paulo: SOF Sempre Viva Organização Feminista; 2012. p. 51-93.
42. Orozco AP. Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados. Madrid: Consejo Económico y Social; 2006.
43. Orozco AP. Conflito capital-vida: contribuições do feminismo. *Trab Necess.* 2021;19(38).

Recebido em 15/04/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap)

Editora responsável: Maria Juliana Moura Corrêa

Relações de trabalho e a construção de políticas públicas para acesso e permanência de pessoas trans no mercado de trabalho

Labor relations and the formulation of public policies to promote access and retention of trans individuals in the workforce

Maria Luísa Corrêa Muniz¹, Lilian de Fatima Zandoni Nogueira², Mayara Evangelista de Andrade³, Gabriel Barbeto⁴, Ísis Gois⁵, Lilian Victoria Pérez Espínola⁶, Ana Cristina de Oliveira e Silva⁷, Barbara Iansã de Lima Barroso⁵

DOI: 10.1590/2358-28982025E210507P

RESUMO A saúde da pessoa trabalhadora é um direito fundamental, essencial para garantir condições dignas de trabalho e bem-estar. No entanto, pessoas trans enfrentam barreiras estruturais, sociais e institucionais que dificultam tanto sua inserção quanto sua permanência em empregos formais. Este artigo analisa as políticas públicas voltadas à inclusão de pessoas trans no mundo do trabalho com enfoque na superação de obstáculos relacionados com o preconceito, a desigualdade e a falta de acesso a ambientes laborais seguros e respeitosos. A discussão está organizada em três eixos: um panorama histórico das exclusões enfrentadas por essa população, a contextualização de políticas nacionais e internacionais, e propostas de estratégias para ampliar a inclusão efetiva. Destaca-se que o combate à discriminação no trabalho exige ações concretas, intersetoriais e contínuas, que envolvam governos, empresas, sociedade civil e pessoas trans. A promoção da equidade no trabalho deve ser entendida como uma prioridade de saúde pública e um imperativo dos direitos humanos. Apesar de avanços legais, ainda há desafios significativos, como a ausência de dados específicos e políticas abrangentes. O estudo reforça a importância de iniciativas que valorizem a diversidade e garantam igualdade de oportunidades para todos, especialmente para populações historicamente marginalizadas.

PALAVRAS-CHAVE Divisão do trabalho baseada em gênero. Exploração do trabalho. Pessoas transgênero. Política pública. Saúde coletiva.

ABSTRACT The health of workers constitutes a fundamental right and is essential to ensuring dignified labor conditions and well-being. Nonetheless, transgender individuals continue to face pervasive structural, social, and institutional barriers that hinder both their entry into and sustained participation in formal employment. This article offers a critical examination of public policies aimed at promoting the inclusion of transgender populations in the labor market, with emphasis on addressing obstacles rooted in stigma, inequality, and the lack of safe, affirming workplace environments. The discussion is organized around three central axes: historical overview of systemic exclusions experienced by trans persons; contextual analysis of national and international policy frameworks; and strategic proposals to advance substantive inclusion. The findings underscore that eliminating labor market discrimination requires concrete, multisectoral, sustained efforts involving governments, private enterprises, civil society, and transgender communities. Promoting equity in workplaces must be recognized as both a public health imperative and a core human right. Despite legal and institutional advancements, significant challenges remain—chief among them, the lack of disaggregated data and the limited reach of existing policy measures. This study reinforces the urgent need for initiatives that not only value diversity but actively foster equal opportunities, particularly for historically marginalized groups.

KEYWORDS Gender-based division of labor. Labor exploitation. Transgender people. Public policy. Public health.

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) – Abreu e Lima (PE), Brasil.
maria.muniz@abreuelima.ifpe.edu.br

²Universidade de Sorocaba (Uniso) – Sorocaba (SP), Brasil.

³Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande (PB), Brasil.

⁴Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (Ceunsp) – Itu (SP), Brasil.

⁵Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina (EPM) – São Paulo (SP), Brasil.

⁶Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) – São Paulo (SP), Brasil.

⁷Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.



Introdução

A saúde da pessoa trabalhadora é um direito fundamental, essencial para garantir condições dignas de trabalho e bem-estar. No entanto, quando se trata da inclusão de pessoas trans no mercado de trabalho, é necessário considerar as múltiplas barreiras que essas pessoas enfrentam, o que demanda uma análise mais aprofundada das políticas públicas voltadas tanto para sua inserção quanto para sua permanência no emprego. Além disso, é fundamental refletir sobre as condições em que essas pessoas vivem, trabalham, adoecem e morrem, evidenciando a necessidade de um olhar mais atento para sua saúde e qualidade de vida.

Com base em pensadores como Foucault, Butler e Derrida, é possível analisar a relação entre identidade e diferença, evidenciando a exclusão e a violência sofrida por minorias sexuais e de gênero. A heteronormatividade e o controle social dos corpos ainda representam desafios significativos mesmo diante de avanços legais. Para superar essas barreiras estruturais, é essencial a implementação de políticas públicas eficazes, além de iniciativas educacionais, jurídicas e culturais que promovam a inclusão e a equidade¹.

No Brasil, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado, conforme assegurado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88)², por meio de políticas sociais e econômicas que visam reduzir os riscos de doenças e outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse direito é resultado da mobilização do Movimento da Reforma Sanitária e encontra-se consagrado na CF/88, a qual adota uma concepção ampliada de saúde, que ultrapassa os limites da assistência médico-sanitária. Sob essa perspectiva, a saúde é compreendida como produto do acesso da população a bens e serviços públicos ofertados por meio de políticas sociais universais. A Previdência Social, a Saúde e

a Assistência Social integram o Sistema de Seguridade Social, configurando-se como uma importante conquista que reafirma o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população².

A 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT) se apresenta como um marco importante para a construção de novas diretrizes voltadas à promoção de uma sociedade mais inclusiva e igualitária na qual a equidade precisa ser um dos pontos focais da discussão³.

Os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) asseguram que toda pessoa nascida ou que esteja no País, independentemente de sua situação migratória, tem direito a um tratamento adequado e efetivo para suas necessidades. É fundamental que esse atendimento seja humanizado, acolhedor e livre de qualquer forma de discriminação, garantindo um ambiente respeitoso e inclusivo. Além disso, cada indivíduo deve ser tratado de maneira que respeite sua dignidade, valores e direitos, garantindo, assim, que todos possam receber o suporte necessário de maneira justa e equitativa^{4,5}.

Nesse contexto, a construção de políticas públicas que garantam o acesso e a permanência de pessoas trans no mercado de trabalho é uma prioridade para a efetivação de um processo longitudinal de inclusão social, no qual os direitos humanos de todas as pessoas trabalhadoras sejam não apenas assegurados por lei, normas ou regulamentos, mas também efetivamente estabelecidos no âmbito do dia a dia dessas pessoas⁶.

A discriminação e a falta de oportunidades limitam as possibilidades de inserção da população trans no mercado de trabalho. Travestis e transexuais enfrentam múltiplos obstáculos ao longo de suas vidas, seja na escola, no acesso aos serviços de saúde ou na busca por emprego. O trabalho, além de suprir necessidades básicas, é um fator essencial para a identidade e a inclusão social dos indivíduos. No entanto, devido a barreiras estruturais e sociais, muitas

dessas pessoas acabam restritas a setores específicos, como a indústria do sexo e da estética, reforçando a marginalização desse grupo. De acordo com o dossiê da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), aproximadamente 90% das travestis e mulheres transexuais no Brasil recorrem à prostituição como meio de subsistência enquanto as demais atuam em ocupações de baixa remuneração, como cabeleireiras, depiladoras e cozinheiras⁵.

Para Van de Cauter et al.⁷, quando essas pessoas possuem um trabalho formal, muitas delas preferem não evidenciar a sua identidade de gênero de forma imediata, só ocorrendo, após alguns anos de trabalho formal. A questão da ocultação está relacionada com o receio de discriminação e preconceito, fatores que podem intensificar quadros de angústia, ansiedade, depressão e, em casos mais graves, levar à ideação suicida. No setor industrial e na construção civil, é comum que essas pessoas jamais expressem sua identidade de gênero no ambiente profissional.

Ainda, a dificuldade de acesso a empregos formais está atrelada a fatores como transfobia, baixa escolaridade e preconceitos velados por parte das empresas. Além disso, há desafios no reconhecimento do nome social e na adequação dos espaços físicos, como banheiros e vestiários. Mesmo com algumas iniciativas do setor privado e de organizações não governamentais, como treinamentos e programas de capacitação, ainda há um longo caminho a percorrer para garantir a equidade no mercado de trabalho⁸.

O objetivo deste artigo é impulsionar uma reflexão sobre as políticas públicas da pessoa trabalhadora e práticas que promovem a inclusão efetiva e sustentável de pessoas trans no mercado de trabalho, considerando as barreiras sociais, estruturais e de saúde enfrentadas por essa população. O artigo está estruturado em três seções principais:

1. Contextualização histórica e desafios enfrentados: a primeira seção apresenta

um panorama histórico da população trans e suas lutas por acesso a direitos sociais, e aprofunda-se nos desafios específicos enfrentados para entrar e se manter no mercado de trabalho, discutindo também a relação entre condições de saúde, identidade de gênero e as consequências do estigma social. A análise será complementada com dados e informações sobre as barreiras educacionais e de empregabilidade.

2. O papel das políticas públicas: a segunda seção examina o cenário atual das políticas de trabalho no Brasil, com ênfase nas dificuldades que as pessoas trans enfrentam para acessar e manter seus empregos, considerando fatores como discriminação, transfobia e limitações no reconhecimento do nome social. É realizada uma comparação com práticas adotadas em outros países com o objetivo de identificar políticas bem-sucedidas que possam servir como inspiração para o desenvolvimento de novas estratégias e ações para promover a inclusão e a equidade no mercado de trabalho.

3. Estratégias de enfrentamento: a terceira seção do artigo discorre sobre a importância de políticas públicas como mecanismo de direcionamento para inserção e permanência da população trans em ambientes de trabalho.

O artigo se insere em uma reflexão crítica sobre as políticas de saúde e trabalho em que não existe uma política específica direcionada à população trans no País, destacando a importância de um levantamento histórico das lutas dessa população desde a década de 1970, incluindo suas reivindicações pela dignidade, e seus enfrentamentos durante a epidemia da aids na década de 1980. Além disso, será realizada uma análise comparativa com modelos de políticas adotadas internacionalmente, buscando aprender com as experiências bem-sucedidas e propor novas diretrizes para ingresso e permanência de pessoas trans no mercado de trabalho.

Contextualização histórica e desafios enfrentados

A população trans tem enfrentado desafios históricos para sua inserção no mercado de trabalho formal. O preconceito das empresas em relação às pessoas trans é uma das principais barreiras, forçando-as a buscar alternativas em trabalhos informais, que se tornam os principais meios de sustento e sobrevivência⁹.

De acordo com o mapeamento das pessoas trans no município de São Paulo, realizado pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDC)¹⁰, a principal ocupação entre as pessoas entrevistadas foi o trabalho sexual, com 34% de repostas, em que se identificaram como profissionais do sexo, acompanhantes ou garotas de programa. Esse dado evidencia a exclusão e a discriminação enfrentadas pela população trans ao buscar oportunidades no mercado de trabalho formal. A prostituição é uma estratégia de sobrevivência, excludente, segregadora e expõe essas pessoas a inúmeros riscos, como violência física e mental, além do aumento da vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis.

Em estudo desenvolvido pelo Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS)¹¹, foi identificado que, em 2022, o risco de contrair o HIV era 20 vezes maior entre as pessoas trans do que entre pessoas cisgêneras de 15 a 49 anos. Para as mulheres trans, esse risco era ainda mais elevado, sendo 19 vezes superior ao de mulheres cisgêneras da mesma faixa etária. Esses dados não apenas revelam o impacto da exclusão social, mas também a urgência em garantir acesso e permanência ao mercado de trabalho, além de ampliação de políticas públicas que aumentem os serviços de saúde e de prevenção¹².

No entanto, mesmo com a necessidade de cuidados específicos de saúde, as pessoas trans muitas vezes encontram discriminação e violência nos serviços de saúde. Ao procurar por atendimento, são frequentemente submetidas a novas vivências de preconceito, dificultando a realização de tratamentos mais prolongados e

cuidados necessários, o que agrava ainda mais a situação de vulnerabilidade dessa população¹³.

A luta das mulheres trans e travestis por acesso à saúde e aos direitos sociais teve início no final do século XX em 1992, quando foi criada a Associação de Travestis e Liberados (Astral), a primeira associação brasileira voltada para a defesa das pessoas trans. No entanto, a trajetória de visibilidade e reconhecimento da população trans como grupo político e social remonta à década de 1960. Nesse período, as mulheres trans e travestis eram apenas reconhecidas socialmente em eventos festivos, e foi somente na década de 1970 que a identidade travesti começou a ganhar visibilidade¹⁴.

Durante a primeira epidemia da aids, nos anos 1980, as identidades trans e travestis passaram a ser vistas com maior visibilidade política, mas mesmo com o crescente reconhecimento da saúde da população trans no Ministério da Saúde em 1990, o discurso oficial sobre a questão ainda era estigmatizante, associando o HIV a ‘sexualidades descontroladas’^{14,15}.

Embora, ao longo dos anos, a população trans tenha conquistado maior visibilidade e alguns direitos, os desafios persistem, especialmente no que tange ao acesso ao mercado de trabalho^{16,17}. A exclusão no ambiente escolar é um dos principais fatores que contribuem para as dificuldades enfrentadas por essa população na inserção no mercado formal. A falta de preparo das instituições de ensino para lidar adequadamente com as questões de gênero, em conjunto com a prevalência de discriminação e transfobia nas escolas, resulta em altas taxas de evasão escolar. Esse cenário compromete a qualificação da população trans, limitando suas oportunidades de acesso a uma educação formal que viabilize sua inclusão no mercado de trabalho¹⁸.

De acordo com dados do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT+ (Nudhes), no período de dezembro de 2019 a julho de 2021, o projeto ‘TransOdara’¹⁹, 42,8% das 1.279 mulheres trans e travestis

estudadas tinham apenas a escolaridade do ensino primário ou eram analfabetas. Além disso, 52,1% concluíram o ensino médio, e apenas 5,1% chegaram ao ensino superior¹⁴. Esses dados demonstram a dificuldade no processo de permanência no ambiente escolar e a consequente relação direta que a ausência de uma educação de qualidade suscita na formação profissional da população trans. No que diz respeito à formação escolar, outro fator impactante é o não acolhimento e reconhecimento familiar, conforme apontado por Barroso²⁰ na pesquisa do Mapeamento da População Trans do Estado de São Paulo: Região da Baixada Santista. Na etapa qualitativa da pesquisa, duas mulheres trans entrevistadas relataram que foram expulsas de casa devido à sua identidade de gênero, aos 12 e 13 anos respectivamente. Além disso, elas enfrentaram dificuldades para permanecer na escola e, posteriormente, não conseguiram adentrar no mercado de trabalho formal, em decorrência da falta de capacitação e por situações de violência verbal e/ou física²⁰.

Quando se trata do mercado de trabalho formal, as barreiras enfrentadas pela população trans vão desde a exclusão explícita em processos seletivos até a negação do uso do nome social⁹. Um estudo realizado no estado de São Paulo com 672 participantes revelou que 91,2% das pessoas transexuais não haviam alterado o nome em seus documentos, 8,6% haviam feito alterações parciais e 0,1% foi classificado como ignorado⁹. A falta de reconhecimento do nome social em ambientes de trabalho reflete uma das muitas formas de desrespeito à identidade de gênero das pessoas trans, dificultando ainda mais sua inclusão no mercado de trabalho⁹.

A não utilização do nome social no ambiente de trabalho, além de causar constrangimento e insegurança, pode gerar sérios impactos psicológicos para trabalhadores trans. O desrespeito à identidade de gênero cria um ambiente hostil, aumentando o risco de resistência do emprego e prejudicando a saúde mental dessas pessoas, já fragilizadas pelo

estigma social. Quando o nome social de uma pessoa não é respeitado, diversas situações de desrespeito e constrangimento ocorrem em efeito cascata, violando seus direitos fundamentais. Isso expõe a vulnerabilidade da pessoa, tornando-a desconfortável e gerando insegurança no ambiente de trabalho, uma vez que outros colaboradores podem não respeitar sua identidade. Como consequência, a pessoa trabalhadora pode se ver forçada a pedir seu desligamento da empresa²¹.

Além disso, as condições de trabalho precárias e a violência simbólica também são fatores que aumentam a vulnerabilidade da população trans. A falta de adequação dos ambientes de trabalho, como banheiros e vestiários, a precarização das condições laborais e a dificuldade de acesso a capacitação profissional contribuem para a maior taxa de desemprego e a maior proporção de trabalho informal entre as pessoas trans quando comparadas à população cisgênera^{16,22}.

Dessa forma, é imprescindível destacar a importância de políticas públicas que promovam a inclusão e a permanência das pessoas trans no mercado de trabalho, criando um ambiente seguro e saudável para seu desenvolvimento profissional. Portanto, é fundamental que sejam implementadas políticas públicas específicas, com enfoque em educação, capacitação, saúde e respeito à identidade de gênero, para que as pessoas trans possam se desenvolver plenamente e contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva²¹.

O papel das políticas públicas

A luta pela inclusão no mercado de trabalho vai além do combate à exclusão, trata-se também de uma batalha pela sobrevivência e pela garantia de direitos básicos. Nesse sentido, torna-se fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem a inclusão de pessoas trans no mercado de trabalho de forma

digna e sustentável, promovendo equidade e oportunidades reais no ambiente profissional.

Em 2016, entrou em vigor no Brasil o Decreto nº 8.727²³ que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais. Esse ato normativo assegura o direito a essa população requerer que o nome social conste em seus documentos oficiais e em registros dos sistemas de informação, cadastros, programas, serviços, fichas, formulários e prontuários, podendo, dessa forma, utilizar o nome com o qual se identificam²⁴, incluindo a carteira de trabalho e previdência social^{23,24}.

Além disso, em 2018, a Corregedoria do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do Provimento nº 73/2018, estabeleceu a possibilidade de pessoas trans maiores de 18 anos retificarem o nome e o gênero em suas certidões de nascimento e de casamento diretamente nos cartórios de registro civil²⁵. Antes dessa medida, o processo de retificação exigia ação judicial. A alteração garante, ainda, a atualização de todos os demais documentos e registros, que devem ser adaptados conforme a nova certidão²⁵. No entanto, apesar da simplificação do procedimento, persistem entraves burocráticos e custos variáveis, dependendo do estado em que a retificação é solicitada.

Nem toda pessoa trans, portanto, tem facilidade em retificar o nome e sexo nos documentos mesmo que o direito ao nome social continue desempenhando um papel essencial na construção da identidade e no bem-estar das pessoas trans. O respeito ou desrespeito a esse direito impacta diretamente suas experiências em diferentes contextos, incluindo serviços de saúde e ambientes de trabalho. O desrespeito ao uso do nome social gera sentimento de frustração e desvalorização, afastando essa população de espaços importantes e dificultando sua plena inclusão social²⁶.

Nesse contexto, a marginalização e a discriminação frequentemente enfrentadas por travestis e transexuais, que muitas vezes limitam o acesso a serviços essenciais,

podem ser minimizadas por meio de medidas como o reconhecimento do nome social. Essa estratégia, além de simples e de baixo custo, fortalece o acolhimento, a humanização e a integralidade da assistência prestada, promovendo a cidadania e garantindo maior inclusão dessa população nas diversas esferas sociais²⁷.

Nesse sentido, políticas públicas que assegurem o direito ao nome social no ambiente de trabalho e nos processos seletivos são essenciais para a construção de espaços mais inclusivos e respeitosos. Garantir que pessoas trans possam utilizar seus verdadeiros nomes não apenas reconhece e valida sua identidade de gênero, mas também contribui para um ambiente profissional mais equitativo, no qual a diversidade é valorizada e respeitada²⁷.

É necessário o investimento em políticas públicas que proporcionem desde a garantia ao uso do nome social e o acesso a serviços de saúde até moradia digna e autonomia financeira por meio de escolarização e programas de capacitação profissional voltados para pessoas trans, os quais, por sua vez, são extremamente necessários para o desenvolvimento de potenciais individuais e coletivos bem como para a organização de uma força em prol de cidadania e qualidade de vida para esse grupo²⁸.

Um exemplo disso é o programa Trans cidadania, que visa à formação e à inclusão das pessoas trans no mercado de trabalho formal^{28,29}. Essa ação é uma política pública do município de São Paulo, que foi instituída pelo Decreto nº 55.874/2025 e que teve nova regulamentação pelo Decreto nº 58.227/2018³⁰. O programa Trans cidadania promove a geração de cidadania, autonomia e oportunidades para a população trans por meio do aumento do nível educacional, da qualificação profissional e da capacitação para o mercado de trabalho^{29,31}. Outro dispositivo que oportuniza acesso e permanência da comunidade trans no mercado de trabalho, é o do Processo Transexualizador no SUS, redefinido e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013^{32,33}.

Pessoas trans com acesso à acolhimento adequado em instituições de saúde, regulação para serviços especializados, terapias hormonais e procedimentos cirúrgicos atingem com mais facilidade a passabilidade ao gênero com o qual se identificam e, conseqüentemente, sentem-se melhor, proporcionando qualidade de vida e minimizando desconfortos em ambientes de trabalho causados por preconceitos³⁴.

Algumas iniciativas de projetos sem fins lucrativos têm se dedicado a pensar na temática que envolve a promoção da inclusão de pessoas LGBTQIAPN+ no ambiente de trabalho. Podemos citar TransEmpregos, Pride At Work; Pride Connection; Out & Equal. Essas iniciativas são importantes ações para empregabilidade de pessoas trans. É essencial destacar também políticas públicas implementadas tanto no Brasil quanto em outros países, tais como a Lei estadual de São Paulo, que colabora para a contratação de pessoas trans pelas empresas, e políticas internacionais de países como Nova Zelândia e Canadá, que demonstram boas práticas de inclusão trans em empresas privadas e públicas, oferecendo lições valiosas^{35,36}.

No Brasil, a CF/88 e a legislação trabalhista buscam garantir a igualdade de oportunidades, como previsto na Lei nº 9.029/1995³⁷, que proíbe práticas discriminatórias que restrinjam o acesso e a manutenção no emprego com base em identidade de gênero, entre outros fatores. Além disso, a Portaria nº 2.836/2011 instituiu a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do SUS, reconhecendo as necessidades específicas dessa população³¹. No entanto, na prática, a inserção e permanência de pessoas trans e não binárias no mercado de trabalho ainda enfrentam barreiras significativas, como discriminação nos processos seletivos, falta de políticas afirmativas nas empresas e ambientes laborais hostis²⁸.

Em alguns países, políticas de cotas ou ações afirmativas têm sido implementadas para promover a inclusão de pessoas transexuais no mercado de trabalho formal. Essas medidas visam garantir uma representatividade mínima e combater a discriminação estrutural. No *quadro 1*, apresentaremos algumas legislações/projetos/iniciativas em outros países que podem ser investigadas como referência para atender às necessidades brasileiras.

Quadro 1. Legislação sobre trabalho formal para população trans em diversos países

Estados Unidos	– Title VII of the Civil Rights Act of 1964: protege os indivíduos contra a discriminação com base em sexo, que tem sido interpretada para incluir discriminação com base em orientação sexual e identidade de gênero ³⁸ . – Executive Order 13672: proíbe a discriminação com base em orientação sexual e identidade de gênero por parte de contratados do governo federal ³⁹ .
União Europeia	– Diretiva da União Europeia 2000/78/EC: proíbe a discriminação com base em orientação sexual no emprego ⁴⁰ . – Diretiva da União Europeia 2006/54/EC: proíbe a discriminação no emprego com base em sexo, que pode incluir discriminação com base em identidade de gênero e expressão de gênero ⁴¹ .
Canadá	– Canadian Human Rights Act: proíbe a discriminação com base em orientação sexual e identidade de gênero no emprego ⁴² . – Bill C-16: alterou o Canadian Human Rights Act para incluir a proteção contra a discriminação com base em identidade de gênero e expressão de gênero ⁴³ .
Argentina	– A Lei de Identidade de Gênero (Lei nº 26.743) da Argentina, promulgada em 2012, reconhece o direito à identidade de gênero autodeclarada e estabelece medidas para garantir a inclusão de pessoas trans no mercado de trabalho. Essa lei abrange questões como o direito à igualdade de oportunidades, a não discriminação no emprego e a promoção de ações afirmativas ⁴⁴ .

Quadro 1. Legislação sobre trabalho formal para população trans em diversos países

Índia	- A The Transgender Persons (Protection of Rights) Act 2019 é uma legislação na Índia que busca proteger os direitos e o bem-estar das pessoas transgênero, combater a discriminação e promover a igualdade e inclusão dessas pessoas na sociedade ⁴⁵ .
Tailândia	- O documento 'Legal Gender Recognition in Thailand: A Legal and Policy Review': este relatório, produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em colaboração com o Ministério do Desenvolvimento Social e Segurança Humana da Tailândia, analisa o reconhecimento legal de gênero no país, abordando aspectos jurídicos e políticos relevantes para a inclusão de pessoas trans ⁴⁶ .
Uruguai	- O Uruguai aprovou a Lei de Identidade de Gênero (Lei nº 18.620) em 2009, que permite às pessoas trans alterarem legalmente sua identidade de gênero. A lei também proíbe a discriminação com base na identidade de gênero e promove a inclusão de pessoas trans no ambiente de trabalho ⁴⁷ .
Espanha	- Espanha aprovou a Lei de Igualdade LGTBI+ (Lei 3/2021) em 2021, que visa garantir a igualdade de tratamento e oportunidades para pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexuais. Essa lei estabelece medidas de não discriminação no emprego com base na identidade de gênero e promove a inclusão de pessoas trans no mercado de trabalho ⁴⁸ . - A Lei 4/2023 dá igualdade real e efetiva das pessoas trans e para a garantia dos direitos das pessoas LGTBI+ ⁴⁹ .

Fonte: elaboração própria.

Estratégias de enfrentamento

Diante do exposto, torna-se imprescindível refletir alguns mecanismos de enfrentamento que apresentaremos: a realização de Conferências Nacionais de Saúde e a elaboração e consolidação de dispositivos legais resultantes dessas discussões, como a Norma Regulamentadora nº 1 (NR 1) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; a implementação de políticas públicas voltadas para a educação de gênero, direcionadas a gestores, profissionais de recursos humanos, trabalhadores e à população geral; a adoção de diretrizes que assegurem concorrência justa na disputa às vagas de trabalho, igualdade de oportunidades de crescimento dentro das empresas e combate à discriminação nas instituições; a promoção do acesso à serviços saúde, incluindo o apoio psicológico; a ampliação da inserção à educação e à capacitação profissional; e, finalmente, o estímulo a práticas empresariais inclusivas, por meio de políticas de incentivo. Essas ações configurariam o estabelecimento de um compromisso coletivo entre governo, empresas e

sociedade civil, visando à construção de ambientes de trabalho mais justos e acolhedores.

As Conferências Nacionais de Saúde são eventos fundamentais que ocorrem periodicamente no Brasil, reunindo diversos segmentos da sociedade para avaliar a situação da saúde no País e propor diretrizes para a formulação de políticas públicas. Essas conferências promovem a participação ativa das pessoas cidadãs na defesa dos direitos à saúde, atendendo às necessidades da população e contribuindo para o fortalecimento do SUS⁵⁰.

No campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora, as Conferências Nacionais de Saúde reforçaram os ideais do trabalho e que suas relações sejam compreendidas como determinantes de saúde, e o trabalho digno, como condição essencial para cidadania; mobilizaram a implementação e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; e enfatizaram a demanda por condições seguras, inclusivas e antidiscriminatórias de trabalho⁵¹.

Como resultado das discussões acumuladas ao longo das Conferências Nacionais de Saúde, bem como nos debates promovidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego, no que

tange, especialmente, no âmbito da Inspeção do Trabalho, importantes atualizações normativas têm sido implementadas, refletindo diretamente as transformações sociais, tecnológicas e as relações de trabalho, bem como na necessidade de reorganização do trabalho. Dentre essas mudanças, destaca-se a Portaria nº 1.419, de agosto de 2024, com vigência prevista para 26 de maio de 2025, que atualiza a Norma Regulamentadora nº 1⁵². Essa atualização incorpora, por meio do item 1.5.3.1.4, as diretrizes das NR 9 e NR 17, estabelecendo que as organizações devem considerar as condições de trabalho previstas na NR 17, incluindo os fatores de risco psicossociais relacionados à atividade laboral^{52,53}.

Alguns riscos psicossociais incidem de forma particularmente intensa sobre pessoas trans, especialmente aqueles relacionados com conflitos interpessoais, exclusão social, discriminação, assédio moral e outras formas de violência psicológica no ambiente de trabalho. A nova redação normativa destaca a urgência de políticas institucionais claras e eficazes para o enfrentamento dessas práticas, reafirmando o compromisso com ambientes laborais mais seguros, inclusivos e saudáveis. Além disso, fatores como a subutilização de competências, a ausência de qualificação adequada, o isolamento social ou físico, bem como os conflitos entre demandas profissionais e a vida pessoal, passam a ser reconhecidos como riscos psicossociais que exigem identificação, avaliação e gestão adequadas. Tais elementos devem ser integrados aos programas de gestão de riscos, por meio de ações preventivas e estratégias de controle compatíveis com a realidade organizacional e com as especificidades dos sujeitos envolvidos. Esses avanços normativos dialogam com a compreensão crescente de que o trabalho é um determinante social da saúde, cuja organização pode tanto promover o bem-estar quanto contribuir para o sofrimento psíquico. A saúde da pessoa trabalhadora, nesse sentido, deve ser entendida como parte indissociável das políticas públicas de saúde, sendo fundamental o reconhecimento

institucional dos fatores subjetivos, coletivos, sociais e contextuais que atravessam o cotidiano e os processos de trabalho⁵³.

Para viabilizar a participação social da população trans, é essencial reconhecer o papel da educação e a implementação de políticas públicas voltadas à educação de gênero. Essas ações têm como objetivo sensibilizar a sociedade para os estigmas e estereótipos que perpetuam a exclusão, promovendo a inclusão de pessoas trans em diversas esferas sociais, com ênfase no mercado de trabalho formal⁵⁴. A educação de gênero, nesse sentido, constitui-se como ferramenta fundamental para a eliminação de barreiras e preconceitos, assegurando o acesso equitativo a oportunidades e a participação plena dessa população em todos os aspectos da vida social.

Esse processo de treinamento, sensibilização e capacitação sobre diversidade e identidade de gênero para empregadores e equipes de recursos humanos é fundamental para criar um ambiente seguro e equânime para todas as pessoas. Por meio dessa conscientização, os gestores e a população começarão a valorizar o trabalhador pela sua capacidade produtiva, e não pela sua identidade de gênero⁵⁵.

Entretanto, o potencial de trabalho da população trans é comprometido visto que, ao longo da vida, ela se depara com estigma e discriminação nos ambientes escolares, aumentando a sua vulnerabilidade. Com a finalidade de promover condições mais equilibradas de concorrência no mercado de trabalho, deve-se investir em estratégias que ampliem o acesso à educação e à capacitação profissional por meio de políticas educacionais inclusivas, que promovam a valorização da diversidade e do respeito à identidade de gênero nas instituições de ensino, como estratégias essenciais para enfrentar a evasão escolar⁹.

Nesse sentido, para além das ações educativas, é imprescindível uma atuação efetiva do Estado, que possui a responsabilidade de formular e implementar políticas públicas que assegurem às pessoas trans seus direitos, entre eles, o de competir em condições de

igualdade com os demais cidadãos no acesso e na permanência no mercado de trabalho formal. Tais medidas são fundamentais para a promoção da dignidade e da igualdade substancial desse grupo, contribuindo para sua inclusão socioeconômica e para a redução das desigualdades estruturais¹⁶.

Entretanto, para que a inclusão trans no mercado de trabalho seja efetiva e sustentável em longo prazo, é necessário um compromisso coletivo envolvendo governos, empresas e sociedade civil. Além do desenvolvimento de habilidades e competências individuais, é imprescindível a implementação de medidas institucionais que assegurem igualdade de oportunidades e combatam a discriminação. Somente assim será possível promover um ambiente profissional verdadeiramente inclusivo, no qual todas as pessoas possam exercer sua cidadania de forma plena e digna^{16,22}.

Outra necessidade fundamental é um olhar mais profundo e comprometido com o apoio psicológico e à saúde da população trans. É preciso criar estratégias de enfrentamento que efetivem o acesso a serviços de saúde adequados, abrangendo desde a terapia e o cuidado com a saúde mental até o processo transexualizador^{17,32,56}. Além disso, é preciso fortalecer ações de prevenção, que muitas vezes são negligenciadas, promovendo a aceitabilidade e o respeito às especificidades dessa população dentro dos sistemas de saúde.

Quando são realizados procedimentos clínicos e cirúrgicos que promovem a transição corporal, a pessoa transexual tem sua identidade valorizada, adquire dignidade e, conseqüentemente, melhora sua autoestima e qualidade de vida. Esses fatores contribuem diretamente para o fortalecimento de sua autonomia, ampliam as possibilidades de socialização e reduzem as barreiras enfrentadas nos diversos ambientes de convívio^{17,32,56}. O reconhecimento institucional da identidade de gênero reforça a cidadania e contribui para a construção de trajetórias profissionais mais estáveis e inclusivas^{57,58}.

Para Bitencourt e Oliveira⁵⁷, o discurso presente na ideologia norteadora política de

uma ‘ideologia de gênero’ está pautado em uma disputa em torno da noção de direitos humanos, e a necessidade de políticas públicas inclusivas que reconheçam e respeitem a diversidade de identidades de gênero deve ser pautada nas necessidades da população, baseada em dados científicos que dialoguem com a sociedade civil, garantindo a participação ativa de grupos minoritários na formulação e implementação das políticas que os afetam. Além disso, a promoção da educação e da conscientização sobre questões de gênero deve ser um pilar dessas políticas, evitando reforçar papéis e marcações de gênero heteronormativas e afastando, em especial, um conflito ideológico em torno de concepções específicas de mundo e dos modos de vida considerados legítimos pela sociedade.

Por fim, é necessária a adoção de táticas no âmbito dos estímulos para empresas inclusivas por meio da formulação de políticas de incentivo para empregadores que contratem e mantenham pessoas trans em seu quadro de efetivos, do recebimento de benefícios fiscais, da divulgação e reconhecimento público e da oferta de suporte técnico^{8,9}.

Considerações finais

O estigma e a discriminação no ambiente de trabalho são questões que precisam ser discutidas não apenas dentro das empresas, mas também de forma ampla na sociedade. Essas questões exigem um processo contínuo de letramento e educação sobre preconceito, identidade de gênero, classe social e o papel de cada indivíduo na construção de uma cidadania plena. A promoção de um ambiente mais inclusivo exige que a sociedade dialogue permanentemente sobre as múltiplas formas de discriminação, especialmente aquelas que afetam as pessoas trans, para que essas discussões se traduzam em mudanças estruturais reais.

O maior desafio consiste em transformar esses debates em ações concretas que não

apenas garantam a inclusão das pessoas trans, mas também promovam uma sociedade mais igualitária e respeitosa aos direitos humanos. A criação e a implementação de políticas públicas voltadas para o acesso e a permanência das pessoas trans no mercado de trabalho devem ser encaradas como uma prioridade de saúde pública e um passo fundamental para a efetivação dos direitos humanos. Tais políticas devem ser orientadas para a eliminação das barreiras estruturais que ainda limitam as possibilidades de inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho e para a criação de ambientes de trabalho inclusivos, justos e saudáveis para todos.

É necessário que haja uma ação coordenada entre governo, empresas, sociedade civil e as próprias pessoas trans, de forma a garantir uma integração mais eficaz dessa população no mundo do trabalho. Além disso, a implementação de políticas públicas no contexto do mercado de trabalho deve garantir que as oportunidades sejam verdadeiramente iguais para todas as pessoas, além de proporcionar ambientes seguros e respeitosos, nos quais a diversidade seja valorizada.

Apesar dos avanços nos direitos de pessoas LGBTQIAPN+, a discriminação e o preconceito continuam sendo barreiras significativas para o acesso e a permanência dessas pessoas em diversas profissões. Portanto, é imprescindível que tanto iniciativas públicas quanto privadas promovam práticas de contratação mais inclusivas, assegurem mecanismos de proteção contra a discriminação e incentivem a valorização da diversidade nas equipes. A compreensão dos direitos deve ser ampla e equitativa, sem enfraquecer as lutas específicas de determinados grupos sociais. Dessa forma, a promoção do direito ao trabalho para pessoas LGBTQIAPN+ não deve ser vista como um privilégio, mas como um passo necessário para assegurar que todos, sem exceção, tenham seus direitos plenamente reconhecidos e respeitados.

Este artigo, embora aborde de forma abrangente as questões de inclusão e permanência das pessoas trans no mercado de trabalho, possui algumas limitações. Inicialmente, a

análise enfocou principalmente o contexto brasileiro, o que limita a compreensão do impacto de políticas em contextos globais diversos. Além disso, a comparação com políticas de outros países, embora relevante, foi restrita a alguns exemplos internacionais que não abrangem todas as realidades possíveis. A pesquisa também se baseou em fontes secundárias, o que pode gerar uma interpretação limitada ou dependente de dados disponíveis em determinado momento, sem uma atualização constante.

Outro ponto a ser considerado é que a diversidade dentro da população trans é ampla, com diferentes experiências, trajetórias e necessidades. Este estudo não foi capaz de abordar todas essas especificidades, sendo fundamental que futuros estudos aprofundem-se nas múltiplas dimensões da vivência das pessoas trans, incluindo questões relacionadas com raça/cor, classe social e a interseção dessas variáveis com as dificuldades no acesso ao trabalho e à saúde.

Por fim, a implementação das políticas discutidas ainda enfrenta grandes desafios no Brasil, o que limita o impacto imediato das propostas aqui apresentadas. A falta de dados consistentes sobre a inclusão de pessoas trans no mercado de trabalho formal, por exemplo, é uma barreira importante que dificulta a elaboração de estratégias mais eficazes.

Colaboradores

Muniz MLC (0009-0004-4434-6991)*, Nogueira LFZ (0000-0002-4295-4422)*, Andrade ME (0000-0001-5256-2169)*, Barbeta G (0009-0008-7121-0845)* e Barroso BIL (0000-0002-3591-4350)* contribuíram para concepção, análise, interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Gois Í (0000-0003-2001-6803)*, Espínola LVP (0000-0003-3996-3050)* e Silva ACO (0000-0001-8605-5229)* contribuíram para redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Motta JIJ. Sociedade, fobias e diferenças. *Saúde debate*. 2022;46(Esp 4):60-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E404>
2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2025 mar 30]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
3. Vasconcellos LCF, Gaze R, Guedes DT, et al. A saúde no trabalho é um direito humano. *Saúde debate*. 2025;49(145):e145ED. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025145ED-P>
4. Bastos SP, Ferreira AP. A judicialização da saúde: uma atuação da magistratura na sinalização da necessidade de desenvolvimento e de implementação de políticas públicas na área da saúde. *Saúde debate*. 2019;43(Esp 4):48-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S405>
5. Siqueira SAV, Fernandes FMB, Motta CT, et al. Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS: uma análise das experiências iniciais de avaliação externa. *Saúde debate*. 2022;46(Esp 4):131-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E410>
6. Addor N, Knopik Ferraz MO, Villatore MAC. O trabalho da pessoa transgênera: políticas públicas de igualdade laboral alcances e possibilidades. *Direito Justiça*. 2020;20(37):47-66. DOI: <https://doi.org/10.31512/rdj.v20i37.28>
7. Van de Cauter J, Van Schoorisse H, Van de Velde D, et al. Return to work of transgender people: A systematic review through the blender of occupational health. *PLoS One*. 2021 nov 1;16(11):e0259206. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259206>
8. Santos KMO, Oliveira-Silva LC. Marcadas pelo mercado: inserção profissional e carreira de mulheres transexuais e travestis. *Cad Pagu*. 2021;(62):e216221. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449202100620021>
9. Silva MA, Luppi CG, Veras MASM. Work and health issues of the transgender population: factors associated with entering the labor market in the state of São Paulo, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1723-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33082019>
10. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa [Internet]. São Paulo: Cedec; 2021 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LGBT/AnexoB_Relatorio_Final_Mapeamento_Pessoas_Trans_Fase1.pdf
11. UNAIDS. HIV and transgender people — Thematic briefing note — 2024 global AIDS update: The urgency of now: AIDS at a crossroads [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2024 [acesso em 2025 jul 30]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/2024-unaids-global-aids-update-transgender-people>
12. Magno L, Silva LAV, Veras MA, et al. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00112718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112718>
13. Menezes L, Silva L, Murgio C, et al. Invisibilização e preconceitos velados. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2024;19(46):3961. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3961](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3961)
14. Neves ALM, Sívori HF. Political action in the health of transgender people in Manaus, Amazonas, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2024;29(1):e00642023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024291.00642023>
15. Pereira CR, Cruz MM, Cota VL. Sexualidade, socialidade, trabalho e prevenção do HIV entre populações vulneráveis na pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2022;46(Esp 7):62-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E704>

16. Almeida CB, Vasconcellos VA. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo? *Rev Direito GV*. 2018;14(2):303-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201814>
17. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180633. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>
18. Bento B. Vista do Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea* [Internet]. 2014 [acesso em 2025 mar 30];4(1):165-82. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197/101>
19. Dourado I, Magno L, Leite BO, et al. Prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em mulheres trans e travestis no Brasil: dados do estudo TransOdara. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27(Supl 1):e240004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240004.supl.1.2>
20. Barroso BIL, Bassichetto KC, Vieira DL, et al. Mapeamento da população trans da Baixada Santista, 2023: estudo descritivo. *Epidemiol Serv Saúde*. 2025;33(Esp 1):e2024409. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024409>
21. Ferreira FF, Ribeiro TMS, Brito WF. Percepção das pessoas Trans acerca do acesso ao mercado de trabalho. *Rev Psicol Divers Saúde*. 2022;11:e3946. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2022.e3946>
22. Amaral AJM, Capelari RS. Da imperiosa necessidade de alteração do art. 58 da Lei 6.015/1973: um registro público de respeito à transexualidade e o direito ao nome social sem a intervenção do Poder Judiciário. *Rev Biodireito Direito dos Animais*. 2015;1(1):139-64. DOI: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9695/2015.v1i1.22>
23. Conselho Nacional de Justiça (BR). Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN) [Internet]. *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, DF. 2018 jun 29 [acesso em 2025 abr 14]; Edição 119:8. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2623>
24. Cerqueira TD, Denega AM, Padovani AS. A importância do nome social para autoaceitação e respeito das pessoas “trans”. *RF* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 mar 30];8(2):26-39. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/34894>
25. Conselho Nacional de Justiça (BR). Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN) [Internet]. *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, DF. 2018 jun 29 [acesso em 2025 abr 14]; Edição 119:8. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2623>
26. Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis*. 2017;27(3):835-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300023>
27. Pedra CB, Souza EC, Rodrigues RVA, et al. Políticas públicas para inserção social de travestis e transexuais. *Rev Ciênc Estado*. 2018;3(1):170-99. DOI: <https://doi.org/10.35699/2525-8036.2018.5091>
28. Assis VLS, Arruda AS. Programa Transcidadania: uma revisão sistemática. *RIPPMar*. 2023;9(1):27-40. DOI: <https://doi.org/10.36311/2447-780X.2023.n1.p27>
29. Moquedace PS, Maciel EMGS. Itinerários de travestis e transexuais no acesso ao tratamento hormonal no Amig (RJ) e caracterização dos usuários do serviço. *Saúde debate*. 2023;47(Esp 1):e8969. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18969P>
30. São Paulo (SP). Decreto nº 58.227, de 16 de maio de 2018 [Internet]. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 2018 [acesso em 2025 jul 30]. Disponível em: <https://app-plpconsulta-prd.azurewebsites.net/Forms/MostrarArquivo?ANO=2018&DOCUM>

ENTO=Atualizado&NUMERO=58227&TIPO=DEC
&utm_source=chatgpt.com

vel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm

31. Costa LF, Hennington ÉA. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Resende, Rio de Janeiro. *Saúde debate*. 2023;47(Esp 1):e9136. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19136P>
32. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2013 nov 21 [acesso em 2025 jun 30] Edição 226; Seção I:25. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/11/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=104>
33. Reis AA, Carvalho HR. A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2023;47(Esp 1):e9135. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19135P>
34. Souza CV, Goldschmidt R. O princípio da não discriminação e a inclusão socioeconômica da transsexual no mercado formal de trabalho. *Saber Hum*. 2018;8(13):88-101. DOI: <https://doi.org/10.18815/sh.2018v8n13.331>
35. Canadá (CA). Canadian Human Rights Act. Justice Laws Website [Internet]. 2024 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/h-6/>
36. Silva PHA, Bastos DF. Políticas públicas, participação social e a comunidade trans: um debate acerca da centralidade do trabalho como fator de inclusão social digna no Brasil. *Laborare*. 2023 Sep 18;6(11):295-315.
37. Presidência da República (BR). Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 1995 abr 17 [acesso em 2025 jul 30]; Seção I:5361. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm
38. United States of America (USA). Public Law 88-352. Civil Rights Act of 1964 [Internet]. Washington, D.C.: GovInfo; 1964 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-78/pdf/STATUTE-78-Pg241.pdf>
39. United States of America (USA). Presidential Proclamation—LGBT Pride Month, 2014 [Internet]. Washington (DC): The White House; 2014 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/app/details/DCPD-201400553>
40. European Union (EU). Council Directive of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation [Internet]. Brussels: EUR-Lex; 2000 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2000/78/oj>
41. European Union (EU). Directive 2006/54/EC of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006 on the implementation of the principle of equal opportunities and equal treatment of men and women in matters of employment and occupation [Internet]. Brussels: EUR-Lex; 2006 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2006/54/oj>
42. Canadá. Canadian Human Rights Act. Justice laws Website [Internet]. 2024 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/h-6/>
43. Walker J. Legislative Summary of Bill C-16: An Act to amend the Canadian Human Rights Act and the Criminal Code [Internet]. Ottawa, Canada: Library of Parliament; 2016 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/421C16E
44. Argentina (AR). Ley Nº 26.743 de Identidad de Género [Internet]. Buenos Aires: Gobierno de la Nación Argentina; 2012 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm

- vel em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf
45. India (IN). The Transgender Persons (Protection of Rights) Act, 2019 [Internet]. New Delhi: Government of India; 2019 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/13091/1/a2019-40.pdf>
 46. United Nations Development Programme Thailand. Legal Gender Recognition in Thailand: A Legal and Policy Review [Internet]. Bangkok: UNDP; 2018 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/legal-gender-recognition-in-thailand-2018.pdf>
 47. Uruguay (UY). Ley Nº 18.620, de 17 de octubre de 2009. Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios [Internet]. Montevideo: Diario Oficial; 2009 out 21 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18620-2009>
 48. España (ESP). Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico. Boletín Oficial del Estado [Internet] BOE-A-2021-1529, Madrid. 2021 fev 3 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2021/02/02/3/con>
 49. España (ESP). Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI [Internet]. Boletín Oficial del Estado [Internet] BOE-A-2023-5366, Madrid. 2023 mar 1 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4/con>
 50. Stedile NLR, Guimarães MCS, Ferla AA, et al. Contributions of national health conferences to the definition of public environmental and health information policy. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(10):2957-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014>
 51. Lacaz FA de C, Flório SMR. [Social Control, work world and the National Conferences of Health at the turn of the 20th century]. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(6):2123-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000600019>
 52. Ministério do Trabalho e Emprego (BR), Gabinete do Ministro. Portaria MTE nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. Aprova a nova redação do capítulo “1.5 Gerenciamento de riscos ocupacionais” e altera o “Anexo I - Termos e definições” da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 ago 28 [acesso em 2025 abr 14]; Edição 166; Seção I:131. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mte-n-1.419-de-27-de-agosto-de-2024-580778271>
 53. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora No. 9 (NR-9). Gov.br [Internet]. 2020 out 22 [atualizado 2025 jan 8; acesso em 2025 abr 14]; Acesso à Informação. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-9-nr-9>
 54. Moura RG. Vista do políticas públicas como ferramenta de equidade entre (trans) gêneros no mundo do trabalho. *Cad UniFOA* [Internet]. 2015 [acesso em 2025 mar 30];(29):77-87. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/366/400>
 55. Hanauer OFD, Hemmi APA. Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero. *Saúde debate*. 2019;43(Esp 8):91-106. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S807>
 56. Vieira VF, Bermúdez XPCD, Goldberg A. O processo transexualizador a partir das narrativas de pessoas trans, gestores e profissionais da saúde. *Saúde debate*. 2025;49(145):e10026. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514510026P>

57. Bitencourt LO, Oliveira MHB. ‘Meninos vestem azul e meninas vestem rosa’: Análise do Discurso Crítica sobre a ‘ideologia de gênero’ no Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos. *Saúde debate*. 2023;47(Esp 1):e9092. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19092P>
58. Chohfi LMS, Melo JB, Souza PA. Da violência epistemológica a epistemologias próprias: experiências de narrativas com mulheres cis periféricas, mulheres

trans e travestis. *Saúde debate*. 2021;45(Esp 1):27-38.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E102>

Recebido em 14/04/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Processo nº 2023/10262-4

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Saúde, gênero e invisibilidade no trabalho doméstico não remunerado

Health, gender, and the invisibility of unpaid domestic work

Sibele de Jesus Santos¹, Maria Luiza Caires Comper¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210496P

RESUMO O trabalho doméstico não remunerado, historicamente associado ao gênero feminino, continua invisibilizado nas políticas públicas de saúde e segurança no trabalho. Este ensaio, baseado em revisão de literatura, discute a importância de reconhecer esse trabalho como legítimo, considerando suas implicações diretas na jornada de trabalho, saúde e bem-estar das mulheres. Propõe-se a Análise Ergonômica do Trabalho como metodologia eficaz para identificar e diagnosticar as condições do trabalho doméstico, além de defender o reconhecimento técnico e social desse trabalho nas políticas públicas. O texto também sugere que a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora seja um espaço para debater e promover soluções voltadas para a equidade de gênero e a justiça social.

PALAVRAS-CHAVE Trabalho doméstico. Ergonomia. Gênero e saúde. Mulheres trabalhadoras.

ABSTRACT Unpaid domestic work, historically associated with the female gender, remains invisible in public policies on occupational health and safety. This essay, based on a literature review, discusses the importance of recognizing this work as legitimate, considering its direct implications for women's work schedules, health, and well-being. The Ergonomic Work Analysis is proposed as an effective methodology to identify and diagnose the conditions of domestic work, as well as to advocate for the technical and social recognition of this labor in public policies. The text also suggests that the 5th National Conference on Workers' Health should serve as a strategic space to debate and promote solutions aimed at gender equity and social justice.

KEYWORDS Household work. Ergonomics. Gender and health. Women, working.

¹Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) – Teixeira de Freitas (BA), Brasil.
sibep_pa@hotmail.com



Introdução

O trabalho doméstico não remunerado é uma atividade essencial para a manutenção da vida cotidiana, sendo historicamente atribuído, em sua maioria, às mulheres. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, aproximadamente 90% das mulheres brasileiras a partir dos 14 anos realizam tarefas domésticas e/ou cuidados com pessoas em seus lares, gastando, em média, 21,3 horas semanais em atividades domésticas não remuneradas, que corresponde a aproximadamente 3 horas de trabalho por dia, frequentemente somado às horas do trabalho remunerado¹. Esses dados evidenciam como o trabalho doméstico não remunerado está associado à identidade de ‘ser mulher’, refletindo uma divisão desigual das tarefas que reforça estereótipos e perpetua o ciclo de desigualdade de gênero, ao mesmo tempo que impõe desafios significativos à saúde física e mental das mulheres envolvidas²⁻⁴. Isso porque, embora essas tarefas sejam essenciais para o funcionamento da sociedade, elas são frequentemente desvalorizadas e invisibilizadas⁵⁻⁷.

A sobrecarga de responsabilidades domésticas e de cuidado, muitas vezes combinada com uma rede de apoio limitada e a falta de reconhecimento social e econômico dessas funções, tem efeitos adversos sobre o bem-estar das mulheres, restringindo suas oportunidades de participação plena em outras esferas sociais, como o mercado de trabalho, a educação e o lazer⁸⁻¹¹. Essa precarização é ainda mais acentuada pelas duplas jornadas realizadas por mulheres que dividem seu tempo entre o trabalho remunerado e o trabalho doméstico não remunerado¹²⁻¹⁴. Também é importante considerar que o trabalho doméstico envolve a presença de fatores de risco, como a realização de tarefas repetitivas e fisicamente exigentes, a adoção de posturas inadequadas e a ausência de descanso suficiente. Condições que, somadas à repetição constante de atividades como lavar roupas, limpar a casa e cuidar dos filhos, predisõem as mulheres ao adoecimento¹⁵.

Por isso, reconhecer o trabalho doméstico não remunerado como parte do campo das relações ocupacionais, e não apenas como uma responsabilidade pessoal, é essencial para a construção de uma sociedade mais justa, na qual os direitos de todos os trabalhadores, independentemente da sua ocupação ou gênero, sejam respeitados e valorizados. Desse modo, o que antes era um trabalho ‘improdutivo ou reprodutivo’ deve ser visibilizado e ressignificado, recebendo uma nova perspectiva sobre sua importância econômica e social, uma vez que essas tarefas desempenham um papel crucial para o funcionamento da sociedade^{7,12-14,16}.

Nesse contexto, a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) configura-se como um caminho metodológico promissor para dar visibilidade ao trabalho doméstico não remunerado. Isso porque a AET está fundamentada em uma abordagem centrada na análise do trabalho real, buscando compreender a complexidade das atividades realizadas pelos trabalhadores e propor soluções compatíveis com as especificidades do contexto ocupacional^{17,18}. Essa característica torna a AET particularmente adequada para evidenciar a natureza concreta e multifacetada do trabalho doméstico, considerando suas exigências físicas, cognitivas e organizacionais, bem como as condições em que é realizado e os impactos gerados sobre a saúde das mulheres que o desempenham. Dentre as potenciais contribuições da AET para o trabalho doméstico não remunerado, destacam-se: i) o diagnóstico das condições de trabalho e a avaliação dos impactos na saúde das mulheres; ii) a identificação de atividades que geram sobrecarga e a proposição de intervenções para reduzir riscos; iii) a geração de dados que subsidiem políticas públicas e o reconhecimento estatístico; e iv) a promoção de medidas mais equitativas que revisem os direitos trabalhistas, de saúde e sociais das mulheres brasileiras¹⁷.

O ensaio objetivou discorrer sobre o papel social do gênero, sua relação com o trabalho doméstico não remunerado e os impactos a saúde dessas mulheres, tendo como enfoque

o método da AET, que é uma abordagem viável para identificar, caracterizar, diagnosticar e propor melhorias para as atividades domésticas não remuneradas realizadas pelas mulheres. Para tanto, ele foi organizado em três seções. A primeira seção visa resgatar a história da mulher, da busca por seus direitos e como as lutas feministas contribuíram para o reconhecimento do trabalho doméstico não remunerado como uma identidade vinculada ao 'ser mulher', abordados por estudos sociais do gênero e do trabalho. A segunda seção aborda o conceito de trabalho doméstico não remunerado, examinando as tarefas realizadas e seus impactos na saúde física e mental das mulheres. Por fim, a terceira seção reflete sobre o papel da AET como uma abordagem viável para fundamentar políticas públicas que promovam e protejam a saúde das mulheres, reconhecendo o trabalho doméstico não remunerado como um direito constitucional.

Construção histórica da mulher e o trabalho

Estudar sobre a mulher é um tema insigne, pois traz uma pluralidade de conceitos atrelados à sua vida ao longo da história, como: matrimônio, submissão, genitora, materna, cuidado, família, força, trabalho, resistência, existência, saúde, segurança, proteção, responsabilidade, respeito, dentre outras definições. Alguns desses conceitos estão sendo rasurados, outros, olvidados, e muitos vêm surgindo e se resignificando com as mudanças político-econômico-sociais que impactam na existência da mulher na sociedade.

Exatamente por isso, é possível dizer que a história da mulher está atrelada intrinsecamente às representações, aos conceitos e aos marcadores sociais moldados por uma convenção social sobre o que significa 'ser mulher', a qual, muitas vezes, estabelece uma definição única relacionada com o gênero. Não cabe conceitos unilaterais, pois é condição *sine qua non* entender suas individualidades e as

expectativas esperadas. Ainda que essas singularidades sejam atravessadas pelas coletividades do ser mulher, cada mulher é atravessada de maneira única pela raça, classe, cultura e identidade influenciada pelos diferentes contextos históricos e culturais de determinados grupos^{19,20}. Tais influências marcaram profundamente a construção da relação entre a mulher e o trabalho.

Ao longo de sua trajetória histórico-socio-cultural, as ocupações das mulheres sempre foram invisibilizadas e postas como não relevantes para as mudanças em uma sociedade, na qual imperou (e impera) o patriarcado e o machismo⁵. Nesse contexto, a mulher era vista como um ser submisso, dependente e que deveria realizar suas ocupações exclusivamente para o matrimônio, para a reprodução e para a família. Uma condição que, dependendo da raça e da classe, amplia o silenciamento das mulheres e sua consequente invisibilização no processo social, reforçando desigualdades estruturais e limitando o acesso equitativo a direitos, reconhecimento e representatividade²¹.

O silêncio das mulheres, por muitos séculos, foi posto como um mandamento religioso, político e social²². Tal silêncio tornou-se uma estratégia de sobrevivência, uma vez que não seguir os padrões impostos pela sociedade acarretava a exclusão, o enclausuramento, as limitações e até mesmo a morte. Desse modo, a história dessas protagonistas, por muito tempo, passou despercebida nos seus diários íntimos, fotografias e correspondências familiares – e, quando escrita, foi fundamentada por homens. No entanto, as manifestações e os movimentos feministas originados pela escuta e lutas íntimas discutidos pelas mulheres entre si, o carecimento de mão de obra no período industrial, as mudanças histórico-culturais e a necessidade da pesquisa social fizeram com que essa história fosse contada, publicada e modificada ao longo do tempo²³⁻²⁵.

Nesse contexto, o movimento feminista se tornou um caminho para a inserção da mulher no mercado de trabalho conquistado por muitas lutas. Lutas por seus corpos, pelo

desvinculamento do matrimônio, por uma educação acadêmica, para compor os espaços públicos, por representação na política, por igualdade salarial e por validar sua existência e relevância em uma sociedade. É possível dizer que esses movimentos marcaram o início da história das mulheres no contexto do trabalho, abrindo portas nas universidades, nos laboratórios e nos grupos de pesquisas formados por mulheres, que, a partir de então, passaram a contar, e mais que isso, viver sua própria história²⁴.

Os resultados desse movimento em defesa dos direitos das mulheres converteram-se em várias vertentes, pois, por mais que as conquistas alcançassem as mulheres no coletivo, as lutas eram baseadas em vivências e realidades sociais e culturais de classe e raça que eram atravessadas por diferentes contextos. Agora não é só o momento da luta por direitos civis, de voto e pela liberdade em espaços públicos, mas também, *a fortiori*, de requerer que sua identidade de gênero e raça seja reconhecida e representada – e a partir dela, a conquista por condições de trabalho dignas, proteções e direitos para seus filhos e a imprescindibilidade de um olhar para o feminismo negro, inquirindo-nos a pensar e ver que não pode haver uma universalização do ser mulher sem levar em consideração as intersecções que as atravessam^{26,27}.

À luz dessas circunstâncias, o feminismo negro é construído a partir da luta das mulheres que não pertencem a uma classe privilegiada, refletindo sobre as dificuldades enfrentadas por aquelas desprovidas de muitos direitos: mulheres da classe operária, pobres, mulheres de várias raças, minorias étnicas que lutam pelo direito de representações políticas, emprego, aumento dos salários, direito à creche, luta contra o racismo e melhores condições de vida para essas mulheres e suas gerações²⁸. Djamila Ribeiro²⁶⁽¹⁴⁾ acrescenta no seu livro ‘O que é lugar de fala?’ que:

Pensar em feminismo negro é justamente romper com a cisão criada numa sociedade

desigual, logo é pensar projetos novos, novos marcos civilizatórios para que pensemos em um novo modelo de sociedade.

Na realidade, o que estas mulheres queriam, e ainda querem, são direitos de escolha na construção de suas próprias identidades, sem estarem atreladas à obrigação da maternidade, do espaço doméstico, do matrimônio, do cuidar e da subordinação de poder ao homem. Daí vê-se a reflexão sobre a mulher, sobre seu corpo, sobre seu papel social, público e privado, tão importante e significativo para ampliação da sua sociabilidade e mudanças na história e no mundo²⁹. Fato é que a subversão das mulheres contra a supressão das escolhas sobre seus corpos e vidas trouxe grandes conquistas e transformações sociais que propiciaram uma nova configuração nas relações de trabalho na sociedade. O mundo do trabalho, ainda que com limitações, deixou de ser algo exclusivamente reconhecido, associado e estritamente realizado pelo ser masculino, passando a ser admitido, inserido e ampliado para as mulheres, rompendo com a dicotomia entre quem deve ser responsável pela vida pública e privada; razão e sentimento; produtivo e reprodutivo; ciência e cuidado.

A inserção feminina no mercado de trabalho trouxe um novo modo de viver e sobreviver para as mulheres, mas não eliminou sua participação nas atividades domésticas não remuneradas, o que resultou em uma intensificação da carga horária total de trabalho^{30,31}. Ademais, houve uma continuidade dos princípios da separação e hierarquização das atividades por divisão de gênero, agora não apenas restritos ao âmbito da vida privada, mas também presentes nas dinâmicas do mundo do trabalho³². Isso porque se observa uma tendência de alocação das mulheres em atividades socialmente definidas como femininas em setores tradicionalmente associados ao cuidado, à saúde e à educação associada à predominância masculina em cargos de liderança, decisão e prestígio, o que implica salários mais elevados e posições hierárquicas superiores^{30,31,33,34}.

Nesse modelo, uma minoria ocupa cargos elevados e bem remunerados enquanto um grupo predominante de mulheres ocupa posições com baixa remuneração, carga horária excessiva, trabalho precarizado, redução ou exclusão de direitos trabalhistas e previdenciários, terceirização do trabalho doméstico, baixas qualificações, ausência de crescimento na carreira profissional e migrações. Consequentemente, provocando novas intensificações das desigualdades sociais e das ocupações de cargos, agora entre as próprias mulheres, por meio da bipolarização do trabalho, e, assim, perpetuando-se as desigualdades os indicadores do trabalho precário^{10,32,35,36}. Por exemplo, os indicadores sociais das mulheres no Brasil, no ano de 2022, revelam que a participação feminina nos cargos gerenciais é inferior à masculina e que seus salários são menores. Essa disparidade tende a aumentar com o avanço da idade das mulheres, contrastando com o cenário masculino, no qual homens de idades mais avançadas e com filhos conseguem alcançar posições mais altas⁹.

Os dados também mostram que a carga horária semanal dedicada às atividades domésticas não remuneradas, como cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos, é significativamente maior para as mulheres, especialmente em grupos etários relacionados com a vida adulta^{8,9}. Esses dados podem estar parcialmente ligados à dupla jornada assumida pelas mulheres, que entrelaça as tarefas do trabalho remunerado e do trabalho doméstico não remunerado, ou as obriga a renunciar a uma dessas esferas, o que impacta diretamente sua saúde física e mental³⁷⁻³⁹. Isso demonstra que o cuidado familiar e os trabalhos a ele associados ainda são vistos como um papel social de gênero, resultando, assim, na segregação vertical e horizontal⁴⁰.

Destarte, é possível observar que ocorreram grandes transformações nas esferas privadas e públicas das mulheres ao longo do tempo, resultado das lutas feministas, das

evoluções histórico-culturais e das novas políticas públicas. No entanto, as mulheres continuam sendo impactadas em sua saúde e vida devido à responsabilidade majoritária pelas atividades domésticas não remuneradas, além dos desafios em sua ascensão profissional, especialmente quando necessitam de afastamentos para gerar e cuidar da família. Isso revela a necessidade de ampliação e modificação das iniciativas públicas e dos estudos científicos que busquem entender e intervir no reconhecimento do trabalho doméstico não remunerado como um direito, e não apenas como uma identidade vinculada ao ‘ser mulher’.

O trabalho doméstico não remunerado e seus impactos na saúde física e mental das mulheres

A palavra ‘trabalho’ pode ser compreendida como uma atividade que envolve a execução de uma tarefa com o objetivo de alcançar um determinado resultado, seja ela remunerada ou não. Essa palavra se desdobra em diversos conceitos que emergem de um processo histórico de construção e que refletem formas e significados atribuídos ao trabalho a partir das relações de produção, organização social e conhecimento humano de cada tempo⁴¹. Albornoz descreve o trabalho sob duas perspectivas distintas: primeiro, como a realização de uma obra capaz de expressar o indivíduo, proporcionando-lhe reconhecimento social e transcendendo sua própria vida; segundo, como um esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, cujo resultado é consumível e frequentemente marcado por um incômodo inevitável⁴². Dentro dessa abordagem, o trabalho pode ser concebido como a aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado objetivo por meio da realização de uma atividade coordenada, seja de natureza física ou intelectual.

Explorar essas definições permite compreender que o trabalho vai além do âmbito remunerado. Ele envolve uma série de atividades que não se restringem apenas à geração de lucro, mas também ao atendimento de necessidades sociais, culturais e emocionais, desempenhando um papel fundamental na organização e no funcionamento das sociedades⁴³. Por exemplo, o trabalho doméstico não remunerado refere-se a todo trabalho realizado no âmbito residencial de forma contínua, por um único morador ou por vários, sem o recebimento de remuneração^{7,16,44}. Ele inclui tanto as tarefas domésticas do cuidado indireto ou direto quanto os cuidados com pessoas no domicílio^{11,45}. Essas tarefas podem ser caracterizadas por atividades como: limpar e/ou organizar a moradia; cozinhar, lavar ou organizar os utensílios da cozinha; limpar e fazer a manutenção de roupas ou sapatos; passar e/ou guardar roupas; auxiliar nos cuidados pessoais ou educacionais de outros moradores do domicílio; cuidar dos animais domésticos, entre outras atividades^{11,45,46}.

Nesse contexto, o trabalho doméstico não remunerado assume uma dimensão essencial, com o objetivo de prover cuidados e manter as condições de vida. Enquanto trabalho, ele compartilha características fundamentais com qualquer outro trabalho remunerado, tais como: a definição de um objetivo claro, a realização de processos, tarefas ou etapas necessárias para atingir esse objetivo, a repetitividade ou continuidade, e o valor gerado, que pode refletir em benefícios econômicos, sociais, culturais ou psicológicos. No entanto, embora seja possível enquadrá-lo como trabalho, por que ele não é devidamente reconhecido ou valorizado? Talvez porque as atividades, embora essenciais, são frequentemente consideradas parte da esfera privada, e não vistas como um trabalho formal, reconhecido social e economicamente. Em parte, essa resposta está associada ao fato de que, historicamente, o trabalho doméstico

não remunerado foi construído como uma atribuição exclusiva da mulher, quase como uma condição *sine qua non* de sua identidade conforme descrito na seção anterior.

De fato, apesar de tantos anos, o trabalho doméstico não remunerado permanece sendo preponderantemente realizado por mulheres que dedicam seus esforços físicos e mentais para a execução em uma rotina diária invisibilizada e, muitas vezes, desvalorizada pela sociedade^{7,14,46,47}. Essa realidade reflete a persistência de uma divisão de gênero que relegou as mulheres ao papel de cuidadoras, o que, por sua vez, contribui para a desvalorização do trabalho que realizam. Alguns estudos demonstram que a carga horária dedicada ao trabalho doméstico não remunerado pelas mulheres é sempre superior à dos homens, sendo ainda mais intensificada quando envolve o cuidado de filhos e de outros moradores e impactando ainda mais a saúde das delas^{10,11,45,46}.

Nesse sentido, o impacto da responsabilidade do trabalho doméstico não remunerado sobre a saúde das mulheres pode ser significativo. A sobrecarga de tarefas domésticas, muitas vezes acumulada com o trabalho remunerado e outras responsabilidades, resulta em um grande desgaste físico e emocional^{3,48}. Na realidade dessas mulheres, não há definição de limite de tempo ou turno para a jornada de trabalho doméstico, tampouco existem períodos específicos para descanso ou uma divisão equilibrada de tarefas entre os moradores da residência. Um cenário que foi intensamente evidenciado no período da pandemia da covid-19, quando as responsabilidades domésticas e do cuidado foram intensificadas em razão do isolamento social^{3,4,49}.

Além disso, a pandemia fortaleceu a emergência de uma nova configuração de trabalho – o teletrabalho em *home office* –, o que exigiu uma adaptação do ambiente residencial para acomodar esse novo formato. Nesse contexto, o teletrabalho em *home office* contribuiu para perpetuar ainda mais a divisão de gênero já estabelecida e, conseqüentemente, aumentou a exposição das mulheres aos fatores de risco

associados a essa sobrecarga de responsabilidades^{50,51}. Isso resultou no desenvolvimento de condições de saúde relacionadas com estresse crônico, exaustão, distúrbios do sono, problemas musculoesqueléticos e, em casos mais graves, no surgimento de doenças mentais, como ansiedade e depressão. Por exemplo, no ano de 2024, as mulheres representam a maioria dos afastamentos por transtornos mentais no ambiente de trabalho. Segundo dados do Ministério da Previdência Social⁵² 64% das 472.328 licenças médicas concedidas por motivos de saúde mental foram registradas entre mulheres, com idade média de 41 anos, e incluem episódios depressivos, transtornos ansiosos, estresse grave e transtornos de adaptação.

Todo o exposto revela que a ausência de reconhecimento, de apoio institucional e uma divisão igualitária do trabalho doméstico não remunerado são determinantes significativos para a saúde das mulheres. Essas condições são agravadas pelas exigências físicas e psicológicas, tais como: pressão para atender a múltiplas responsabilidades; demandas biomecânicas, horas extras, ausência de descanso semanal, jornadas prolongadas e sobrecarga emocional do trabalho doméstico⁵³⁻⁵⁶. É possível que o primeiro passo para mudar a realidade dessas mulheres esteja no reconhecimento do trabalho doméstico não remunerado como um direito constitucional. Isso exige a criação de políticas que assegurem a divisão equitativa das responsabilidades domésticas entre todos os membros da família, independentemente do gênero. Além disso, é crucial adotar uma abordagem eficaz para fundamentar políticas públicas que promovam saúde e bem-estar. Nesse sentido, a utilização do conhecimento ergonômico pode ser uma ferramenta essencial para identificar, avaliar e diagnosticar as atividades domésticas não remuneradas, visando não apenas entender as demandas físicas e mentais impostas a elas, mas também impulsionar mudanças significativas em suas condições de trabalho e bem-estar^{15,57,58}.

Análise ergonômica do trabalho: uma possibilidade para tornar visível o trabalho doméstico não remunerado

A ergonomia é uma ciência multidisciplinar que estuda a relação entre o ser humano e os elementos físicos, cognitivos e organizacionais do trabalho. Seu objetivo é adaptar e transformar o ambiente de trabalho, visando garantir segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores ao mesmo tempo que promove sustentabilidade, eficiência e produtividade^{45,59}. Além disso, a ergonomia busca gerar conhecimentos, analisar problemas e propor soluções por meio de métodos e técnicas específicas para cada variável estudada, seja o homem, a máquina, o ambiente ou o sistema¹⁷.

De acordo a International Ergonomics Association (IEA), a ergonomia pode ser dividida em três domínios: i) o domínio físico, que estuda as características antropométricas e biomecânicas dos trabalhadores e os componentes do ambiente de trabalho (máquinas, mobiliário, ferramentas e instrumento); ii) o domínio cognitivo, que analisa e descreve as interações do trabalhador com o trabalho por meios dos processos mentais; e iii) o domínio organizacional, que aborda os elementos relacionados com gestão, planejamento, jornadas de trabalho, normas de produção e comunicação⁵⁹.

Cada um desses domínios deve ser considerado no momento da avaliação das condições de trabalho e na proposição de intervenções, especialmente diante de demandas relacionadas com saúde e segurança, modificações nos ambientes ocupacionais ou transformações no perfil da força de trabalho. Esses princípios também se aplicam ao desenvolvimento de novos sistemas e processos, inclusive em contextos não convencionais, como o trabalho doméstico não remunerado¹⁷. Para tanto, deve-se considerar tanto a individualidade quanto a coletividade dos trabalhadores, respeitando

suas especificidades e promovendo ambientes que favoreçam a saúde, o bem-estar e um desempenho eficiente¹⁸.

A AET é uma metodologia desenvolvida no campo da ergonomia, fundamentada na análise do trabalho prescrito e do trabalho real, bem como de suas condições de realização. Seu principal objetivo é investigar as relações entre as causas e os efeitos do ambiente de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, a fim de propor melhorias que promovam a saúde, a segurança e o bem-estar^{18,60}. Trata-se de uma abordagem que avalia, de forma integrada, os domínios físicos, cognitivos e organizacionais do trabalho, considerando tanto os aspectos individuais quanto os coletivos do contexto ocupacional^{17,59}.

É importante mencionar que, embora a AET tenha sido inicialmente concebida para ambientes industriais e formais, especialmente aqueles estruturados segundo os princípios do taylorismo e do fordismo, sua aplicação tem se consolidado como uma abordagem eficaz também em contextos não convencionais de trabalho^{17,61,62}. Iida apresenta fundamentos teóricos que legitimam a ampliação do uso da AET, desde que suas ferramentas e procedimentos sejam devidamente adaptados às particularidades do ambiente laboral e ao perfil dos trabalhadores envolvidos¹⁷.

A AET é dividida em cinco etapas de avaliação: análise da demanda, análise da tarefa, análise da atividade, diagnóstico e recomendações ergonômicas^{17,63}. A análise da demanda expressa a motivação, trazendo as razões sociais, de saúde e legais que motivam a aplicação da AET para a solução de um problema e, por isso, tem o objetivo de identificar as necessidades dos trabalhadores e/ou compreender os motivos das disfunções nos ambientes de trabalho, sendo primordial o estudo das características desses trabalhadores^{18,54,56,63}. Portanto, para além das contribuições encontradas nos estudos das ciências sociais, de gênero e de saúde na análise do trabalho doméstico não remunerado, destaca-se a importância da coleta de informações e da análise

de dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde referentes às mulheres brasileiras que realizam esse trabalho. O objetivo é compreender quem são essas mulheres e qual é a sua realidade social, econômica, ocupacional e de saúde. É importante conhecer sobre quais mulheres estamos falando, uma vez que há especificidades que permeiam o 'ser mulher', considerando que cada uma é atravessada de maneira distinta por fatores como raça, classe, cultura e identidade^{64,65}.

A segunda etapa da análise ergonômica denominada de análise da tarefa busca compreender quais são as tarefas executadas, a carga de trabalho, os tempos de execução e as características dos equipamentos, máquinas ou ferramentas utilizados^{17,18,54,63}. Essa etapa tem o propósito de conhecer qual e como são as características do trabalho doméstico não remunerado, relacionando as tarefas preestabelecidas com o trabalho real, para que se possa identificar, distinguir e incluir as tarefas executadas nos domicílios brasileiros⁵⁶. Isso pode ser feito por meio da identificação e caracterização das tarefas e subtarefas (tempo despendido, tarefa principal, apoio, multitarefas, cuidado de outras pessoas, dentre outros itens) utilizando questionário autoaplicado, disponibilizado por plataformas digitais.

Já a análise da atividade busca compreender como as tarefas são efetivamente realizadas no contexto real de trabalho, considerando tanto os aspectos individuais quanto os ambientais. Para isso, realiza-se uma avaliação do modo operatório por meio do qual o trabalho é executado, levando em conta os saberes práticos, as estratégias e as adaptações desenvolvidas pelos trabalhadores^{17,54}. Essa avaliação pode ser feita por intermédio de abordagens quantitativas utilizando instrumentos de medida direta, métodos observacionais e questionários fechados, ou por abordagens qualitativas, voltadas à compreensão das percepções, práticas, comportamentos e pontos de vista das mulheres que desempenham o trabalho doméstico não remunerado^{65,66}. Recomenda-se que a análise da atividade não se restrinja

a ferramentas pré-formatadas, uma vez que diferentes demandas e contextos ocupacionais exigem abordagens específicas e sensíveis às particularidades da situação analisada^{18,61,68}.

As informações coletadas por meio da análise da demanda, tarefa e atividade serão consolidadas em um diagnóstico ergonômico^{17,69}. Os principais objetivos desse diagnóstico é: i) descrever os fatores de risco relacionados com o trabalho, sua natureza e seus impactos na saúde dos trabalhadores, considerando as características da população e do ambiente ocupacional e suas interações; e ii) fornecer uma base sólida para a elaboração e implementação de soluções ergonômicas que possam reduzir ou eliminar os riscos identificados e melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores^{17,18,53,54,63}.

A AET pode ser uma abordagem eficaz para tornar o trabalho doméstico não remunerado visível, uma vez que suas etapas podem ser aplicadas nesse contexto com o mesmo grau de sistematização e legitimidade conferido a outras formas de trabalho¹⁷. A análise da demanda, por exemplo, permite compreender quem são as mulheres que realizam esse trabalho, suas condições de saúde e as demandas ocupacionais que enfrentam. Na análise da tarefa, é possível mapear as atividades realizadas no trabalho doméstico, identificando não apenas as tarefas, mas também o tempo dedicado a elas, o uso de tecnologias (como eletrodomésticos), ferramentas e utensílios, proporcionando uma visão detalhada da carga de trabalho. Já na análise da atividade, é possível observar como essas tarefas impactam diretamente a saúde da mulher, levando em consideração a percepção dessas mulheres, o esforço físico e a sobrecarga mental. Com base nesses dados, seria possível elaborar um diagnóstico das condições de trabalho e sugerir intervenções que promovam saúde e bem-estar⁷⁰.

Além disso, a AET se apresenta como um método objetivo, válido e confiável para estabelecer um diagnóstico real das condições de trabalho relacionadas com as tarefas

domésticas, superando a subjetividade que, frequentemente, aponta para uma sobrecarga física e mental sem uma avaliação quantitativa e qualitativa específica. Ao aplicar a AET, é possível identificar e mensurar os fatores de risco, as condições ergonômicas e os impactos na saúde das mulheres que realizam o trabalho doméstico não remunerado, proporcionando uma base sólida para intervenções efetivas. Essa abordagem não apenas torna visível a carga de trabalho, mas também oferece subsídios para a formulação de políticas públicas que promovam saúde e bem-estar e reconheçam o trabalho doméstico não remunerado como um trabalho um direito legítimo das mulheres que o realizam.

Considerações finais

A 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT) desempenha um papel fundamental ao reconhecer que o trabalho, em suas diversas modalidades, é um direito humano essencial e um fator crucial para a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Ela se configura como um espaço coletivo e colaborativo para a construção de políticas públicas que promovam a saúde e a segurança no ambiente de trabalho, fortalecendo a luta por melhores condições de vida e saúde para todos os trabalhadores e trabalhadoras. Exatamente por isso, acreditamos que é importante trazer à tona questões relacionadas com o trabalho doméstico não remunerado, provocando as reflexões necessárias para o momento em que se discute o direito à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. Também é uma oportunidade ímpar para tirar da invisibilidade algo historicamente arraigado na vida de tantas mulheres.

Neste ensaio, discutimos como o trabalho doméstico não remunerado tem sido historicamente configurado como uma função social atribuída ao gênero feminino mais do que reconhecido como uma forma legítima de trabalho. Essa atribuição contribui para

sua invisibilidade nos marcos institucionais e nas políticas públicas voltadas à saúde e à segurança no trabalho. Nossa motivação é provocar a inclusão do trabalho doméstico não remunerado nas discussões e propostas da Comissão Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (CNSST), defendendo sua consideração enquanto trabalho em sentido pleno, independentemente de sua remuneração formal.

Entendemos que esse reconhecimento demanda uma etapa prévia de sistematização: a identificação das atividades envolvidas, o mapeamento dos processos ocupacionais, os recursos utilizados e as exigências físicas, cognitivas e emocionais que recaem sobre quem os realiza. Esse exercício de visibilidade é fundamental para desconstruir a noção de que o trabalho doméstico constitui uma extensão natural da identidade feminina ou uma ocupação acessória à vida das mulheres. Ao contrário, trata-se de uma atividade central à reprodução da vida cotidiana e que, por isso, integra de forma substancial a jornada total de trabalho de grande parte das mulheres, especialmente aquelas em situação de dupla ou tripla jornada.

Nesse sentido, apresentamos a metodologia da AET como uma abordagem viável para tornar o trabalho doméstico não remunerado visível, permitindo um estudo aprofundado das tarefas, das condições de trabalho e dos riscos aos quais as mulheres estão expostas. A AET possibilita a observação rigorosa da organização e execução do trabalho real, contribuindo para a identificação de sobrecargas físicas e mentais, além de aspectos psicossociais frequentemente negligenciados. Ademais, destacamos como essa metodologia pode servir de base para a formulação de políticas públicas que promovam a saúde e o bem-estar das mulheres, garantindo a proteção e valorização de seus direitos.

Acreditamos que, enquanto o trabalho doméstico não remunerado não for traduzido em termos de trabalho prescrito e real, ou seja, enquanto suas tarefas não forem formalmente descritas, reconhecidas e analisadas com os

mesmos critérios aplicados ao trabalho profissional, ele continuará invisível, sendo erroneamente associado à identidade da mulher. Essa invisibilidade representa um dos maiores obstáculos para que ações de cuidado efetivas sejam direcionadas a esse grupo ocupacional. Um exemplo emblemático é a atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que assegura a saúde para todos os trabalhadores urbanos e rurais, tanto no mercado formal quanto informal, mas não abrange explicitamente o trabalho doméstico não remunerado⁷¹.

Essa lacuna revela a urgência de reposicionar esse tipo de trabalho no centro das discussões sobre saúde, proteção social e equidade de gênero. Isso porque somente a partir do reconhecimento social, político e técnico desse trabalho, que exige planejamento, execução, cuidado e responsabilidade, será possível avançar na construção de mecanismos adequados de proteção, prevenção e valorização. Nesse contexto, as políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador e da trabalhadora devem ser ampliadas, garantindo que as mulheres não apenas tenham acesso ao cuidado de saúde adequado, mas também que os riscos ocupacionais do trabalho doméstico não remunerado sejam analisados e minimizados por meio de medidas de segurança, capacitação e reconhecimento social e econômico.

As ações de cuidado também devem ser estruturadas para promover a saúde integral das trabalhadoras, oferecendo apoio psicológico, físico e social, e assegurando que seus direitos sejam respeitados, tanto no ambiente doméstico quanto no mercado de trabalho formal. Além disso, é essencial que as políticas públicas incentivem a divisão mais equitativa do trabalho doméstico, para que a responsabilidade sobre essas tarefas não recaia exclusivamente sobre as mulheres, promovendo, assim, a igualdade de gênero. Trata-se de um passo indispensável para a construção de uma sociedade mais justa, na qual o trabalho de cuidado seja valorizado em todas as suas dimensões: produtiva, reprodutiva e relacional.

Por fim, acreditamos que a 5ª CNSTT é uma oportunidade crucial para debater essas questões e construir soluções integradas que reconheçam o trabalho doméstico não remunerado como uma forma legítima de trabalho, com implicações diretas na saúde e no bem-estar das mulheres. A criação de políticas públicas eficazes e ações que protejam as trabalhadoras é essencial para garantir que seus direitos, enquanto trabalhadoras e como seres

humanos, sejam plenamente reconhecidos e respeitados.

Colaboradoras

Santos SJ (0000-0001-6111-8967)* e Comper MLC (0000-0003-2152-5263)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Nery C, Britto V. Em 2022, mulheres dedicaram 9,6 horas por semana a mais do que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. Agência IBGE [Internet]. 2023 ago 28 [atualizado em 2023 ago 24; acesso em 2024 abr 20]; Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37621-em-2022-mulheres-dedicaram-9-6-horas-por-semana-a-mais-do-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>
2. David Chelliah H, Boo HS, Karupiah P. Division of Housework and Subjective Feelings Among Indian Women During the COVID-19 Pandemic in Malaysia. *MJSSH*. 2023;8(5):e002310. DOI: <https://doi.org/10.47405/mjssh.v8i5.2310>
3. Reich-Stiebert N, Froehlich L, Voltmer JB. Gendered Mental Labor: A Systematic Literature Review on the Cognitive Dimension of Unpaid Work Within the Household and Childcare. *Sex Roles*. 2023;88(11-12):475-494. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01362-0>
4. Lu J, Chen Y, Lv Y. The effect of housework, psychosocial stress and residential environment on musculoskeletal disorders for Chinese women. *SSM Popul Health*. 2023;24:101545. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101545>
5. Soihet R, Soares RM, Costa SG. A História das mulheres. Cultura e poder das mulheres: ensaio de historiografia. *Rev Gênero*. 2001;2(1):7-30. DOI: <https://doi.org/10.22409/rg.v2i1.282>
6. Perrot M. As mulheres ou os silêncios da história. Bauru, SP: Edusc; 2005. 520 p.
7. Bruschini C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? *Rev Bras Estud Popul*. 2006;23(2):331-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000200009>
8. Bruschini MCA, Ricoldi AM. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. *Rev Estud Fem*. 2012;20(1):259-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100014>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2023 ago 11 [acesso em 2024 abr 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html
10. Carneiro CMM, Pinho PS, Teixeira JRB, et al. Unpaid domestic work: persistence of gender-based labor division and mental disorders. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:31. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004502>
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero – Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 38 [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2024 jun 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>
 12. Dias B. Apropriação capitalista do trabalho doméstico e reprodutivo não remunerado da dona de casa sob a perspectiva de gênero. *Observatório Segurança Pública e Relações Comunitárias* [Internet]. 2021 abr 19 [acesso em 2024 fev 24]; Artigos e Pesquisas. Disponível em: <https://www.observatoriodeseguranca.org/pesquisas-e-estudos/apropriacao-capitalista-do-trabalho-domestico-e-reprodutivo-nao-remunerado-da-dona-de-casa-sob-a-perspectiva-de-genero/>
 13. Duarte I, Pereira de Melo H. A riqueza gerada pelo trabalho não-remunerado. *ABET*. 2024;23(1). DOI: <https://doi.org/10.61999/abet.1676-4439.2024v23n1.65530>
 14. Jesus JC. Trabalho doméstico não remunerado no Brasil: uma análise de produção, consumo e transferência [tese na Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2018 [acesso em 2024 set 21]. 121 f. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/FACE-B27PW9>
 15. Domingos P, Souto BG. Risco Osteomuscular Relacionado ao Trabalho Doméstico. *Rev Med Minas Gerais*. 2018;8:[1-8]. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180070>
 16. Beem GPV. Trabalhadoras invisíveis: o trabalho doméstico não remunerado de mulheres no Brasil [monografia na Internet]. São Paulo: Centro de Economia e Administração, Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2022 [acesso em 2024 out 11]. 63 f. Disponível em: <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16743>
 17. Iida I, Guimarães LB. Ergonomia: Projetada e produção. 3ª ed. São Paulo: Blucher; 2016. 850 p.
 18. Guérin F, Laville A, Daniellou F, et al. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher; 2001. 200 p.
 19. Assis DN. Interseccionalidades [Internet]. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância; 2019 [acesso em 2024 out 27]. 57 p. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/30892>
 20. Del Priore M. História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 2004. 680 p.
 21. Bosi E. As outras testemunhas. In: Dias MO, organizadora. *Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1995. 264 p.
 22. Perrot M. As mulheres ou os silêncios da história. Bauru, SP: Edusc; 2005. 520 p.
 23. Hahner JE. A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas (1850-1937). São Paulo: Brasiliense; 1981. 140 p.
 24. Del Priore M. História das mulheres: as vozes do silêncio. In: Freitas MC, organizador. *Historiografia brasileira em perspectiva*. 4ª ed. São Paulo: Contexto; 2001. p. 217-235 p.
 25. Silva TMG. Trajetória da historiografia das mulheres no Brasil. *Rev Politeia: Hist e Soc*. [Internet]. 2010 [acesso em 2024 jan 19];8(1):223-231. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/politeia/article/view/3871>

26. Ribeiro D. O que é lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento; 2017. Feminismos plurais. 112 p.
27. Akotirene K. Interseccionalidade. São Paulo: Polém; 2019. 150 p.
28. Davis A. Mulheres, raça e classe. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo; 2017. 248 p.
29. Novaes ED. Entre o público e o privado: o papel da mulher nos movimentos sociais e a conquista de direitos no decorrer da história. *Hist Cult*. 2015;4(Esp 3):50-66. DOI: <https://doi.org/10.18223/hiscult.v4i3.1691>
30. Ibarra ACR, Ramos NB, Oliveira MZ. Desafios das mulheres na carreira científica no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Orientac Prof*. 2021;22(1):17-28. DOI: <https://doi.org/10.26707/1984-7270/2021v22n102>
31. Cornejo PA, Villanueva CI. La Perspectiva de Género, Desafíos para la Ergonomía en Chile: Una Revisión Sistemática de Literatura. *Cienc Trab*. 2014;16(49):28-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000100006>
32. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad Pesqui*. 2007;37:595-609. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>
33. Schmidt JF. As Mulheres na Revolução Francesa. *Rev Thema* [Internet]. 2012 [acesso em 2025 mar 30];9(2):1-19. Disponível em: <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/147>
34. Macedo RM, Medeiros TM. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. *Saúde debate*. 2025;49(144):e9507. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449507P>
35. Hirata H. Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa [Internet]. São Paulo: Friedrich Ebert Stiftung Brasil; 2015 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueiros/brasilien/12133.pdf>
36. Hirata H. Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cad Pagu*. 2002;(17-18):139-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100006>
37. Hirata H. Gênero, Patriarcado, Trabalho e Classe. *TN*. 2018;16(29):14-27. DOI: <https://doi.org/10.22409/tn.16i29.p4552>
38. Oliveira SS, Neves MY, Brito J, et al. Relações sociais de sexo/gênero, trabalho e saúde: contribuições de Helena Hirata. *Saúde debate*. 2021;45(Esp 1):137-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E111>
39. Matos RA, Albuquerque CS. “Questão social”, divisão sexual do trabalho e saúde mental na pandemia. *Rev Katálysis*. 2023;26(1):43-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e88287>
40. Hirata H, Kergoat D. Atualidade da divisão sexual e centralidade do trabalho das mulheres. *Rev Pol Trab*. 2021;1(53):22-34. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufrpb.1517-5901.2020v1n53.50869>
41. Neves DR, Nascimento RP, Felix Jr MS, et al. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cad Ebapebr*. 2018;16(2):318-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395159388>
42. Albornoz S. O que é trabalho. São Paulo: Editora Brasileira; 1986. 100 p. (Coleção Primeiros passos).
43. Morin EM. Os sentidos do trabalho. *Rev Adem Empres*. 2001;41(3):8-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902001000300002>
44. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis no 8.212, de 24 de julho de 1991, no 8.213, de 24 de julho de 1991, e no 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da Lei no 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei no 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei no 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2015 jun 2 [acesso em 2024 abr

- 24]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm
45. International Labour Organization. Principles and guidelines for human factors/ergonomics (HFE) design and management of work systems [Internet]. Geneva: ILO; 2021 [acesso em 2024 jan 25]. Disponível em: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_dialogue/%40lab_admin/documents/publication/wcms_826596.pdf
 46. Monteiro RP, Araújo JNG, Moreira IC. Você, dona de casa: trabalho, saúde e subjetividade no espaço doméstico. *Pesqui Prát. Psicossociais* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 mar 30];13(4):1-14. Disponível em: https://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/3155
 47. Bolanos IN. García, Brígida y Edith Pacheco, Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México. *Estud Demogr Urbanos*. 2017;32(2):415-424. DOI: <https://doi.org/10.24201/edu.v32i2.1746>
 48. Sullivan O, Gershuny J. Domestic outsourcing and multitasking: How much do they really contribute? *Social Science Research*. 2013;42(5):1311-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2013.05.004>
 49. Dorna LBH. O trabalho doméstico não remunerado de mães na pandemia da COVID-19: mudanças e permanências. *Laboreal*. 2021;17(1). DOI: <https://doi.org/10.4000/laboreal.17860>
 50. Labronici RB, Antunes R, organizadores. *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. São Paulo: Boitempo. 333 p. *Mana*. 2021;27(1):e271803. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-49442021v27n1r803>
 51. Nunes CA. Os riscos à saúde mental no teletrabalho em home-office sob a perspectiva de gênero, classe social e raça [tese na Internet]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2024 [acesso em 2024 set 21]. 201 f. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/handle/10899/39417>
 52. Casemiro P, Moura R. Crise de saúde mental: Brasil tem maior número de afastamentos por ansiedade e depressão em 10 anos. *Portal G1* [Internet]. 2025 mar 10 [acesso em 2001 jan 25]; Trabalho e Carreira. Disponível em: <https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2025/03/10/crise-de-saude-mental-brasil-tem-maior-numero-de-afastamentos-por-ansiedade-e-depressao-em-10-anos.ghtml>
 53. Couto HÁ, Couto DC. *Ergonomia 4.0 – Dos Conceitos Básicos à 4ª Revolução Industrial*. Belo Horizonte: Ergo; 2020.760 p.
 54. Camisassa M. *Segurança e Saúde no Trabalho: NRS 1 a 38 comentadas e descomplicadas*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Método; 2023. 928 p.
 55. Baruki LV. Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador: por um regime jurídico preventivo. 2ª ed. São Paulo: LTr; 2018. 171 p.
 56. Estrázulas JA, Jr Sobral M. *Ergonomia aplicada à indústria: planejamento e elaboração de AEP e AET*. Manaus: BiomechaLab; 2024. 230 p.
 57. Osinuga A, Janssen B, Fethke NB, et al. Understanding rural women's Domestic Work Experiences (DWE) in Ibadan, Nigeria: Development of a measurement tool using confirmatory factor analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11043. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111043>
 58. Habib RR, El Zein K, Hojeij S. Hard work at home: musculoskeletal pain among female homemakers. *Ergonomics*. 2012;55(2):201-11. DOI: <https://doi.org/10.1080/00140139.2011.574157>
 59. International Ergonomics Association. What Is Ergonomics (HFE)? IEA [Internet]. [data desconhecida] [acesso em 2024 jun 28]; Home\About. Disponível em: <https://iea.cc/about/what-is-ergonomics/>
 60. Daniellou F. *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher; 2004.
 61. Ferreira MC. *Ergonomia da atividade aplicada à qualidade de vida no trabalho: lugar, importância e contribuição da Análise Ergonômica do Trabalho (AET)*.

- Rev Bras Saúde Ocup. 2015;40(131):18-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000074413>
62. Hayashi E, Faria JRG. Condições ambientais em escolas Municipais de ensino infantil da Cidade de Marília (São Paulo): estudo de caso [Internet]. In: Paschoarelli LC, Menezes MS, organizadores. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009 [acesso em 2025 jul 1]. p. 119-146. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/yjxnr/pdf/paschoarelli-9788579830013.pdf>
 63. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Norma Regulamentadora No. 17 (NR-17). Gov.br [Internet]. 2020 out 22 [atualizado em 2024 nov 4; acesso em 2024 maio 6]; Acesso à Informação. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-17-nr-17>
 64. Carneiro S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Ashoka Empreendimentos Sociais & Takano Cidadania, organizadores. Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano; 2003. p. 49-58.
 65. Carneiro S. Mulheres em movimento. *Estud Av*. 2003;17(49):117-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300008>
 66. Lamarão AM, Costa LCM, Compera MLC, et al. Observational methods for biomechanical risk assessment in workers: a systematic review. *Fisioter Mov*. 2017;30(2):379-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.AR01>
 67. Valentim DP, Comper MLC, Cirino LSMR, et al. Observational methods for the analysis of biomechanical exposure in the workplace: a systematic review. *Ergonomics*. 2024;1-22. DOI: <https://doi.org/10.1080/00140139.2024.2427864>
 68. Ferreira LL. Sobre a Análise Ergonômica do Trabalho ou AET. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2015;40(131):8-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0303-7657ED0213115>
 69. Abrahão J, Sznclwar L, Silvino A, et al. Introdução à ergonomia: da prática à teoria (2009). São Paulo: Blucher; 2009. 243 p.
 70. Santos SJ, Comper MLC. Metodologia para análise ergonômica do trabalho doméstico não remunerado. In: Congresso Brasileiro de Ergonomia e Fatores Humanos (ABERGO); 2024 dez 16; Goiânia. Goiânia (GO): ABERGO; 2024. DOI: <https://doi.org/10.29327/1465153>
 71. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2012 ago 24 [acesso em 2424 set 25]; Edição 165; Seção I:46. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/08/2012&jornal=1&pagina=46&totalArquivos=240>

Recebido em 13/04/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

A luta dos trabalhadores com deficiência ante a crise do capital

The struggle of workers with disabilities in the face of the capitalist crisis

Juliana Valentini¹, Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner²

DOI: 10.1590/2358-28982025E210449P

RESUMO Neste ensaio, objetivou-se refletir sobre o avanço das políticas neoliberais e sua conexão com as barreiras que se levantam diante do direito ao trabalho seguro e saudável para Pessoas com Deficiência (PcD). Discutem-se os efeitos do avanço da terceirização, das contrarreformas trabalhistas e da uberização no cenário de crise estrutural do capital. Para desenvolver este ensaio, buscaram-se, nas produções no campo do materialismo histórico-dialético, contribuições sobre o atual cenário do mundo do trabalho e os desafios para a inclusão de trabalhadores com deficiência. O percurso das produções apresentadas possibilita concluir que as transformações no mundo do trabalho representam um ataque direto aos direitos adquiridos pelos trabalhadores com deficiência. Constata-se que, com o crescimento das atividades terceirizadas, da plataformização e do desmonte de instituições fiscalizadoras, tem-se promovido o desrespeito às legislações, à fragmentação das organizações de classe. Simultaneamente, ocorre a precarização das relações de trabalho atingindo de modo crescente os trabalhadores com deficiência que, cada vez mais, estão sendo excluídos do mercado formal ou arrastados para o desemprego.

PALAVRAS-CHAVE Crise do capital. Direito ao trabalho. Pessoas com deficiência. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT *This essay reflects on the advancement of neoliberal policies and their impact on the barriers confronting the right of persons with disabilities to safe and dignified work. It explores the implications of the expansion of outsourcing, labor counter-reforms, and the rise of platform-based employment (uberization) within the context of the structural crisis of capital. Grounded in historical-dialectical materialism, the analysis draws upon contemporary literature addressing the transformations in the world of work and the persistent challenges to the inclusion of persons with disabilities in the labor market. The findings suggest that these transformations represent a direct assault on the hard-won rights of this group. The proliferation of outsourced and platform-mediated labor, alongside the weakening of regulatory institutions and the fragmentation of labor organizations, has led to a systematic erosion of labor protections. These developments have intensified the precariousness of employment relations, disproportionately marginalizing persons with disabilities, who face increasing exclusion from formal employment and heightened vulnerability to unemployment.*

KEYWORDS *Capital crisis. Right to work. Persons with disabilities. Occupational health.*

¹Instituto Federal do Paraná (IFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
julianavalentini@yahoo.com.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Ao longo deste ensaio, buscaremos refletir sobre o avanço sistemático das políticas neoliberais e sua intrínseca conexão com as múltiplas barreiras que se erguem diante do direito fundamental ao trabalho seguro e saudável para Pessoas com Deficiência (PcD). Nossa análise se debruça sobre os diversos efeitos do avanço acelerado da terceirização, das contrarreformas trabalhistas, implementadas nos últimos anos, e do fenômeno crescente da uberização. Para desenvolver este ensaio de maneira fundamentada, realizamos um levantamento das produções acadêmicas no campo do materialismo histórico-dialético, buscando contribuições sobre o atual cenário do mundo do trabalho e os desafios para a inclusão efetiva de trabalhadores com deficiência.

O percurso analítico das produções apresentadas aponta que as transformações no mundo do trabalho, no contexto de crise estrutural do capital, representam um ataque direto e sistemático aos direitos historicamente adquiridos pelos trabalhadores com deficiência. Esta análise fundamenta-se em estudos acadêmicos relevantes sobre o fenômeno da terceirização e sua evolução.

Para examinar as características específicas do processo de terceirização, sua expansão e consequências, baseamo-nos nas contribuições de Borges e Druck¹, Basualdo e Morales², Antunes e Druck³, Teixeira, Andrade e Coelho⁴, Fonseca⁵, Esponda e Basualdo^{6,7}, Biavaschi e Droppa⁸, Leite⁹, Antunes¹⁰, entre outros.

Para debater sobre as condições dos trabalhadores com deficiência, também dialogamos com os documentos produzidos pela Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com base em informações do eSocial, pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea). A escolha por trabalhar com os

relatórios indicados deve-se à carência de produções sobre essa problemática.

Constata-se que o crescimento exponencial das atividades terceirizadas, aliado à intensificação da plataformização do trabalho e ao progressivo desmonte das instituições fiscalizadoras, promove não apenas o desrespeito às legislações trabalhistas vigentes, mas também contribui para a fragmentação das organizações de classe e seus mecanismos de proteção coletiva.

Esse cenário precariza simultaneamente as relações de trabalho, atingindo de modo cada vez mais intenso os trabalhadores com deficiência, que, por sua vez, estão sendo sistematicamente excluídos do mercado formal de trabalho ou inevitavelmente arrastados para a condição de desemprego estrutural, comprometendo severamente suas possibilidades de inserção e permanência no mundo do trabalho.

Sob tal perspectiva, nós questionamos: como podemos ter uma maior inclusão social de todas as pessoas, independentemente da sua condição, se essa não é a lógica do capital? Quais os caminhos e os mecanismos que necessitamos mobilizar para conseguir avanços tão imprescindíveis para as/os trabalhadoras/es com deficiência?

Este ensaio apresenta uma análise estruturada em quatro seções principais. Inicialmente, examinamos o fenômeno da terceirização no contexto da crise capitalista. Começamos com uma análise conceitual do tema, abrangendo suas múltiplas manifestações práticas, incluindo formas, características, setores e atividades econômicas. Na sequência, analisamos a evolução histórica da legislação trabalhista, contemplando tanto as conquistas dos trabalhadores quanto as recentes alterações legislativas e o impacto das novas tecnologias nas relações de trabalho. A terceira seção aborda os aspectos relacionados com a saúde do trabalhador. Por fim, examinamos as transformações nas relações de trabalho, com ênfase especial na implementação da lei de cotas, na situação laboral das PcD e nos desafios enfrentados por esses profissionais no mercado de trabalho atual.

O fenômeno da terceirização no marco da crise capitalista

O sistema capitalista, como uma engrenagem que não cessa, atualiza e reinventa as formas para explorar a classe trabalhadora. Como uma questão fundamental no tempo presente, a terceirização, em suas diversas manifestações, constitui um mecanismo que tem gerado impactos significativamente negativos em vários aspectos da vida social dos trabalhadores.

A terceirização ganhou força a partir da crise capitalista de meados dos anos 1970, uma crise de múltiplas dimensões nas sociedades capitalistas ocidentais – crise de acumulação, crise política, crise social e de valores –, desencadeando uma contraofensiva destinada a restabelecer as bases da hegemonia burguesa, alicerçada sobre a busca desenfreada por aumentar a competitividade por meio da diminuição de custos com o trabalho. Foi sobre essas bases que se redesenhou amplamente o perfil do capitalismo contemporâneo, a partir da reestruturação produtiva, do neoliberalismo e da financeirização¹¹. A expansão do fenômeno da terceirização insere-se no contexto de mudanças na correlação de forças entre capital e trabalho em nível global. As empresas, pressionadas pela diminuição de seus lucros, iniciaram um processo generalizado de externalização/terceirização de suas atividades.

A terceirização vem sendo definida como a delegação para terceiros por meio de relações de contrato, de atividades cujo objetivo seja de otimizar a produção e a competitividade no mercado com a finalidade de reduzir custos de produção. Para atingir essa meta, os terceiros – que podem ser empresas, trabalhadores autônomos, pessoas jurídicas, empresas individuais, cooperativas de trabalhadores etc. – assumem os riscos, as responsabilidades e o aumento da competitividade, confiando a esses terceiros o desempenho de atividades que podem ser de apoio, periféricas ou descentralizadas em relação à organização original, ou

ainda uma parte central das tarefas executadas, burlando, via contrato de aparente natureza civil ou comercial, a relação de emprego.

A Recomendação nº 198 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), publicada em 2006, apresenta duas grandes categorias da terceirização: a subcontratação interna e a subcontratação externa. Na terceirização interna, podemos encontrar relações civis de comércio entre beneficiário e subcontratista; relações trabalhistas entre subcontratista e trabalhador e entre beneficiário e trabalhador, ou seja, reconhece-se a existência de um empregador múltiplo⁶.

Na subcontratação externa, a empresa beneficiária não dirige o processo realizado pelo trabalhador, essa função fica a cargo do empregador formal, que é a subcontratista. Esse tipo de subcontratação coincide com a subcontratação de bens e serviços e nutre redes e cadeias produtivas. A primeira é realizada nas instalações da empresa principal, já a segunda ocorre quando é realizada fora e, nesse caso, pode ser nacional ou internacional.

A terceirização deixa de ser uma relação trabalhista subordinada e marginal dentro de um modelo de relações industriais, para ocupar uma posição central nas novas formas de ocupação e regulação das relações entre capital e trabalho. O conjunto de categorias e modalidades em que a terceirização vem ocorrendo indica a complexa variedade que adquire essa relação entre empresas, dificultando a visualização entre as redes interempresariais de prestadores de serviços, tornando, muitas vezes, praticamente impossível avaliar sua dimensão global.

Esse fenômeno avança de modo acelerado para muitos setores da economia, possibilitando que as empresas deixem de cumprir com direitos trabalhistas, reduzindo, assim, os custos da produção. As pressões para ampliar a produtividade, desenvolvendo ao máximo a mercantilização da força de trabalho, resultam no aumento do grau de exploração dos trabalhadores ao mesmo tempo que fragmenta as ações coletivas.

Para Netto¹², o atendimento das exigências imediatas do grande capital desencadeou inúmeras transformações no mundo do trabalho, passando pela ‘flexibilização’ (da produção que atingiu diretamente os direitos trabalhistas, afetou os padrões de produção consolidados na vigência do taylorismo fordista), pela ‘desregulamentação’ (das atividades de comércio e financeiras) e pela ‘privatização’ (de capitais e patrimônios estatais).

A ofensiva político-institucional do neoliberalismo representou perdas expressivas dos direitos sociais que foram fruto de um árduo e duradouro processo de lutas. A maior precarização do trabalho reduz os custos da produção. Essa transformação substantiva na ordem do capital gera a reconfiguração da expansão e concentração da riqueza ao mesmo tempo que acentua a barbarização da vida social, a destruição do meio ambiente e uma forte inclinação antidemocrática.

No atual contexto do capitalismo – flexível, financeirizado e de hegemonia neoliberal –, o fenômeno da terceirização é uma das principais formas da racionalidade do capitalismo contemporâneo no campo do trabalho. A sua implementação a partir da década de 1970, com maior incidência nos anos 1990, antecipou, em muitos sentidos, o que as contrarreformas trabalhistas, que avançaram na América Latina na última década do século XX e nas primeiras décadas do XXI, legalizaram: a precarização do trabalho como regra para todos os trabalhadores.

Essa racionalidade responde aos valores neoliberais, evidenciados pela sua incorporação nas reformas empreendidas pelo Estado, pelo papel que os serviços terceirizados têm assumido nos órgãos estatais. Após a década de 1990, a terceirização alastra-se e enraíza-se nos setores público e privado, e, aos poucos, em detrimento das legislações e mobilizações, ela foi atingindo áreas nucleares das empresas e adentrou no serviço público. Outrossim, de modo mais significativo, após o impacto da crise econômica, institucional, política e social de 2001, a terceirização se consolidou e se

expandiu para todas as atividades privadas e públicas¹³.

As legislações trabalhistas e os retrocessos nas conquistas da classe trabalhadora

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no Brasil, de 1943, regulamentou relações bilaterais de trabalho, reconhecendo como atores o trabalhador e o empregador para o qual trabalha. Durante a ditadura-empresarial-militar, foram empreendidos, pelo Poder Executivo federal, estímulos que estabeleceram relações trilaterais, com o Decreto nº 200/1967 e a Lei nº 5.645/1970. A partir de então, sempre que possível, as instituições do governo deveriam adquirir os chamados serviços ‘instrumentais’ – tais como limpeza de instalações, transporte de pessoal, manutenção de equipamentos, serviços de segurança – de empresas privadas¹⁴.

Após essa regulamentação em nível do funcionamento do estado, estende-se a terceirização para o setor privado, também autorizado a adquirir serviços instrumentais de outras empresas por meio das Leis nº 6.019/1974 e nº 7.102/1983; já em 1986, o Tribunal Superior do Trabalho, por meio da Súmula 256/1986, restringiu a terceirização aos casos específicos regulamentados nas legislações anteriores, e a Súmula 331/1994 especificou e limitou esses casos.

Nesse período, apesar das recentes regulamentações, as investigações sobre o fenômeno da terceirização já sinalizavam para a relação entre a terceirização e a terciarização. Nesse processo, tarefas anteriormente consideradas fundamentais são transferidas para o setor terciário como atividades secundárias – transformadas em complementos que se compram e vendem na forma de serviços.

No intervalo de 1995 a 2006, observou-se uma taxa de desemprego moderada no setor primário, uma expansão moderada no setor

secundário e um aumento expressivo no setor de serviços⁷. Essas informações seriam respaldadas não só pelo surgimento de atividades impulsionadas pelo avanço tecnológico, mas também pela transferência de atividades para o setor terciário, que anteriormente pertenciam aos setores primário e secundário.

Algumas atividades se ‘despregavam’ das atividades de produção, deixando de ser realizadas pelas empresas principais, assim como alertavam para a redefinição da divisão do trabalho intrasetor industrial com o repasse de partes do processo produtivo das indústrias para outras empresas, situação essa que se intensificou nas décadas seguintes¹⁵.

Ainda na década de 1990, a CLT foi modificada pela Lei nº 8.863/1994, que incorporou um dispositivo voltado para os trabalhadores das cooperativas, estabelecendo uma presunção legal de que, mesmo nos casos em que estivessem presentes os atributos trabalhistas – de pessoalidade, habitualidade, subordinação e onerosidade –, não haveria vínculo de trabalho assalariado entre as cooperativas e seus trabalhadores nem entre estes e as empresas que adquirissem serviços de cooperativas⁵. Essa legislação possibilitou a ampliação da terceirização para todos os serviços cooperados no mercado, não somente serviços instrumentais, mas também finalísticos.

No ano de 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, com o adiantado processo de implementação do neoliberalismo, a privatização e a terceirização assumiram lugar central. Nesse contexto, várias atividades foram entendidas como ‘serviços auxiliares’ e deveriam ser terceirizadas por meio de licitação pública, a saber: limpeza, vigilância, transporte, serviços técnicos de informática e processamento de dados, entre outras. No entanto, ao longo da década de 1990, outros decretos e leis incentivaram e legalizaram a terceirização da atividade-fim no serviço público¹⁵.

Nas décadas de 1990 e 2000, a terceirização foi fomentada por meio de normas emanadas dos Poderes Executivo e Legislativo. Esses

poderes vêm atuando na direção de cancelar a constituição de formas de trabalho mais precárias, que submetem os trabalhadores a condição de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, sucateiam importantes serviços⁵.

Os estudos que analisaram as ações judiciais e as decisões dos tribunais pela ilegalidade da terceirização identificaram que o Poder Judiciário e o Ministério Público foram espaços de disputa que seguiram um caminho oposto, reduzindo as possibilidades de expansão da terceirização, especialmente daquela mediante cooperativas.

Na primeira década do século XXI, foram aprovadas legislações que estabeleceram um regramento específico para o trabalho denominado ‘intelectual’ – de natureza artística, científica e de comunicação, por meio das chamadas ‘empresas individuais’, reconhecidas pela Lei nº 11.196/2005 e pela Lei nº 11.442/2007, sendo esta última voltada para o trabalho realizado por motoristas profissionais nos transportes rodoviários de carga.

As pressões para a ampliação da terceirização seguiram, e, após o golpe institucional de 2016 contra a presidente Dilma Rousseff, avançaram a agenda pró-mercado e a liberalização quase completa da terceirização. A reforma trabalhista regressiva de 2017, que entrou em vigor sob a Lei nº 13.467, incorporou um conjunto de formas de contratação, anteriormente consideradas ilegais, como o contrato intermitente, o autônomo (exclusivo, Microempreendedor Individual – MEI ou Pessoa Jurídica – PJ), o trabalho temporário, entre outros. As regulamentações que até então restringiam a terceirização às atividades-meio das empresas foram estendidas a qualquer atividade empresarial.

Ao sistematizar os resultados de investigações que realizou nas últimas décadas, Druck¹⁶ reiterou a relação de indissociabilidade entre a precarização do trabalho no Brasil e o fenômeno da terceirização, que, segundo a autora, ‘se tornou epidêmica’ e tem se convertido na principal forma de precarização do trabalho na atualidade. Alertou para os riscos que a

liberação sem limites representava, com a desconstrução de direitos sociais e trabalhistas conquistados, em um ambiente político de um violento ataque à democracia no País, dominado por uma onda conservadora que visa recrudescer o ataque à classe trabalhadora¹⁶.

A partir dessas reformas, os pesquisadores alertam que: o que temos visto ocorrer em distintos órgãos públicos e empresas privadas é o acelerado crescimento das terceirizações¹⁵. No caso da terceirização de atividades do estado, não se limita a algumas funções auxiliares, tendo sido acompanhada pela reestruturação nas carreiras, com a extinção de cargos públicos e redução de concursos, permitindo-se, dessa forma, a ampliação da terceirização para outras atividades.

Essas medidas favoráveis à terceirização colocam oito países da região (México, Chile, Brasil, Costa Rica, Argentina, Panamá, Uruguai e Colômbia) no *ranking* de ‘fornecedores de serviços e terceirização’, especificamente na área de processos de negócios e de tecnologia da informação. O Brasil ocupa a 12^a posição em relação aos 50 países desse *ranking*. Em pesquisa produzida pelo Ipea⁵, destacou-se que esse modelo de terceirização

[...] tem como propósito otimizar custos e valor agregado, o que possibilita manter escritórios de prestadores de serviços em vários países, contribuindo para o acesso a talentos, incentivos fiscais e infraestrutura [...].

Sonegação do direito ao trabalho e a negação da saúde do trabalhador

É consenso entre pesquisas que consultamos que esse fenômeno acarreta a degradação do trabalho, independentemente da forma como a terceirização ocorra (interna ou externa), no serviço público ou privado. Entre os impactos negativos registrados nas pesquisas,

estão: a rotatividade e o tempo de emprego, a remuneração, a jornada, os acidentes, a desigualdade de vínculos, o enfraquecimento das negociações coletivas. Tais medidas criam um espaço favorável para o assédio moral, a discriminação, a sensação de injustiça, a insatisfação, a falta de insumos e de equipamentos de proteção adequados, além da fragmentação do coletivo de trabalhadores – por criar vínculos muito diferentes entre trabalhadores efetivos e terceirizados –, promovendo sua fragmentação sindical por dividi-los em diferentes empresas, diminuindo drasticamente a reunião dos trabalhadores em um mesmo local.

As pesquisadoras Druck e Basualdo¹³ destacam que os terceirizados recebem menos, trabalham mais, têm menos direitos e benefícios, têm maior rotatividade e instabilidade no trabalho, têm menos capacitação formação e equipamentos de segurança; se acidentam e morrem mais. A terceirização tem corroído em praticamente todas as dimensões; os componentes que comumente são identificados como: condições de trabalho dignas, conquistadas por séculos de luta da classe trabalhadora, ao mesmo tempo que eleva as taxas de desemprego contribui com a queda dos salários, aumenta a instabilidade e a discriminação no espaço de trabalho, também deteriora o direito de associação e de ação coletiva, enfraquecendo a organização sindical¹⁷.

Fonseca⁵, ao analisar as provas colhidas nos inquéritos civis públicos do Ministério Público do Trabalho (MPT) e do estudo do Dieese, conclui que a terceirização não é outra coisa senão sonegação de direitos e precarização do trabalho, do contrário, a conta não fecharia. A empresa contratista deixa de investir em: prevenção de acidentes e em equipamentos de proteção coletiva e individual, paga salários menores, não paga horas extras, não deposita o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), deixa de conceder os intervalos para descanso⁵.

As diferenças nas condições entre trabalhadores terceirizados e efetivos – considerando o conteúdo e a organização do processo

laboral – criam um ambiente com riscos de doenças ocupacionais, mentais e psicológicas. O impacto é especialmente significativo entre trabalhadoras que enfrentam ‘turnos duplos’. A insegurança quanto à estabilidade no emprego surge não apenas durante o desemprego, mas também diante de sua ameaça iminente, precarização do trabalho e salários insuficientes. Por reduzir seu controle sobre a sua condição de trabalho, a instabilidade representa um fator de risco à saúde dos trabalhadores. Com o tempo, os riscos psicológicos e mentais no trabalho, intimamente ligados ao corpo humano, manifestam-se como doenças em trabalhadores submetidos a trabalho intenso e alta exigência de produtividade¹⁸.

Neffa¹⁸ alerta que os trabalhadores enfrentam cada vez mais a limitação da autonomia, uma rígida divisão social e técnica do trabalho, e remuneração inadequada ao esforço, qualificações e envolvimento emocional exigidos. Mesmo com dedicação, eles carecem de reconhecimento de superiores e colegas. O ambiente precário de trabalho e os desequilíbrios nos fatores de risco psicossociais resultam em sofrimento, lesões, acidentes de trabalho, dores físicas e problemas de saúde mental¹⁸. Essas questões emergem como problemas coletivos, não individuais, originados da própria organização do processo de trabalho e da estrutura das relações laborais. As consequências dos processos de precarização do trabalho são múltiplos e afetam de modo desigual os membros da classe – as atividades mais precarizadas e os riscos e pressões recaem de modo distinto sobre mulheres, dissidências sexuais, PcD, indígenas e negros.

Todas essas consequências já fomentadas pela terceirização passam a ser regulamentadas por legislações que propõem reformas regressivas nas leis trabalhistas, sendo uma antessala que recepcionou e gestou muitas dessas reformas e abriu caminho para a ‘uberização’. A contrarreforma trabalhista aprovada em 2017 no Brasil, quando validou o negociado sobre o legislado, ampliou as condições já vividas pelos trabalhadores terceirizados para

todos os trabalhadores; limitou o poder dos sindicatos; dificultou o acesso à Justiça do Trabalho; liberou a terceirização ilimitada. É a legalização da precarização do trabalho¹³.

Druck e Basualdo¹³ reiteram que a essência da terceirização, assim como das reformas trabalhistas e da uberização, está na busca por negar a condição de classe dos trabalhadores. Para as autoras, ao negar a existência de uma relação de assalariamento, explicita-se a intenção política da terceirização, que está em enfraquecer a capacidade de luta, de solidariedade e o sentimento de pertencimento de classe, nega-se o trabalhador enquanto ser coletivo, enquanto classe social, que pode e tem demonstrado historicamente a sua condição de existência através das lutas e conquistas, constrói muros entre os sujeitos da classe, de modo a fomentar ainda mais as formas de mercantilização da vida.

A incorporação das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) em inúmeras atividades profissionais redefiniu as relações de trabalho obscurecendo a relação de emprego. Por meio da fantasia do ‘trabalho autônomo’, do ‘empresário de si mesmo’ e da ‘ideologia do empreendedorismo’, passou-se a transferir os custos dos meios de trabalho para os trabalhadores. A uberização intensificou as formas de negação do trabalho que já estavam presentes com o fenômeno da terceirização e nas contrarreformas trabalhistas, mas agora, potencializada em novos patamares, avançando ainda mais para ‘a morte do direito do trabalho’. Negar a condição de trabalhador é, dessa forma, realizar o que o capital sempre perseguiu: nenhum limite à superexploração do trabalho¹³.

O não lugar das pessoas com deficiência no mundo do trabalho capitalista

A sociedade capitalista define a normalidade dos corpos, estabelecendo um padrão a partir

da perspectiva de utilidade e produtividade, pois o que foge a esse padrão não importa nem presta ao projeto mercadológico e excludente. Essa lógica reforça a reprodução das hierarquias corporais impostas pelos padrões de corponormatividade, que privilegia corpos considerados ‘produtivos’ pelo capitalismo contemporâneo para o qual corpos com deficiência são frequentemente desvalorizados em sua inserção no modo de produção capitalista.

As concepções sobre deficiência foram construídas a partir dos contextos históricos – fator determinante para a experiência e a própria existência das pessoas com deficiência. A partir de um conjunto de representações próprias da cultura ou da sociedade em que estão inseridas, as diversas compreensões a respeito da deficiência foram construídas. Inicialmente, como uma tragédia pessoal, em que a deficiência era tida como um castigo divino, um déficit, sendo as PcD dignas de pena por serem vítimas da própria incapacidade. Em seguida, estabelece-se a perspectiva biomédica, que avalia a deficiência como um problema etiológico da pessoa, ocasionado por uma doença, um trauma ou por condições de saúde que as colocam dependentes de cuidados médicos direcionados para a medicalização, obtenção de cura, de reabilitação ou de adaptação da pessoa através da mudança em sua conduta, ou seja, o ‘caminho da patologização’. Em relação ao mercado de trabalho, historicamente vemos a correlação com esta perspectiva:

As ações biomédicas têm o papel de aproximar as pessoas de um padrão de normalidade que está ligado aos processos de industrialização da sociedade. A construção de padrão de corpos que atendam à lógica produtiva contribui para que as pessoas com deficiência não sejam vistas como aptas para venda de sua força de trabalho, colocando-as como dependentes e iniciando o processo de institucionalização. O mercado de trabalho não permitia a entrada das pessoas com deficiência e a institucionalização era o mecanismo de controle daqueles que não eram produtivamente ativos¹⁹⁽³⁰⁹⁾.

A partir das últimas décadas do século XX, essa abordagem e seus desdobramentos começaram a ser contestados por movimentos organizados pelas próprias PcD, dando origem aos estudos de deficiência (*disability studies*). Na década de 1970, na Inglaterra, foi formado o movimento chamado União dos Deficientes Físicos Contra a Segregação (Union of the Physically Impaired Against Segregation – UPIAS), que teve grande impacto na reformulação da perspectiva sociológica da deficiência. Essa foi uma das primeiras organizações de direitos das PcD e estabeleceu os princípios que nortearam o Modelo Social da Deficiência^{19,20}. Esses estudos impulsionaram a formulação de teorias críticas, que deslocam o enfoque da condição individual para as barreiras sociais que produzem desigualdades.

A partir de uma perspectiva baseada no materialismo histórico, o grupo da UPIAS compreende a deficiência como uma forma de opressão social. Nessa concepção, a deficiência estava diretamente relacionada com as exigências de produtividade impostas pelo sistema capitalista que defendem que a inclusão real no mercado de trabalho só seria possível por meio de transformações estruturais no próprio sistema capitalista. Para esse grupo, não são os impedimentos físicos que impedem a produtividade, mas sim a maneira como a divisão social do trabalho é organizada sem considerar a diversidade dos corpos.

No Brasil, a realidade do não lugar das PcD no mundo do trabalho capitalista se expressa na não contratação de trabalhadores com deficiência, visto que, apesar do nível de qualificação profissional e da existência de legislação específica implementada para garantir a inclusão de PcD, continua sendo uma realidade no Brasil. Esse fenômeno revela um descompasso entre as políticas públicas estabelecidas e a prática efetiva nas instituições públicas e privadas. Para compreender melhor este cenário multifacetado, sistematizamos alguns dados sobre a situação de trabalho nas últimas décadas.

Considerando o Censo de 2010, havia cerca de 6,5 milhões de PcD (incapacitante ou severa) que estavam em idade entre 20 e 59 anos. Além disso, em todo o Brasil, havia 2.808.878 PcD que possuem nível superior completo, o que correspondia, em dezembro do mesmo ano, a 3,73 vezes o total da cota de inclusão de PcD no Brasil, que era de 752.792 pessoas²¹.

Outro levantamento importante é o Diagnóstico Quantitativo de Pessoas com Deficiência/Reabilitadas no Brasil, realizado em 2016, que indicou que, para cada vaga reservada à PcD, existem, em média, 9,7 PcD elegíveis para a reserva legal.

Os dados referentes à escolaridade de PcD revelam disparidades que merecem atenção. Conforme informações registradas no eSocial, observa-se uma predominância de homens em relação a mulheres no mercado de trabalho para PcD, assim como maior representatividade de pessoas brancas comparativamente a pessoas negras e pardas. Adicionalmente, constata-se que a remuneração média de profissionais com deficiência apresenta-se inferior à média geral, com destaque para uma desigualdade salarial ainda mais acentuada no caso das mulheres²². De acordo com a PNS, em 2019, o nível de ocupação de pessoas de 14 anos ou mais de idade, por existência de deficiência, em pelo menos uma de suas funções, era de: PcD, 25,4%; pessoas sem deficiência, 60,4%; e média nacional, 57,0%. Das 828.256 vagas reservadas em 2021 – entre a administração pública, empresas públicas, sociedades de economia mista e empregadores privados –, apenas 49,81% estavam ocupadas, ou seja, existia um déficit de 415.736 vagas não preenchidas, o equivalente a 50,19%²³.

Cifras semelhantes são indicadas em agosto de 2023. Segundo o eSocial, o sistema de cotas empregava 560.299 PcD e reabilitadas e poderia empregar o dobro disso, já que o percentual de cumprimento da lei é pouco maior que 50% no País. Em 2023, com a divulgação dos dados do IBGE referentes a 2022, identifica-se que o nível de ocupação

das pessoas de 14 anos ou mais de idade por existência de deficiência foi de 26,6%, e de 60,7% para pessoas sem deficiência²³.

Grande parte da população economicamente ativa é forçada a se submeter a condições de trabalho e de vida cada vez mais precárias, o que afeta a totalidade dos trabalhadores – ainda que de maneira mais acentuada entre os que se encontram em grupos historicamente mais vulnerabilizados.

Segundo a PNS/2019²³, as PcD recebiam dois terços do rendimento daquelas sem deficiência. Entre as pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza (US\$ 5,5 ao dia), 18,2% tinham alguma deficiência. Entre as pessoas sem deficiência, o índice é de 22%. A pesquisa também mostra que as PcD têm menos acesso à internet (68,8%) do que as sem deficiência (86,1%), menos acesso à rede de esgoto, água por rede geral e coleta de lixo (58,2%), enquanto 62,4% das pessoas sem deficiência tinham acesso. Pessoas com alguma deficiência tinham menor taxa de frequência escolar líquida (86,6%) que as sem deficiência (96,1%)²⁴.

Por meio dessas sequências históricas, visualiza-se que, apesar de significativas, as lutas e pressões para a contratação de trabalhadores com deficiência ainda precisarão ser multiplicadas para que essa transformação ocorra. O processo perverso de naturalização dos dados da desigualdade social insiste em negar sua existência e direito ao trabalho, como fruto de uma longa história construída a partir da exploração e exclusão²⁴.

A perspectiva da interseccionalidade configura-se como uma lente analítica transdisciplinar que permite compreender como diferentes marcadores sociais – tais como deficiência, gênero, raça, classe e outros – se inter-relacionam de modo simultâneo e inseparável na produção e reprodução das desigualdades^{25,26}. Essa abordagem rompe com explicações simplistas e causais, oferecendo uma leitura complexa da realidade social. Ao reconhecer que os sujeitos ocupam posições diversas dentro de estruturas históricas de dominação, a interseccionalidade evidencia

como as instituições operam seletivamente na distribuição de direitos, reconhecimento e pertencimento.

Dessa forma, o olhar interseccional contribui para a análise das formas pelas quais determinados grupos são sistematicamente subordinados e têm suas experiências invisibilizadas ou deslegitimadas nos espaços sociais e políticos. Um conceito-chave nesse debate é o de capacitismo, termo que designa as práticas e atitudes discriminatórias direcionadas às PcD, com base na suposição de que corpos ‘normais’ são superiores¹⁹.

A exclusão é um elemento estrutural da sociedade capitalista, que relega à margem aqueles que não atendem a seus interesses econômicos ou são considerados apenas peças secundárias no sistema produtivo. A opressão vivida pela maioria das PcD decorre desse modelo baseado na acumulação e na busca incessante pelo lucro, que opera por meio de um processo excludente e desumano²⁷.

Não reforçamos o coro dos movimentos que buscam na parceria empresarial a suposta conquista da ‘inclusão’, como promovido por Sassaki²⁸ – uma referência para inúmeros movimentos de luta por direitos de PcD –, para quem a inclusão no mercado de trabalho competitivo não é um sonho impossível de ser realizado, desde que os empregadores sejam tratados como parceiros’. Essa e outras formulações ideológicas dessa natureza contribuem para esvaziar do campo de debate a necessidade de construir novas relações de sociabilidade que superem o capitalismo, retirando de espaços organizativos da classe trabalhadora a centralidade na luta, e projetando para os setores empresariais a iniciativa que, supostamente, seria suficiente para garantir o direito ao trabalho.

Tais argumentos também contribuem para a fragmentação da luta, uma vez que afastam as PcD e reabilitadas dos espaços mais combativos em movimentos que buscam pautas que não dialogam, tampouco avançam, em atender as demandas dos trabalhadores PcD. Os poucos avanços conquistados no âmbito da

empregabilidade – com o discurso do objetivo final da inclusão – reforçam os argumentos empresariais da ‘ausência de pessoas com deficiência preparadas/qualificadas’, como nos projetos de lei que, de tempos em tempos, voltam a ser debatidos e visam reduzir substancialmente as reservas legais de vagas – caso dos Projetos de Lei nº 1.231/2015, nº 6.709/2016, nº 9.959/2018 e nº 5.433/2019 –, projetando nos sujeitos a responsabilidade pela perpetuação de sua condição de trabalhador informal e/ou desempregado.

A manutenção de um expressivo contingente de trabalhadores desempregados e/ou subempregados é inerente às relações de trabalho no sistema capitalista. Essas relações são reproduzidas em um contexto de sociabilidade que mercantiliza corpos, explora relações afetivas, intensifica a extração de ‘sobre trabalho’, precariza a venda da mão de obra, sonega e expropria direitos, romantiza e naturaliza relações de opressão, entre muitos outros aspectos.

No capitalismo neoliberal, nota-se um crescimento dessa situação de precariedade, tanto para os trabalhadores com deficiência quanto para os sem deficiência. No entanto, devido à falta de adaptações necessárias nos espaços de trabalho e à ausência de formações anticapacitista, observa-se que a proporção de PcD que estão afastados dos empregos formais é maior e tem aumentado ao longo das últimas décadas.

A atualização das informações sobre o trabalho de PCD tem mostrado o não cumprimento das legislações, os limites das práticas ditas ‘inclusivas’ e a negação do direito ao trabalho como um direito humano. As ideias inclusivas não progrediram não por falta de tempo ou colaboração das empresas, mas sim porque não se desenvolveram no capitalismo²⁹.

Considerações finais

Em um cenário em que a classe trabalhadora enfrenta desafios significativos quanto aos seus direitos, as leis de inclusão encontram barreiras para seu avanço. Observamos que

essas dificuldades são agravadas por ações governamentais, incluindo alterações legislativas, redução da atividade fiscalizadora e reestruturação dos órgãos de controle. Para alcançar condições laborais mais adequadas, é essencial buscar avanços políticos, sociais e, em especial, no ordenamento jurídico.

Considerando esta análise, nosso propósito foi enfatizar a relevância de ampliar as iniciativas por meio de medidas legislativas, administrativas e complementares que promovam a efetivação dos direitos trabalhistas das PcD. Igualmente, defendemos a necessidade de expandir ações formativas anticapacitistas, para que tenham impacto e sejam incorporadas em variados contextos sociais. A regulamentação e a fiscalização dessas distintas ações, por parte dos órgãos governamentais, fazem-se necessárias, uma vez que a evidência demonstra que a implementação de direitos não ocorre de forma espontânea.

Convém salientar que a questão da dignidade vai além dos aspectos estritamente jurídicos do sistema vigente. Torna-se essencial reconhecer a disparidade entre a violação dos direitos humanos, a observância formal desses direitos e a valorização da dignidade intrínseca de cada indivíduo. No contexto da sociedade capitalista, embora a defesa pelo cumprimento formal dos direitos seja necessária, esta não proporciona uma visão emancipatória para os trabalhadores. Consequentemente, permanece o desafio de superar preconceitos estruturais, a incessante maximização de lucros e os mecanismos de exploração cada vez mais sofisticados, regulamentados e adaptáveis.

Nossos desafios são muitos, e as soluções emergem das lutas coletivas nas quais, como

classe, buscamos a desconstrução de preconceitos, tais como capacitismo, racismo, machismo, homofobia e todas as formas de discriminação e opressão, não como batalhas secundárias, mas como lutas imprescindíveis para a construção da sociedade que almejamos. É essencial que as nossas entidades representativas, enquanto categorias profissionais, ampliem a formação de trabalhadores socialmente engajados com as particularidades da classe, com o objetivo de combater o capacitismo originado e/ou reproduzido no local de trabalho. A tomada de consciência da nossa condição de classe não pode estar dissociada da consciência sobre as demais determinações da vida social e da necessidade de emancipar todos os trabalhadores das condições degradantes construídas e reproduzidas no modo de produção capitalista.

As demandas do tempo presente requerem de todos nós a vigilância permanente para garantir o cumprimento das legislações que regulamentam condições dignas de trabalho, fruto de muita luta. Exigem que criemos formas de agir no mundo, buscando superar o capacitismo alimentado nas relações sociais capitalistas. A revolução e o horizonte humano devem entrelaçar-se nesse ponto culminante, visando superar as iniquidades capitalistas e elevar a dignidade a outro patamar: em uma sociabilidade socialista.

Colaboradoras

Valentini J (0000-0001-7430-0629)* e Gertner SRCB (0000-0003-3564-5039)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Borges Â, Druck MG. Crise global, terceirização e a exclusão no mundo do trabalho. Caderno CRH [Internet]. 1993 [acesso em 2025 jan 10];19. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/2376/1/CadCRH-2007-349%20S.pdf>
2. Basualdo V, Morales DR, editores. La tercerización laboral: orígenes, impacto y claves para su análisis en América Latina. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2014.
3. Antunes R, Druck G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. O Social em Questão [Internet]. 2015 [acesso em 2025 jan 10];18(34):19-40. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552264586001>
4. Teixeira M, Andrade HR, Coelho EDÁ. Precarização e terceirização: faces da mesma realidade. São Paulo: Sindicato dos Químicos; 2016.
5. Fonseca VP. Terceirizar atividade-fim é alugar trabalhador. In: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília, DF; Ipea; 2018 [acesso em 2025 jan 10]. p. 95-111. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8258>
6. Esponda A, Basualdo V. Abordajes sobre la tercerización laboral en América Latina: aportes y perspectivas [Internet]. In: 8ª Jornadas de Sociología de la UNLP; 2014; La Plata. La Plata, Argentina: UNLP; 2014 [acesso em 2025 jan 10]. p. 1-27. Disponível em: <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/>
7. Esponda A, Basualdo V. La expansión de la tercerización a nivel global a mediados de los años setenta, sus antecedentes históricos y su alcance actual. In: Basualdo V, Morales DR, editores. La tercerización laboral: orígenes, impacto y claves para su análisis en América Latina. Madrid: Siglo XXI Editores; 2019. p. 19-64.
8. Biavaschi MB, Droppa A. Terceirização e as reformas trabalhistas na América Latina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2022.
9. Leite M. Terceirização e precariedade: um encontro perverso. In: Biavaschi MB, Droppa A. Terceirização e as reformas trabalhistas na América Latina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2022. p. 115-136.
10. Antunes R. Uberização do trabalho e capitalismo de plataforma: uma nova era de desantropomorfização do trabalho? Anál Soc. 2023;58(248):512-3. DOI: <https://doi.org/10.31447/AS00032573.2023248.04>
11. Antunes R. O vilipêndio da COVID-19 e o imperativo de reinventar o mundo. O Social em Questão [Internet]. 2021 [acesso em 2025 mar 8];(49):111-21. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552265046015>
12. Paulo Netto J. Crise do capital e consequências societárias. Serv Soc Soc. 2012;(111):413-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300002>
13. Druck G, Basualdo V. Terceirização e suas conexões com os processos de reforma trabalhista e a 'uberização': quatro teses a partir da análise das relações de trabalho na Argentina e Brasil. In: Biavaschi MB, Droppa A. Terceirização e as reformas trabalhistas na América Latina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2022. p. 13-32.
14. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate [Internet]. Brasília, DF; Ipea; 2018 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8258>
15. Druck G, Sena J, Pinto MM, et al. A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. In: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília, DF; Ipea; 2018 [acesso em 2025 jan 10]. p. 95-111; Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8258>
16. Druck G. A indissociabilidade entre precarização social do trabalho e terceirização. In: Teixeira M, An-

- drade HR, Coelho EDÁ. Precarização e terceirização: faces da mesma realidade. São Paulo: Sindicato dos Químicos; 2016. p. 35-58.
17. Puig Farrás J, García GN, González J. Situación de la subcontratación en América Latina y perspectivas para su regulación [Internet]. Medellín: RedLat; 2011 [acesso em 2025 mar 20]. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ens/20170803043254/pdf_522.pdf
 18. Neffa JC. Proceso de trabajo, relación salarial y salud de los trabajadores de plataformas [Internet]. Buenos Aires: Voces en el Fénix; 2020 [acesso em 2025 mar 20]. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/145449?show=full>
 19. Cunha ACCP. Deficiência como expressão da questão social. *Serv Soc Soc*. 2021;(141):303-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.251>
 20. Diniz D. O que é deficiência? São Paulo: Brasiliense; 2007.
 21. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Nota Técnica. Inclusão no mercado de trabalho e a pessoa com deficiência (atualização da NT nº 246). São Paulo: Dieese; 2022.
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua. Pessoa com Deficiência 2022: divulgação dos resultados gerais [Internet] [Rio de Janeiro]: IBGE; 2023 [acesso em 2025 mar 23]. Disponível em: https://agencia-denoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos da vida [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2025 fev 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>
 24. Mota PHS, Bousquat A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde debate*. 2021;45(130):847-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113021>
 25. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem*. 2002;10(1):171-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
 26. Collins PH. Interseccionalidade como uma teoria crítica social. São Paulo: Boitempo; 2019.
 27. Mascaro AL. Direitos humanos: uma crítica marxista. *Lua Nova*. 2017;(101):109-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-109137/101>
 28. Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA; 1997.
 29. Oliveira MHB, Erthal RMC, Vianna MB, et al. Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. Rio de Janeiro: Cebes; 2017. p. 332.

Recebido em 30/03/2025

Aprovado em 12/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira

Workers' Health as a Human Right: The foundations of the Brazilian Sanitary Reform

Marcia Cristina Kamei Lopez Aliaga¹, Norma Sueli Padilha¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210589P

RESUMO Reafirmar a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano encontra respaldo na Constituição Federal de 1988, que constitucionalizou o termo 'saúde do trabalhador', valorizando o trabalho na determinação do processo saúde-doença. A posição destacada do elemento trabalho no texto constitucional não garantiu à área os instrumentos e a posição adequada dentro da hierarquia administrativa do sistema de saúde, comprometendo as interlocuções e interações necessárias com as demais instâncias de vigilância em saúde e com a atenção e a assistência, essenciais para a execução das ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, caracterizadas pela transversalidade. Resgatar os valores que nortearam a Reforma Sanitária Brasileira é essencial para a reaproximação da classe trabalhadora da saúde, valorizando-se não apenas as representações sindicais, mas também os movimentos sociais, por meio da Vigilância Popular em Saúde. Reforçar as estratégias de vigilância, aprimorando a captação de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e promovendo o compartilhamento de dados com os campos trabalho e previdência, é estratégia que merece atenção, especialmente no contexto desafiador das novas relações de trabalho, nas quais compreender os padrões de adoecimento e sua distribuição é essencial para o enfrentamento dos impactos na saúde da população trabalhadora.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Direitos humanos. Conferências de saúde. Saúde pública. Processo saúde-doença.

ABSTRACT *Reaffirming workers' health as a human right finds solid grounding in the 1988 Brazilian Constitution, which enshrined the term 'workers' health', recognizing the centrality of labor in shaping the health-disease process. Despite the prominent position attributed to labor in the constitutional text, this recognition did not translate into the provision of adequate instruments or an appropriate standing within the administrative hierarchy of the health system. As a result, the necessary dialogue and interactions with other domains of health surveillance, as well as with healthcare and assistance services, have been compromised - an issue particularly critical given the inherently cross-cutting nature of workers' health actions. It is therefore imperative to recover the foundational values that guided the Brazilian Sanitary Reform to reestablish the connection between the working class and the health sector. This involves valuing not only labor union representations but also broader social movements, particularly through mechanisms such as Popular Health Surveillance. Strengthening surveillance strategies by improving data collection within the Notifiable Diseases Information System and fostering data integration across the labor and social security sectors represents a crucial initiative. This is especially relevant in the face of contemporary challenges posed by new forms of labor relations, where understanding patterns of illness and their distribution is essential for addressing the health impacts on the working population.*

KEYWORDS Occupational health. Human rights. Health conferences. Public health. Health-disease process.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. marcia.ckla@gmail.com



Introdução

O período que antecede a realização das conferências de saúde, em meio à efervescência das conferências municipais, estaduais e conferências livres, traz momentos de profunda reflexão. O tema proposto para abrir as discussões da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT) contém pensamento instigante: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano. Ora, se a saúde é um dos pilares dos direitos humanos, assim reconhecida desde o advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948¹, no seu art. 25, qual o motivo e necessidade de explicitar a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) como um direito humano?

Reafirmar a STT como direito humano é relevante, especialmente no momento histórico desafiador que ora vivenciamos. O enfrentamento dos problemas do nosso tempo é tarefa complexa em um mundo tensionado por guerras com potencial de abalar as estruturas globais e a geopolítica mundial. O ambiente global se notabiliza por contrastes e contradições, no qual a tecnologia se auto-proclama como a solução para os problemas contemporâneos, escondendo, por detrás da evolução dos *chips* e da inteligência artificial, questões socioambientais ainda longe de serem resolvidas, como as que decorrem da extração de minérios que compõem esses minúsculos processadores².

A nova sociedade global, ao mesmo tempo que observa o progressivo avanço da tecnologia, não consegue superar o problema da fome e da desnutrição de parte considerável da população global; assiste aos desastres climáticos decorrentes da grave crise ambiental, mas insiste na exploração de fontes de combustíveis fósseis e na extração de minerais não renováveis, reduzindo as últimas reservas verdes e mudando a vida de comunidades tradicionais; analisa a expansão da inteligência artificial, mas não consegue assegurar educação básica para as crianças que devem controlá-la no futuro.

Por sua vez, a atual complexidade dos problemas do mundo do trabalho e da saúde daqueles que trabalham envolve questões não apenas sociais, mas também ambientais, tecnológicas, políticas e econômicas. É na complexidade, e não na linearidade que as soluções devem ser buscadas.

Estabelecer a STT como um direito humano no contexto atual tem o potencial de posicioná-la dentro desse espectro complexo, de modo a garantir e perseguir a estabilidade disciplinar em torno do tema. A estabilização da área da STT é um processo ainda em evolução e não adequadamente solucionado dentro da conformação de saúde pública desenhada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88)^{3,4}.

Assim, o presente artigo de opinião tem a finalidade de ingressar na reflexão proposta por ocasião da 5ª CNSTT. Inicialmente, com olhar retrospectivo sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), analisa juridicamente a posição da STT na CF/88. Depois, considerando os eixos de discussão, propõe reflexões sobre os problemas atualmente vivenciados pela disciplina, para, finalmente, trazer apontamentos sobre possíveis direções na busca do constante aprimoramento das políticas de saúde dedicadas à área.

A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano

Juridicamente, é defensável o argumento de que o Brasil já posiciona a STT dentro da perspectiva de direito humano. Isso não é invenção recente, senão fruto da luta histórica dos movimentos sociais e sindicais, que culminou na vitoriosa RSB. Como produto dessa luta, a saúde como direito de todos e dever Estado, foi assegurada no art. 196 da CF/88. Essa inserção constitucional decorre da construção social que se deu a partir das campanhas dos movimentos sociais e sindicais à época da 8ª Conferência Nacional de Saúde

e da 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador no ano de 1986⁵.

Ressalta-se que a Constituição Cidadã de 1988 foi além da garantia da saúde, como direito de todos e dever do Estado, determinando, ainda, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja descrição do campo de atuação foi albergada no próprio texto. Desse modo, além de a saúde emergir da CF/88 como um direito subjetivo de todos os brasileiros e brasileiras em face do Estado, também foi asentada a forma como essa organização deveria ser desenhada por meio do SUS.

No entanto não foi só isso. A CF/88 trouxe nova base jurídica para a saúde, sendo relevante, nesse contexto, a compreensão da extensão conceitual do direito à saúde trazido no art. 196⁴, nestes termos:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito à saúde, para além do *status* de direito subjetivo público, mudou substancialmente a própria concepção de saúde pública no País. A partir da CF/88, o conceito de saúde pública, até então com abrangência circunscrita a atividades de prevenção e controle de propagação de doenças que impusessem risco à coletividade, expandiu-se significativamente. O Estado, então, assume que a garantia do direito à saúde também passa pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais, sem descuidar da prestação de serviços públicos voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Nesse sentido, consoante destaca Santos³, a visão epidemiológica da questão saúde-doença, que privilegia o estudo dos fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidades, passou a integrar o direito à saúde.

É possível afirmar, portanto, que a CF/88 não limitou a saúde aos aspectos biológicos da

doença, senão que reconheceu que o processo saúde-doença se expressa também pelas dimensões sociais e econômicas que interagem nessa evolução. Reconheceu, assim, a determinação social no processo saúde-doença e valorizou o peso inafastável das dinâmicas sociais, políticas e econômicas nos níveis de saúde. Adicionalmente, a CF/88 elevou constitucionalmente a saúde do trabalhador, cunhando o termo na Lei Maior (art. 200, inciso II)⁴. Ainda, reconheceu a necessidade de a saúde colaborar para a promoção de ambientes mais equilibrados, neles compreendido o meio ambiente de trabalho (art. 200, inciso VIII)⁴. O campo de atuação da STT e da saúde ambiental foram, posteriormente, definidos na Lei nº 8.080/1990⁶, a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Podemos afirmar, portanto, que a STT é reconhecida no nosso ordenamento jurídico como direito humano. No entanto, ainda existe uma lacuna entre o reconhecimento jurídico e o mundo real que precisa ser superada. A realidade é pródiga em nos revelar esse abismo. Basta observar os números ainda alarmantes de acidentes do trabalho e de doenças relacionadas com o trabalho. Se é verdade que nos livramos do título de país com mais acidentes de trabalho no mundo, marca nada lisonjeadora alcançada no ano de 1975⁷, fato é que o decréscimo de casos ainda não nos coloca em situação confortável. Ainda se morre, se mutila e se adoce muito no nosso país. Apenas no ano de 2024, a Previdência Social recebeu 742.200 notificações de acidentes de trabalho enquanto foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)⁸ 494.422 acidentes de trabalhos graves.

Os dados registrados não consideram os problemas relativos à subnotificação e ao fato de o Sinan ter uma cobertura mais abrangente, pois incluem todos os tipos de vínculos empregatícios e faixas etárias, são alarmantes e revelam que a cultura da prevenção ainda não atingiu um *status* de consciência sanitária para as empresas, a rede de atenção à saúde e a população geral, para a transformação das condições de saúde no trabalho. A evidência de

que esses dados representam, em sua maioria, os acidentes de trabalho graves agrava essa situação, não sendo representativos da ocorrência da totalidade de acidentes nem das doenças relacionadas ao trabalho, revelando apenas a ponta de um *iceberg* de problemas. É necessário enfatizar que acidentes de trabalho são preveníveis e que muitas vidas podem ser salvas a partir de políticas mais assertivas, que reconheçam o valor do saber popular e a riqueza das relações mais democráticas no enfrentamento desse evitável problema de saúde.

Assim, segue sendo atual a pergunta: o que fazer para melhorar os níveis de saúde da população trabalhadora? A partir dos eixos de discussão sugeridos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a 5ª CNSTT, pretende-se ingressar nessas reflexões e integrar o processo dialético e dialógico que permeia o ambiente democrático das conferências.

Da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

A Portaria nº 1.823/2012⁹, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), constitui marco histórico relevante no posicionamento da saúde do trabalhador dentro do próprio SUS. A PNSTT dá destaque para as atividades da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), enaltecendo a estratégia de vigilância de ambientes e de processos de trabalho (art. 2º), reforçando a visão do trabalho como um dos fatores de determinação do processo saúde-doença (parágrafo único do art. 3º)⁹.

Antecedente histórico a ser considerado refere-se à publicação do Decreto nº 7.602/2011¹⁰ no ano anterior à instituição do PNSTT. O decreto cuidou da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e, como deixa clara a sua própria denominação, está pautada na perspectiva da Segurança e Saúde no Trabalho (SST). Entretanto, a

estratégia de pactuação interministerial no campo da saúde e segurança não se concretizou. Esse esforço não resultou na elaboração de um plano operativo com a definição de competências, a superação dos conflitos referentes à ação de vigilância e fiscalização, e as distintas concepções de participação social; não se concretizou na superação de conflitos para avanços na construção das etapas subsequentes rumo a uma ação integrada, no campo da saúde e do trabalho, entre os ministérios. A política encartada no PNSST, embora congregasse a participação dos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social e buscasse superar a atuação fragmentada desses órgãos do Executivo federal, claramente não cumpriu tal desiderato, cingindo-se a especificar as atribuições de cada órgão. Não revelou, além disso, progresso no tocante a uma atuação mais sinérgica entre os órgãos.

Feita essa breve digressão e retornando à PNSTT, tem-se que a instituição dessa política de saúde no ano subsequente à edição da PNSST foi benéfica não apenas no sentido de melhor detalhar as atribuições da área da saúde quanto à STT, mas também para dar direcionamento à matéria dentro do próprio sistema de saúde. Esse senso de direcionamento é dado no art. 8º¹⁰, em que os objetivos da política foram descritos, destacando-se o fortalecimento da Visat e sua integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, a promoção da saúde em ambientes e processos de trabalho saudáveis, a garantia da integralidade na atenção em saúde do trabalhador, na qual se considera o caráter transversal das ações de saúde do trabalhador e, consequentemente, a necessidade de articulação com as instâncias e os pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Além disso, ao estabelecer esses objetivos, a PNSTT reafirmou o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida sob a perspectiva da transversalidade, reconhecendo-se a categoria trabalho como um fator de determinação do processo saúde-doença, razão pela qual deve ser considerada nas

análises de situação de saúde e nas ações de promoção de saúde.

Para o cumprimento desses objetivos, foram traçadas estratégias devidamente detalhadas no art. 9º⁹. Entre elas, previu-se a interação entre a Visat com os demais componentes da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental), com destaque para a necessidade de interlocução e cooperação com a Atenção Primária à Saúde por meio de planejamento conjunto, produção conjunta de protocolos e normas técnicas, de qualificação de equipes, harmonização e unificação de instrumentos de registro e notificação de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

Também é importante destacar que o artigo 9º, inciso II, alínea ‘h’⁹, incluiu entre as estratégias de execução da política a garantia na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo em diversos sistemas de dados do SUS, bem como em sistemas sob o comando do Ministério da Previdência e do Trabalho: Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT) e Relação Anual de Informações Sociais (Rais), além de sistemas de outros órgãos, como agricultura, meio ambiente, indústria, comércio, entre outros, para fins de análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores. Essa medida auxiliaria na captação de dados que trariam maior vigor à vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador, pois essa se beneficia da coleta de dados de fontes diversas¹¹.

Passados mais de dez anos do lançamento do PNSTT, observa-se que tais ideais ainda não foram concretizados. A maior interlocução entre entes estatais da área da saúde, do trabalho e da previdência, prevista tanto na PNSTT como na PNSST, ainda ocupa apenas o plano das ideias. Acredita-se que a maior interação entre essas áreas poderia ser fomentada a partir do incremento do compartilhamento de dados digitais. Cada um desses entes possui uma imensidão de

dados da população brasileira trabalhadora, e o compartilhamento seria mutuamente benéfico. Não há, por exemplo, na construção desses bancos de dados, consenso ou iniciativa de desenhar um conjunto mínimo de dados, que poderia favorecer o compartilhamento. Dados preenchidos nas Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), por exemplo, devem ser posteriormente repetidos na notificação ao Sinan. A iniciativa para a elaboração de uma política de compartilhamento de dados poderia partir do próprio Ministério da Saúde, que, de acordo com o PNSST, a ele foi atribuída a tarefa de ‘contribuir para a estruturação e operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador’ (inciso VII, alínea ‘d’ do PNSST)⁹.

Uma rede integrada de informações seria muito útil para o levantamento da situação de saúde da população trabalhadora, contribuindo para a adoção de meios mais adequados ao enfrentamento de problemas que impactam na saúde dos que trabalham. Por outro lado, o compartilhamento de informações também contribuiria para o combate a fraudes ao sistema previdenciário, por exemplo, a partir de dados de mortalidade da Saúde. Do mesmo modo, auxiliaria o campo do trabalho na elaboração de normas regulamentadoras mais robustas e alicerçadas em dados epidemiológicos consistentes.

Voltando olhar para o campo da saúde, observa-se que, no âmbito do próprio SUS, o trabalho mais integrado da Visat com as outras áreas da Vigilância em Saúde ainda não faz parte do cotidiano das ações de saúde. Tomem-se como exemplo as iniciativas relatadas por ocasião do 10º Encontro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador¹², também denominado 10º Renastão, ocasião em que foram celebrados os 10 anos da PNSTT. Sem qualquer demérito para os trabalhos apresentados e, antes, louvando as iniciativas que compuseram os painéis do evento, nas quais se reconhece o árduo e incansável trabalho realizado por agentes da Visat em estados e municípios. Esses relatos, porém, desvelam a

baixa interação entre as próprias instâncias de vigilância, o que nos leva à conclusão de que essa é ainda uma meta a ser atingida, e não uma estratégia já consolidada.

Alguns temas tratados nesse encontro, como os intitulados ‘Experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador do município de Brasília no Acre’ e ‘Vigilância em Saúde do Trabalhador nas Emergências em Saúde Pública em Santa Catarina: investigação de óbitos por hemorragia alveolar difusa em uma fazenda de maçã’, reportaram experiências exitosas na atuação mais integrada entre a Visat e as instâncias de vigilância sanitária de municípios e da vigilância epidemiológica desses estados. Em suas falas, porém, os expositores revelaram as dificuldades na atuação mais integrada com a vigilância sanitária, o que mostra que a visão transversal do trabalho nas ações de saúde ainda não foi incorporada dentro do próprio SUS.

Outra observação necessária refere-se à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renastt), que integra a Rede de Serviços do SUS. Não resta dúvida que a criação da Renastt muito contribuiu e segue contribuindo para o desenvolvimento do PNSTT. Nos estados, municípios e nas regiões, são os Cerest os entes irradiadores da implementação dessa política. A esses centros, são atribuídas tarefas relevantes, como a investigação de fatores e situações de risco no trabalho, investigação de doenças, agravos e óbitos relacionados ao trabalho, a identificação de medidas de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, além de apoio matricial e pedagógico nos territórios. Tudo isso a ser desenvolvido em interlocução com o controle social e com setores trabalho e previdência, de forma participativa e territorializada, sempre articulado com outras vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental), com os demais serviços do SUS, e com outros setores como trabalho, meio ambiente, previdência social, controle social, sindicatos e áreas afins, no sentido de garantir maior eficiência dessas ações¹³.

Além disso, incorporaram as demandas advindas dos outrora Programas de Saúde do Trabalhador (PST) existentes em São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, que tradicionalmente voltavam-se para as ações de atenção, assistência e reabilitação, investigação do nexo entre as moléstias e doenças com o trabalho. Historicamente, é possível creditar aos PST a maior aproximação da saúde pública com os sindicatos e grupamentos de trabalhadores^{5,14}, o que foi transferido, em parte, aos Cerest.

Não é possível deixar de constatar, contudo que, atualmente, há certo distanciamento das representações sindicais e mesmo dos próprios trabalhadores das ações do SUS. A crise vivenciada pelo sistema sindical, que há tempos sofre severos ataques à liberdade sindical, aprofundada, ainda, pela reforma trabalhista operada no ano de 2017 (Lei nº 13.467/2017)¹⁵ contribuem para esse distanciamento. A reforma trabalhista promoveu o corte abrupto das contribuições sindicais obrigatórias, desestabilizando o sistema sindical e explicando, em parte, o afastamento dessas representações de alguns foros. Contudo, mesmo diante de índices de acidentalidade elevados, não se observam a aproximação ou a reaproximação efetiva das representações de trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

A esse respeito, entendemos que uma reflexão profunda merece ser feita no que diz respeito à ausência de estratégias mais consistentes que integrem as instâncias de STT do SUS às políticas de Atenção Básica ou mesmo da Atenção Especializada. Essas últimas, que interagem mais diretamente com os usuários, entre eles, os usuários trabalhadores, estão longe de incorporar as estratégias outrora desenhadas pelos PST. Tais instâncias, salvo raras exceções, pouco se relacionam com a Visat, *locus* atual da STT, situação injustificável sob o ponto de vista constitucional já que, entre todos os fatores de determinação do processo saúde-doença, o trabalho foi textualmente inserido na CF/88. Não se pretende, com essa observação, promover a ‘ressureição’ dos PST, mas

utilizar sua história para examinar se o atual formato possibilita o cumprimento do valor constitucional dado ao trabalho no sistema de saúde. O quadro atual desmerece as conquistas alcançadas pelos antigos programas, que tem entre os seus méritos a aproximação das pessoas trabalhadoras do antigo sistema público de saúde, colaborando para trazer o campo do trabalho para compor o Movimento da Reforma Sanitária, engrossando o caldo que garantiu o ingresso do tema saúde do trabalhador no SUS idealizado pela Constituinte de 1988¹⁶.

É relevante, portanto, que as instâncias de implementação da PNSTT detenham os meios e os instrumentos necessários para a execução de ações de saúde tão amplas quanto a população que busca atingir, que é a totalidade da população que labora. Por isso, é importante colocar em debate a composição e/ou recomposição do quadro funcional dos Cerest, com equipes com formação e dimensionamento adequado ao trabalho a ser desenvolvido no território, na forma preconizada pelo CNS no Quadro 4 da Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018¹⁷.

O campo da STT, além de previsão constitucional (art. 200, inciso II)⁴, tem atribuições não apenas na área de vigilância, mas também na promoção, na atenção e na assistência à saúde, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990 (art. 6º, § 3º)⁶. Entretanto, esse patamar jurídico, assegurado em lei e na CF/88, a nosso ver, destoa do tratamento que vem sendo conferido à STT dentro do próprio SUS.

Nesse aspecto, não podemos deixar de comentar a respeito do organograma atual do Ministério da Saúde. A STT está alocada na Coordenadoria-Geral de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CGSAT), que integra o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVAST) que, por sua vez, está subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)¹⁸. Sem nenhuma crítica à secretaria em questão, mas a posição ocupada atualmente pela STT não é condizente com as atribuições conferidas à área pela LOS nem é compatível

com a importância e o *status* que lhe foram assegurados na CF/88.

Não se trata aqui de demandar posição hierárquica superior, mas de clamar pelo adequado posicionamento da área da STT dentro do SUS, a quem foi atribuída a execução de muitas e diversificadas ações tanto pela CF/88 como pela LOS. É extremamente difícil, trabalhoso, extenuante e até mesmo não crível imaginar que, confinada em uma coordenação, subordinada a uma diretoria, que integra uma secretaria, a STT, por meio dos seus agentes, consiga dialogar, intervir e implementar políticas consistentes e integradas à Atenção Básica e à Atenção Especializada.

Finalmente, no que tange à atividade de vigilância em ambientes e processos de trabalho, chamamos a atenção para a importância de integrarem as equipes, profissionais a quem o poder público confira poder de polícia, que sejam devidamente revestidos de autoridade sanitária, de acordo com a legislação vigente. Nesse sentido, é imprescindível que os códigos sanitários municipais e estaduais dediquem espaço à STT e lhes confira esse poder. Ademais, que os gestores públicos da saúde nos territórios emitam os atos administrativos necessários para atribuir essa autoridade sanitária aos agentes da Visat.

As novas relações de trabalho e a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

O Brasil é um país de contrastes, onde convivem modelos colonialistas e subumanos de exploração do trabalho, como o trabalho escravo e a utilização da mão de obra de populações indígenas por meio da subjugação dos seus territórios, com modelos desenhados a partir do que se denominou de indústria 4.0. Entre esses extremos, tem-se, ainda, a exploração do trabalho e do trabalhador, intermediado pelas plataformas digitais.

Independentemente do modelo ou da forma de prestação dos serviços, seja formal ou informal, braçal ou intelectual, remanesce a pergunta: como adoecem os trabalhadores?

Nesse contexto, é crucial reforçar as estratégias de vigilância em saúde para a compreensão do processo de adoecimento decorrente das novas relações de trabalho. A notificação de acidentes, doenças e agravos à saúde decorrentes dessas novas formas e modalidades de trabalho, por óbvio, não encerra o problema social e sanitário deles decorrente. Todavia, constitui expediente valioso que permite melhorar a compreensão dos padrões de adoecimento e a sua distribuição. Também possibilita aferir o quanto essas novas tecnologias, novos modelos de exploração de trabalho impactam e sobrecarregam o próprio sistema de saúde.

Em um sistema universal de saúde, pautado na gratuidade da prestação dos serviços de saúde, as notificações são ainda mais relevantes, pois permitem quantificar os custos desses atendimentos, combinando informações contidas nas notificações com as do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). O que se tem observado é a clara transferência dos riscos e dos custos relacionados com os impactos dessas formas de trabalho, não raro estão albergadas pelo manto da informalidade, para o SUS, que acaba por assumir as despesas decorrentes de tratamentos à saúde, recuperação física e mental de trabalhadores acidentados. Esses custos acabam sendo compartilhados por toda a sociedade quando deveriam ser internalizados nesses empreendimentos.

Especificamente quanto ao trabalho desenvolvido por meio de plataformas digitais, o Executivo federal externa preocupação com a manutenção do sistema de seguridade social. Em desastrosa iniciativa¹⁹, foi anunciada a apresentação do Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 12/2024²⁰, o qual previa contribuição previdenciária tanto do trabalhador como da operadora de aplicativo. Ao final, houve a retirada da urgência na tramitação do referido

projeto, eis que o anunciado acordo entre as partes interessadas não foi, de fato, alcançado, revelando a fragilidade do Estado diante desse novo cenário.

O que se observa do PLP é que não houve qualquer menção ou referência à transferência dos custos decorrentes dos impactos à saúde de trabalhadores e trabalhadoras que trabalham por intermediação das plataformas digitais ao SUS. Essa é uma realidade que está a olhos vistos, em que diariamente presenciamos acidentes de trânsito envolvendo entregadores contratados por meio dessas plataformas e que, invariavelmente, acabam sendo atendidos no SUS. Desse modo, quantificar essas ocorrências, registrar esses casos como acidentes de trabalho no Sinan e estimar os gastos nesses atendimentos hospitalares trona-se essencial para desvelar esses problemas e propor soluções adequadas e que envolvam a área da saúde nessa discussão.

Por compreender que a notificação de agravos e doenças relacionadas ao trabalho é essencial ao desenvolvimento das políticas de vigilância à saúde do trabalhador, o Ministério Público do Trabalho (MPT), por meio da Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente de Trabalho e da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Codemat), criou o Projeto Nacional de Fortalecimento da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS. Uma das vertentes desse projeto tem como enfoque os municípios silenciosos, ou seja, aqueles que não notificam as doenças e agravos relacionados à STT no Sinan. Esse trabalho é realizado desde o ano de 2021. Em menos de três anos de desenvolvimento, com o trabalho conjunto do MPT, dos Cerest e das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, foi possível reduzir sensivelmente o número de municípios silenciosos, que passou de 1.100 para 238 municípios em 2024²¹.

Nesse contexto, contudo, ainda há muito a se avançar. É necessário aprimorar os mecanismos de notificação, a fim de facilitar o trabalho nas unidades notificadoras no Sinan. Iniciativas isoladas são observadas

no sentido de facilitar e simplificar o processo de notificações compulsórias de acidentes de trabalho e de agravos à STT, como ocorre no município de Porto Alegre. Nessa localidade, a instalação da plataforma digital denominada ‘Sentinela’ realiza a integração com o Sinan, inserindo dados automaticamente nesse último. Trata-se de plataforma que auxilia na captação de dados e que reduziu significativamente os campos a serem preenchidos no Sinan. A quantidade de dados a serem lançados para preenchimento das fichas do Sinan é alvo de recorrente reclamação das unidades notificadora; e, com a utilização da plataforma, foram reduzidos a singelos oito campos. A plataforma também promove a integração com sistemas hospitalares, que passam a realizar a notificação direta. Entre os resultados anunciados a partir da implantação do sistema, em julho de 2020, está o incremento dos registros no município, além do fortalecimento da Visat na região e a facilitação de criação de políticas públicas mais adequadas²².

Em suma, conhecer o perfil de adoecimento daqueles que trabalham, independentemente da forma de trabalho, passa necessariamente pelo aprimoramento da notificação de agravos e acidentes. Aprimorar o sistema de notificação, simplificando a captação de dados por meio de integração com diversas fontes, como as da Previdência Social, da Receita Federal e outros, contribuiria muito para o fortalecimento da Visat. É inexplicável, por exemplo, que o número de notificações de acidentes de trabalho para a Previdência Social²³ seja superior ao número de acidentes captados pelo Sinan²⁴, como é observado nos dias de hoje, já que o sistema previdenciário cuida apenas das notificações dos empregos formais enquanto o último, de toda a população trabalhadora, independentemente do vínculo. A inconsistência e a discrepância desses dados revelam clara necessidade de os gestores se debruçarem mais seriamente sobre esse problema.

Participação popular na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para o controle social

A constituição do controle social, por meio de representação dos movimentos sindicais e sociais na gestão participativa e nas instâncias representativas do SUS, é diretiva estabelecida pela PNSTT, fruto do processo constituinte, em seus pressupostos de democratização e participação social, que orientou a especificidade do campo no compartilhamento de saberes nos processos educativos, de planejamento e vigilância em saúde do trabalhador. parte integrante do SUS, instituído nos conselhos, mecanismos de participação e legitimidade social, pelo exercício de poder popular conquistado pelas lutas sociais, o controle social na saúde é fruto do processo de redemocratização que impulsionou o novo desenho de saúde pública idealizado pela CF/88. Controle social não é favor, não é concessão. Decorre de imperativo legal, consubstanciado na Lei nº 8.142/1990²⁵.

Ouvir a experiência de luta por saúde no trabalho pela organização dos trabalhadores e das trabalhadoras é essencial para garantir legitimidade e efetividade das políticas relacionadas com a STT. Por isso, é fundamental que esse expediente, que envolve a interação com diversas representações, torne-se prática cotidiana; e não apenas no espaço institucionalizado de um encontro ocasional a cada conferência, em que o debate busca o estabelecimento de aprovação coletiva. A participação de sindicatos e dos movimentos sociais nas Comissões Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt) é essencial para trazer à mesa de debate problemas enfrentados na vida real. Também é fundamental a participação social na elaboração dos planos anuais e plurianuais de saúde, seja por meio das conferências ou de oficinas realizadas nos territórios. Nos últimos anos, tem-se difundido o termo Vigilância Popular

em Saúde. Trata-se de um conceito ainda em construção, mas que tem sido impulsionado pelos movimentos populares de norte a sul do País. É fundamental facilitar e enfatizar a participação desses grupos, pois são os mais legitimados a levar dados, fatos e o saber popular dos territórios às instâncias formais de vigilância em saúde.

Em muitos territórios que foram vulnerabilizados pela exploração ambiental e pela exploração do trabalho humano, é essencial empoderar os grupos que surgem espontaneamente na defesa do direito do bem viver em sua própria comunidade para a promoção da saúde. É fundamental criar mecanismos participação desses grupos e garantir resposta às suas demandas e aos seus anseios, independentemente da devolutiva positiva ou negativa, para o fortalecimento da gestão participativa, pelo estabelecimento de relação de confiança e respeito à gestão pública.

Ressalta-se que a incorporação das demandas desses grupos e movimentos é albergada pela PNSTT, que, entre as estratégias de execução da política, estimula participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social (art. 9º, inciso V)⁹, não limitando a articulação à representação sindical apenas. Nisso, diferencia-se substancialmente do tripartismo preconizado pelos modelos trabalhistas, revelando-se contemporâneo aos problemas do nosso tempo.

É importante valorizar os movimentos sociais, em especial os que emergem de situações e condições de trabalho excepcionais e até trágicas. Por experiência, podemos citar o trabalho de longa data realizado por diversos movimentos, como o que decorreu do desastre ocorrido em Paulínia (SP), naquilo que ficou conhecido como 'Caso Shell/Basf'²⁶ e de onde emergiu a Associação dos Trabalhadores Expostos à Substâncias Químicas (Atesq)²⁷. É importante ressaltar que esse mesmo grupo de trabalhadores se beneficiou de experiências pretéritas de outros trabalhadores em Cubatão (SP), de onde se originou a Associação de Combate aos Poluentes Orgânico Persistentes

(ACPO)²⁸, com vasta atuação no combate à poluição química industrial e na exposição e intoxicação humana. Outra importante associação com papel relevante na seara do trabalho é a Associação Brasileiro dos Expostos ao Amianto (Abrea)²⁹, que congrega entidades regionais na Bahia, no Rio de Janeiro, em Pernambuco, no Paraná e no Sudoeste baiano, as quais lutam juntas pelo banimento do amianto no País, além de prestar auxílio às pessoas que, anos ou décadas após a exposição ao mineral cancerígeno, são diagnosticadas com Doenças Relacionadas ao Amianto (DRA).

O trabalho desenvolvido por essas e outras associações nasce da dor e do inconformismo com situações que poderiam e deveriam ter sido evitadas. Esses movimentos são responsáveis por levar conhecimento, suporte emocional aos trabalhadores e às trabalhadoras e às famílias atingidas por esses desastres, não raro desempenhando o papel que cabe aos próprios agentes de saúde. São elas, por exemplo, que acabam por fazer a comunicação de risco a essas populações, orientando a busca por tratamento de saúde, entre outras atividades. A maior interlocução entre o SUS e essas entidades passa pela valorização da legitimidade alcançada por esses grupamentos a partir de suas vivências, medida que merece ser objeto de reflexão, para que o relacionamento respeitoso e profícuo seja construído em benefício da população trabalhadora.

Considerações finais

As reflexões trazidas neste artigo de opinião visam contribuir para o reconhecimento da saúde dos trabalhadores como um direito humano fundamental que expressam tanto as lutas históricas quanto os desafios contemporâneos. Outrossim, destaca o papel crucial da saúde dos trabalhadores e da implementação de políticas eficazes no SUS, particularmente à luz do contexto histórico e das crises sociais e ambientais em curso. Chama a atenção ainda para a necessidade

de abordagens abrangentes que integrem os serviços e as políticas de saúde na efetivação do conceito ampliado de saúde, garantindo a salvaguarda dos direitos dos trabalhadores e a priorização de sua saúde.

Com advento da 5ª Conferência Nacional sobre Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), é imperativo defender a articulação entre os diversos setores, que atuam nas áreas do trabalho, ambiente e previdência, fomentando assim uma compreensão da saúde na sua integralidade, em que o ambiente de trabalho seja reconhecido como categoria central na determinação do processo saúde-doença. É o reconhecimento do trabalho na sua centralidade na política de saúde, expresso nos preceitos constitucionais, resultados das lutas dos movimentos sociais que abriram caminho para a conquista desses direitos.

Que esse momento da 5ª CNSTT, portanto, sirva como um ponto de encontro para todos os atores sociais, partes interessadas do direito à saúde – trabalhadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas –, reafirmarem seu compromisso com a promoção da saúde dos trabalhadores por meio de engajamento proativo e desenvolvimento de políticas robustas, embasadas no direito humano, na promoção de uma cultura de prevenção, enquanto dever do estado e direito dos trabalhadores. Juntos, podemos transformar essa visão em realidade, garantindo que todos os trabalhadores tenham direito a um ambiente de trabalho saudável e seguro enquanto seu direito inegável.

As conferências são, também, momento de júbilo, de encontro e reafirmação coletiva de fortalecimento dos mecanismos estruturantes da saúde coletiva. Além disso, sua potência revela que o campo da STT está vivo e pulsante, a despeito do período turbulento que vivenciamos, marcado pela crise climática, pelas novas tecnologias que impactam diretamente as relações de trabalho – e após a pandemia, que alterou

profundamente as relações e os processos de trabalho, momento particularmente desafiador para o mundo do trabalho no Brasil.

Os problemas do nosso tempo são complexos, e momentos como esse são propícios para retomar a essência do campo da STT. Foi feliz a escolha do tema selecionado como motivação das discussões que se avizinham, pois posiciona a STT como direito humano, da forma como reconhecida na CF/88 desde o seu texto originário. É fundamental marcar esse posicionamento para que sejam resgatados os valores que nortearam a RSB e a visão prevalecente no texto constitucional, a partir dos movimentos que deram sustentação a essa guinada na saúde pública brasileira, em direção ao ideal da saúde coletiva, reconhecendo o trabalho como um dos fatores de determinação do processo-saúde doença.

É fundamental, portanto, que a área da saúde resgate esses valores, compreendendo que a dimensão trabalho foi literalmente reconhecida e elevada em nível constitucional e que essa inserção não foi feita ao acaso, senão que foi fruto de luta social. Houve, assim, a opção política do Poder Constituinte originário de reconhecer a centralidade do trabalho nas ações de saúde. Essa escolha deve acompanhar a estruturação e a valorização da área da STT dentro do próprio SUS, de modo a permitir e favorecer a necessária interlocução com as outras áreas da Vigilância em Saúde, Atenção Básica e a Atenção Especializada em Saúde.

A STT precisa estar presente nas ações de promoção e atenção à saúde e interagir com elas. Só assim poderá cumprir as tarefas que lhe são atribuídas na Lei nº 8.080/1990 e na CF/88, que não estão circunscritas à vigilância, mas que também abrangem ações de atenção, promoção e assistência à saúde. Aguardar que a transversalidade que caracteriza a área da STT se apresente espontaneamente, ignorando as hierarquias criadas a partir do estabelecimento do organograma da gestão administrativa, é fechar

os olhos para o problema e dar as costas aos avanços promovidos pela própria RSB. Ademais, não tratar o trabalho como um fator de determinação do processo saúde-doença significa a negação do direito dos próprios usuários, em sua maioria trabalhadores e trabalhadoras brasileiras, de terem o componente trabalho devidamente valorizado pela área da saúde, como ambicionado no texto constitucional.

Colaboradoras

Aliaga MCKL (0009-0003-4741-7006)* e Padilha NS (0000-0001-7088-3767)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. [Paris]: ONU; 1948 [acesso em 2025 abr 19]. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Aliaga MCKL, Padilha NS, Leivas LL. Sustentabilidade na atividade de mineração? Redefinindo o papel dos royalties para a construção de políticas de transição justa de trabalho e desenvolvimento social. *Seq Est Jur Pol.* 2025;45(98):1-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2024.e105118>
3. Santos L. Direito à saúde e qualidade de vida: um mundo de corresponsabilidade de fazeres. In: Santos L, organizadora. *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 15-71.
4. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2025 jul 25]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
5. Lacaz FAC, Reis AAC, Lourenço EÂS, et al. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde debate.* 2019;43(Esp 8):120-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S809>
6. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182, Seção I:18055-9.
7. Oliveira SG. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. 6ª ed. São Paulo: LTr; 2011. 255 p.
8. Iniciativa SmartLab. Promoção do Trabalho Decente Guiada por Dados – 10 anos [Internet]. [Brasília]: SmartLab; 2025 [acesso em 2025 abr 19]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 ago 24; Edição 165; Seção I:46.
10. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Na-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- cional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 nov 8; Seção I:9.
11. Aliaga MCKL. Uma visão integrativa da saúde do trabalhador e da segurança e saúde no trabalho: a COVID-19 nos ambientes de trabalho [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2023. 230 p.
 12. Ministério da Saúde (BR). 10º Encontro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador [Internet]. 10º RENASTÃO. 2022 dez 6-8; Brasília. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/boletim-semana-sit/boletim-semana-sit/copy16_of_boletim-02-de-dezembro-2022/programa_0030272719_programacao_preliminar_10112022.pdf
 13. Ministério da Saúde (BR). Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [2025] [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast>
 14. Tambellini AT, Câmara VM. A temática saúde e meio ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Ciênc saúde coletiva. 1998;3(2):47-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231998000200005>
 15. Brasil. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), provada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 jul 14; Edição 134; Seção I:1.
 16. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciênc saúde coletiva. 2005;10(4):817-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>
 17. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 303, de 8 de novembro de 2018 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 nov 11 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0603_19_12_2018.html
 18. Ministério da Saúde (BR). Estrutura Organizacional Básica. Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024 [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/organograma/organograma-do-ms>
 19. Presidência da República (BR), Secretaria de Comunicação Social. Direitos. Empresas e trabalhadores debateram proposta de regulação do trabalho autônomo por plataforma [Internet]. [Brasília, DF]; 2024 mar 6 [atualizado 2024 jun 3; acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contrafake/noticias/2024/empresas-e-trabalhadores-debateram-proposta-de-regulacao-do-trabalho-autonomo-por-plataforma>
 20. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei Complementar nº 12/2024 [Internet]. Dispõe sobre a relação de trabalho intermediado por operadoras de empresas aplicativos transporte remunerado de privado individual de passageiros em veículos automotores de quatro rodas e estabelece mecanismos de inclusão previdenciária e outros direitos para melhoria das condições de trabalho. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2024 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2391423&filename=PLP%2012/2024
 21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. Relatório de dados de notificação de municípios silenciosos no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
 22. Porto Alegre (RS), Prefeitura Municipal. Sentinela. Fortalecimento da vigilância em saúde e gerenciamen-

- to de notificações eficiente [Internet]. [Porto Alegre]: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; [2024] [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/procempa/projetos/sentinelas#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3F,de%20acidentes%20em%20Porto%20Alegre>
23. Iniciativa SmartLab, Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho. Perfil das Notificações Previdenciárias [Internet]. [Brasília, DF]: SmartLab; 2024 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=perfilCasosAcidentes>
 24. Iniciativa SmartLab. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho. Perfil das Notificações – SINAN [Internet]. [Brasília, DF]: SmartLab; 2024 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=perfilNotifSinan>
 25. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Edição 249; Seção I:25694-5.
 26. Aliaga MKL. Caso SHELL/BASF: reflexões para um novo olhar sobre os acidentes ampliados. Revista do TRT 15 [Internet]. 2016 [acesso em 2025 abr 21];49:69-95. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12178/100136>
 27. Associação dos Trabalhadores Expostos à Substâncias Químicas [Internet]. Campinas: ATESQ; 2024 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <http://www.atesq.com.br/index.html>
 28. Associação de Combate aos POPs [Internet]. [Santos]: ACPO; © 2020 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://acpo.org.br/institucional/a-entidade/>
 29. Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto [Internet]. São Paulo: ABREA; 2024 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://www.abrea.org.br/>

Recebido em 28/04/2025

Aprovado em 22/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Cristina Strausz

O Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador no Brasil

The Unified Health System and Workers' Health in Brazil

Jairnilson da Silva Paim¹, Camila Ramos Reis¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210256P

RESUMO A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas três décadas enseja uma análise crítica em diversas perspectivas. O artigo pretende revisitar alguns aspectos das políticas de saúde no Brasil, discutindo a situação atual e a importância do SUS para o desenvolvimento da área de Saúde do Trabalhador (ST). Trata-se de um artigo de opinião que contemplou a análise dos principais fatos políticos relacionados com o SUS e a ST. Os resultados demonstram que o SUS não foi consolidado como um sistema de saúde universal, sendo possível identificar a privatização no plano fenomênico e a financeirização da saúde no plano estrutural. A expansão da oferta de serviços públicos foi acompanhada do crescimento do setor privado, especialmente, de empresas de intermediação. O governo aprofundou a contrarreforma da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tornando o SUS um simulacro, comprometendo a universalização e a expansão de serviços públicos. A criação da Frente pela Vida sinaliza uma oportunidade para a retomada da RSB, por meio da via sociocomunitária, principalmente após a reaproximação de entidades representativas dos trabalhadores com o movimento sanitário. Conclui-se que, sendo político o maior desafio do SUS, as lutas sociais são antídotos contra retrocessos e reconstituintes da RSB.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas de saúde. Política de saúde do trabalhador.

ABSTRACT *The implementation of the Unified Health System (SUS) over the past three decades calls for a critical analysis from several perspectives. This article aims to revisit some aspects of Brazilian health policies, discussing the current situation and the importance of the SUS for developing Workers' Health (WH). This opinion piece analyzes the main political facts related to the SUS and WH. The findings indicate that the SUS has not been consolidated as a universal health system, and we can identify privatization at the phenomenological level and the financialization of health at the structural level. The expansion of public services was accompanied by the growth of the private sector, especially intermediary companies. The government escalated the counter-reform of the Brazilian Health Reform (RSB), turning the SUS into a simulacrum, compromising the universalization and expansion of public services. The creation of the Frente pela Vida signals an opportunity to resume the RSB again through the socio-community route, especially after the rapprochement of workers' representative organizations with the health movement. In conclusion, since politics is the biggest challenge facing the SUS, social struggles are antidotes to setbacks and reconstitute the RSB.*

KEYWORDS *Health care reform. Unified Health System. Health policies. Occupational health policy.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
jairnil@ufba.br



Introdução

O tema Saúde do Trabalhador (ST) deveria, em tese, interessar a todos os indivíduos que necessitam trabalhar para viver e, mais extensivamente, à sociedade e ao Estado quando consideram o direito humano à saúde.

O trabalho, nas suas relações com a saúde, pode ser examinado pela negatividade e pela positividade. No primeiro caso, encontram-se as doenças e os acidentes identificados desde Hipócrates e sistematizados, em 1700, na obra de Bernardino Ramazzini¹, ou a exploração e a alienação do trabalhador, analisadas pelos críticos do capitalismo. Assim, podem ser considerados os danos (doenças, incapacidades, sofrimentos, acidentes, mal-estar) e os riscos causados pelo trabalho ou pela sua falta, como no desemprego. Contudo, a positividade do trabalho também tem sido ressaltada:

O trabalho ocupa posição central na determinação do bem-estar e da saúde das pessoas e das coletividades, contribuindo para a construção da subjetividade e da identidade social dos indivíduos, sua sobrevivência e realização pessoal²⁽³²⁷⁾.

No Brasil, a utilização de uma mão de obra escrava até o final do século XIX tornou possível postergar a questão da saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores de modo que só com o aparecimento das primeiras manufaturas na passagem para o século XX, bem como com as greves, a partir de 1917, apareceram demandas para a assistência à saúde da classe operária, com as reivindicações para o controle de condições de trabalho insalubres, o suporte financeiro e a redução da jornada de trabalho, especialmente para mulheres e crianças³.

Alguns estudos apontam o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil sob uma forma trifurcada: saúde pública institucionalizada; assistência médica previdenciária; e a chamada 'medicina do trabalho'⁴. Posteriormente, apareceram propostas como Saúde Ocupacional (SO) e ST.

Autores brasileiros sistematizaram certas diferenças entre essas expressões, com base em reflexões conceituais, epistemológicas e históricas. No caso da ST, ora tratam-na como movimento ligado à Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ora como um campo de saberes e práticas vinculado à Saúde Coletiva (SC), apontando certas influências internacionais^{2,3}.

Esse desenvolvimento teórico-conceitual, profissional e de práticas associa-se, portanto, à constituição da medicina social latino-americana⁵, particularmente à epidemiologia social⁶ ou crítica⁷ que, no Brasil, desdobrou-se na SC, no projeto da RSB e no SUS⁸.

No caso da SC, é possível identificar nas suas origens o destaque para a categoria trabalho e a ênfase no conceito de processo de trabalho, possibilitando teorizações sobre a determinação social das doenças, assim como investigações concretas⁹.

Já a RSB beneficiou-se dos conceitos acima mencionados na construção de suas bases teóricas e propiciou a inclusão da ST nas agendas política e institucional. Assim, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) estimulou a discussão da temática da ST na revista 'Saúde em Debate', desde 1976, e publicou um livro que pode ser considerado o primeiro *bestseller* em política de saúde no Brasil¹⁰, incluindo capítulos como 'Trabalho e Doença'¹¹ e 'Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica'¹². Autores desse livro contribuíram para a elaboração da proposta do SUS, apresentada pelo Cebes, em 1979, no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que se aprofundou nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e da Constituinte entre 1987 e 1988.

No que se refere às influências internacionais, cabe lembrar as articulações de lideranças do Cebes com entidades sindicais italianas e, especialmente, com o senador Giovanni Berlinguer, professor de medicina do trabalho da Universidade de Roma. Assim, foi lançado, no Brasil, o livro 'Medicina e Política'¹³ pelo

Cebes, incluindo capítulos sobre o serviço sanitário nacional na Itália, a formação da consciência sanitária e o capital como fator patogênico. Nesse período, foram divulgados, na América Latina, vários livros sobre essa temática¹⁴⁻¹⁶.

Em uma conjuntura em que emerge um novo sindicalismo e se intensificam as lutas contra a ditadura no Brasil, cumpre registrar certas iniciativas do movimento sindical, como a realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (Sesat), a criação do Departamento Intersindical de Estudos de Saúde do Trabalhador (Diesat) e a campanha contra a monetarização do risco no trabalho¹⁷ com o lema ‘saúde não se troca por dinheiro’. No âmbito institucional, podem ser mencionadas as ‘estratégias-ponte’ para o SUS, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que apoiaram o desenvolvimento da ST no interior do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e em secretarias estaduais de saúde. A implantação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador Salvador Allende (Cesat) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), em 1988, é um dos exemplos dessa contribuição das AIS/Suds.

No processo constituinte, a questão da ST foi uma das mais polêmicas¹⁸ por implicar contradições e lutas da relação capital-trabalho e, conseqüentemente, interesses e poderes em disputa. A intensidade das controvérsias e dos enfrentamentos chegava a lembrar aquilo que se passava com as propostas da Reforma Agrária em relação à propriedade e posse da terra.

A Constituição de 1988, ao adotar o princípio/diretriz da integralidade, conferiu ao SUS uma especificidade que o destaca entre outros sistemas de saúde universais do mundo. Assim, a integração das ações preventivas/curativas e individuais/coletivas (biopsicossociais) foi capaz de engendrar propostas alternativas de modelos de atenção¹⁹. No caso da ST, mesmo esvaziada em relação às proposições iniciais, foram definidas como algumas das atribuições

do SUS: “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de ST” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”²⁰⁽³¹⁾.

Nessa perspectiva, a implementação do SUS nas últimas três décadas enseja uma análise crítica das suas conquistas e fracassos, dos seus limites e possibilidades, bem como dos obstáculos, ameaças e desafios. Desse modo, os avanços e os retrocessos apresentados pela ST na sua vinculação ao SUS remetem a novas reflexões. Assim, o propósito do presente artigo é revisitar alguns aspectos das políticas de saúde no Brasil, discutindo a situação atual e a importância do SUS para o desenvolvimento da área de ST.

SUS, um pouco de história

A América Latina, à exceção de Cuba, não priorizou a implantação de sistemas de saúde públicos e de natureza universal nas últimas décadas, como o SUS que sempre enfrentou um ambiente adverso²¹. No Brasil, desde o processo constituinte, houve vitórias, mas também derrotas. Assim, diferentemente da educação, a saúde não conseguiu estabelecer um mínimo de recursos orçamentários de modo que a questão do financiamento tem sido problemática em toda a trajetória do SUS.

Parlamentares da direita e mesmo alguns então progressistas foram contra à proposição de definir um piso mínimo orçamentário para a saúde, com o argumento de que tal medida engessaria o orçamento, dificultando a ação dos governantes. Ainda assim, nas Disposições Gerais Transitórias da Constituição de 1988, foi estabelecido o destino de, no mínimo, 30% dos recursos da seguridade social para a saúde²⁰. Isso não foi respeitado pelos governos Sarney e Collor, tampouco pelo Congresso Nacional nos anos seguintes.

No início do SUS, quando mais de um terço da população foi acolhida pelo sistema, o governo federal reduziu para a metade os recursos da saúde. Aí já se instalava a ‘operação

descrédito' contra o SUS no seu nascedouro. No governo Itamar, os recursos do SUS foram sequestrados pelo Ministro da Previdência, obrigando o Ministério da Saúde (MS) a tomar um empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para poder pagar os hospitais contratados. Naquela época, foi apresentada a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 169/1993 pelos Deputados Eduardo Jorge (SP) e Waldir Pires (BA), estabelecendo um piso de recursos para a saúde nos níveis federal, estadual e municipal, mas que só foi aprovada, com modificações, sete anos depois mediante a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 e transformada na Lei Complementar nº 141/2012 quase duas décadas depois.

Nesse ínterim, foi implantada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, mas desvirtuada pela área econômica do governo FHC e finalmente extinta pelo Congresso em 2007, prejudicando os investimentos do Programa Mais Saúde elaborado pela equipe do Ministro Temporão. Depois disso, por meio de uma articulação entre o Executivo e o Legislativo, o Projeto de Emenda Popular 'Saúde + 10', que propunha, em 2012, o mínimo de 10% da receita bruta da União para a saúde, foi engavetado²². Entre 2014 e 2018, novos golpes foram perpetrados contra o SUS, culminando com a EC-95 que comprometeu, radicalmente, o seu financiamento²³.

Mais recentemente, a EC-95 deu lugar a algumas iniciativas que configuraram o Novo Arcabouço Fiscal (NAF). Destaca-se a PEC nº 32/2022, substituída pela LC nº 200/2023, em que ambas trouxeram maior flexibilidade em relação à EC-95, porém, apresentaram problemas semelhantes. Posteriormente, foi anunciada uma série de cortes de gastos, tendo como destaques: estabelecimento de teto para reajuste do salário mínimo; redução do abono salarial; extinção das brechas que burlam o teto dos supersalários no serviço público; mudanças nas regras do Benefício de Prestação Continuada (BPC); estabelecimento de um limite para o crescimento das emendas

parlamentares; prorrogação da Desvinculação de Receitas da União (DRU); e reforma na previdência dos militares. Os pisos da saúde e da educação ficaram de fora do pacote^{24,25}.

Em toda essa trajetória, manteve-se o conluio entre a chamada área econômica de todos os governos contra o SUS, com a aquiescência da Casa Civil, da Presidência da República e do Congresso Nacional, além da omissão do Supremo Tribunal Federal. Se o SUS tivesse contado com o apoio do Estado brasileiro, mediante um financiamento adequado, poderia ter fortalecido a infraestrutura pública com recursos de investimento e de custeio, prestando melhores serviços à população e deixando de ser refém do setor privado, especialmente na atenção especializada e hospitalar.

Emergência da ST e o arcabouço legal do SUS

Ao sistematizarem os aspectos históricos da construção da ST no SUS, pesquisadores² apontam o aparecimento dos primeiros serviços de medicina do trabalho ao final do século XIX, geralmente inseridos no setor de administração de pessoal, cabendo ao Estado a inspetoria de fábricas e a regulação das condições e relações de trabalho.

A partir da criação do Ministério do Trabalho (MT) na década de 1930, essas ações da medicina do trabalho foram reforçadas; e depois, sob a influência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), surgiu a SO, proposta originária dos Estados Unidos da América após a Segunda Guerra Mundial, destinada, especialmente, aos trabalhadores sadios³. Já nos anos 1980, desenvolveu-se um movimento abrangendo sindicatos, trabalhadores de saúde e grupos acadêmicos identificados com a RSB e com a nascente SC:

A ST conforma a criação de novas bases conceituais e de práticas, essencialmente

interdisciplinares, sobre as relações trabalho-saúde, fundamentando-se na Epidemiologia, no Planejamento e Gestão e nas Ciências Sociais aplicadas à saúde, dentre outras disciplinas. [...] Portanto se contrapõe e supera a lógica da Medicina do Trabalho, em sua conformação tradicional, e a SO⁽⁵¹³⁾.

Nessa obra, as autoras sistematizam as características principais e diferenças entre a medicina do trabalho, a SO e a ST, considerando tais propostas como ‘modelos de organização do cuidado à ST’¹. No caso da ST, o diferencial básico em relação às propostas que lhe precederam é considerar o trabalhador como sujeito de decisões, e não meramente como objeto das ações de saúde. Além disso, tem como enfoque o processo produtivo e o processo de trabalho, enquanto categorias analíticas, reconhecendo o direito do trabalhador à recusa ao trabalho inseguro e insalubre.

Cumprir reiterar que controvérsias da ST no processo constituinte não se limitaram, todavia, à questão capital-trabalho, às distinções conceituais ou às divergências entre empresários e trabalhadores¹⁸. Os enfrentamentos passavam, também, por dimensões institucionais e corporativas, como as disputas entre as burocracias do MT, incluindo a Fundacentro, e do MS, assim como entre sanitaristas, pesquisadores, engenheiros e médicos do trabalho. Desse modo, era previsível que as forças que perderam diante da incorporação da ST como atribuição do SUS na Constituição de 1988 tentassem interferir no processo de elaboração da Lei Orgânica, cujo projeto deveria ser enviado pelo Executivo para o Congresso 180 dias após a promulgação da Carta Magna.

O Executivo, todavia, não cumpriu esse prazo, e, enquanto protelava o encaminhamento, muitas discussões e embates ocorreram entre sindicatos, centrais e técnicos no âmbito do Suds/SUS. Diante da severa crise econômica e do resultado da eleição presidencial de 1989, além da difusão da ideologia do ‘sindicalismo de resultados’, as bases sociais e políticas voltadas para a ST investiram de modo mais

limitado no processo legislativo que resultaria nas Leis nº 8.080/1990²⁶ e nº 8.142/1990²⁷, ainda que estivessem com representações na Plenária Nacional de Saúde.

Alguns destaques merecem ser registrados em relação a esse arcabouço legal. Assim, a Lei Orgânica não é apenas do SUS, é da saúde²⁸. Ela abrange o setor privado, inclusive os serviços “de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁸⁾, mediante “contrato ou convênio sob as normas de direito público”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁸⁾. Entre as suas atribuições, consta a “elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em conta a sua relevância pública”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾, e:

[...] para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de erupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾.

A Lei Orgânica da Saúde ratifica como atuação do SUS a execução das ações de ST, incluindo “a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁵⁾, definindo como o seu escopo:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁵⁾.

Além de ressaltar as ações de vigilância com vistas à promoção e à proteção da saúde, traz para a ST no SUS o princípio da integralidade, agregando os componentes da recuperação e da reabilitação da saúde. Nesse caso, supõe uma intervenção mais ampla do que o previsto

no capítulo saúde da Constituição, pois contempla as medidas reabilitadoras. Assim, a abrangência da ST no SUS é explicitada em oito tópicos, a saber²⁰:

a) Assistência a vítima de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho; b) Participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos no processo de trabalho; c) Normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentem riscos à ST; d) Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; e) Informação ao trabalhador, à sua entidade sindical e empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde; f) Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de ST nas instituições e empresas públicas e privadas; g) Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; h) Garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁶⁾.

Do ponto de vista organizativo, a Lei nº 8.080/1990 indica, ainda, a ST como objeto de comissões intersetoriais que envolvem áreas não compreendidas exclusivamente no âmbito do SUS, a exemplo dos recursos humanos, saneamento, meio ambiente, nutrição, além da vigilância sanitária²⁴. Define, entre as atribuições comuns da União, estados, Distrito Federal e municípios, “a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da ST”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾.

No que se refere às competências, cabe à direção nacional do SUS “participar na formulação e na implementação das políticas

relativas às condições e aos ambientes de trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾ e na “definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de ST”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾. No caso da direção estadual do SUS, apresenta a competência de “participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾. Já à direção municipal do SUS, cabe “participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁵⁾ e “executar serviços de ST”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾.

Desdobramentos do arcabouço legal do SUS na ST

O arcabouço legal do SUS propiciou certo detalhamento posterior que poderia colaborar para a institucionalização da ST. Entretanto, as normas operacionais, portarias e pactos que, progressivamente, orientaram a organização e o funcionamento do SUS não priorizaram a ST. Apesar de as Conferências Nacionais de Saúde, gerais e temáticas, problematizarem a questão da ST, formulando diversas proposições, parte significativa das ações e serviços manteve-se ligada ao então MT.

Em uma perspectiva estratégica, durante a implantação da RSB e do SUS, foram acionadas três vias: a legislativo-parlamentar, a sociocomunitária e a técnico-institucional⁹. No caso específico da ST, parece ter sido mais privilegiada a via técnico-institucional. Esta possibilitou a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), mas contou com pouco envolvimento e participação dos trabalhadores organizados, cujos sindicatos voltavam-se mais para a assistência médica, reivindicando planos de saúde privados nos dissídios coletivos^{29,30}.

Consequentemente, as políticas formuladas no âmbito da ST, em vez de priorizarem a competência do SUS no que tange à atribuição

de executar as ações de ST, sobretudo aquelas vinculadas ao controle do ambiente de trabalho, limitaram-se a valorizar a integração funcional entre ministérios (trabalho e saúde) e secretarias estaduais e municipais de saúde, aparentemente retrocedendo aos tempos das AIS/Suds.

Ainda assim, é possível destacar algumas iniciativas significativas para a estruturação da ST no âmbito do SUS, tais como: a) criação dos Cerest); b) organização da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (Cist) no Conselho Nacional de Saúde (1991); c) proposição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) em 2002; d) publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), mediante Decreto Presidencial nº 6.602, de 7 de setembro de 2011; e) desenvolvimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat); f) formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada em 2012^{1,2,5}.

A via técnico-institucional que possibilitou tais iniciativas teve o protagonismo de trabalhadoras e trabalhadores do SUS, conselheiros de saúde, professores, pesquisadores, intelectuais e militantes de entidades vinculadas ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), ainda que nas conferências tenha contado com a participação de representantes de sindicatos, confederações e centrais sindicais.

A via sociocomunitária ressentiu-se, na década de 1990, do pouco envolvimento e participação dos trabalhadores organizados nas lutas pelo avanço da ST no SUS. Com essa participação social restrita, esvaziando reivindicações e lutas do movimento da ST dos anos 1970 e 1980, as conquistas obtidas foram limitadas.

Consequentemente, por mais que seja relevante reconhecer, conceitual, científica e institucionalmente, os determinantes sociais e os condicionantes da saúde – entre os quais, os processos e ambiente do trabalho –, assim como os princípios e diretrizes do SUS, isso

não parece suficiente para enfatizar a sua relevância no desenvolvimento da ST.

O SUS hoje

O Brasil ainda não dispõe de um SUS realmente ‘único’³¹. No limite, o SUS tem sido reconhecido quase como uma mera sigla, constrangido por um setor privado em permanente crescimento^{32,33}. Assim, o sistema de saúde brasileiro se configura como um sistema segmentado, cuja estrutura híbrida se reproduz em detrimento do interesse público³⁴. Ademais, dispõe de um componente público e outro privado que, longe de serem paralelos ou estanques, articulam-se de diferentes formas. Consequentemente, exibe um SUS integrado pelos níveis federal, estadual e municipal, convivendo com processos de privatização e de financeirização que reconfiguram a sua estrutura e dinâmica apesar do arcabouço legal. A combinação entre a privatização e a financeirização estimula a exploração do fundo público ou de recursos coletivos destinados a outras políticas sociais; intensificando a insatisfação social e aumento das desigualdades³⁵.

A privatização se apresenta no plano fenomênico enquanto compra de serviços privados, empréstimos de bancos públicos a empresas médicas, bem como apoios, subsídios e desonerações. Revela-se, também, pela legislação que obstrui o desenvolvimento da infraestrutura pública (NAF, Lei de Responsabilidade Fiscal etc.) e estimula o setor privado, além de formas de gestão que reproduzem a lógica empresarial no âmbito público, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parcerias Público-Privadas (PPP), terceirizações etc. Esses mecanismos de privatização são mais visíveis, configurando objeto de debates e lutas entre atores das políticas de saúde^{32,36}.

Já a financeirização da saúde não é facilmente observada mediante um exame superficial da realidade; ou seja, só por meio de pesquisas, com um referencial teórico

consistente, tem sido possível descrevê-la e explicá-la^{37,38}. Apenas desse modo torna-se inteligível o exame do movimento do capital na aquisição e venda de ações nas bolsas, nas compras e fusões de empresas médicas, na negociação de carteiras de clientes pelas operadoras de planos de saúde, entre outros. Expressa-se, portanto, no plano estrutural de modo que o capital financeiro, definindo as regras do jogo do capitalismo contemporâneo, invadiu o setor saúde no Brasil na passagem do século XX para o XXI e, atualmente, conforma o sistema de saúde brasileiro, constringendo o desenvolvimento do SUS³⁹.

Assim, pesquisas produzidas pela SC nos últimos anos indicam sérias restrições à consolidação e à sustentabilidade do SUS^{33,40-43}, como um sistema de saúde universal de natureza pública:

Tais restrições não se limitam ao subfinanciamento, à falta de prioridade dos governos, ao uso político-partidário na gestão, à reprodução do modelo médico hegemônico, aos custos crescentes da assistência médica, nem a questões não resolvidas em relação à educação e à gestão do trabalho³⁹⁽⁷⁴⁾.

Verifica-se então uma radicalização de processos de privatização que, por meio da financeirização, reestruturam as regras básicas do chamado setor saúde no Brasil. Esses processos, portanto, vão além da privatização da infraestrutura de estabelecimentos, da compra de serviços no setor privado e dos modelos privatizados de gestão, tais como as terceirizações, as PPP, as OS, as Oscip, entre outras.

A dominância financeira que se instalou no capitalismo contemporâneo se reproduz especialmente no segmento de intermediação de planos e seguros privados³⁷. Invade, também, as aquisições e as fusões de empresas hospitalares, laboratoriais e de imagem, expressando “uma determinação estrutural sobre o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro com sérias repercussões sobre o SUS no futuro próximo”³⁹⁽⁷⁴⁾.

Por outro lado, foi constatado que o terceiro grupo empresarial mais poderoso no Brasil é o da saúde privada (laboratórios e planos de saúde), composto por um conjunto de sete empresas que caracterizam o oligopólio total da saúde⁴⁴. Assim, a financeirização da saúde continua representando uma das maiores ameaças ao SUS e tende a comprometer o poder de regulação do Estado em face da globalização do capital financeiro.

Esta breve sistematização sobre a situação atual do sistema de saúde brasileiro permite identificar no SUS, concretamente, a privatização no plano fenomênico e a financeirização da saúde no plano estrutural.

Importância do SUS para a ST

Durante a implementação do SUS, diversas publicações enfatizam a sua relevância para a área de ST. O conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes e condicionantes tem sido reconhecido formalmente; e as propostas de modelos de atenção e de organização de serviços, calcadas na integralidade e na participação social, conquistaram ampla difusão.

Após três décadas de implantação, o SUS exhibe conquistas e fracassos. Muitas dessas conquistas podem justificar a sua relevância para a ST, tais como:

- a. Inspirado em valores civilizatórios, como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está estabelecido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas produzidas mediante gestão participativa;
- b. O MRSB que apoia, politicamente, o SUS é composto por entidades com mais de quatro décadas de história em defesa do direito universal à saúde, tendo ampliado a parceria com outros sujeitos coletivos no processo político da saúde;

c. Na gestão participativa, o SUS conta com conselhos e conferências de saúde, nos níveis nacional, estadual e municipal, que contribuem para a elaboração de diretrizes para as políticas de saúde, o monitoramento e a avaliação;

d. O SUS dispõe de uma rede de ensino e pesquisa que possibilita a produção e difusão de conhecimentos científicos, informações, habilidades e valores para trabalhadores de saúde e organizações comprometidas com a saúde da coletividade;

e. A descentralização realizada pelo SUS permite uma capilaridade da sua atuação nos territórios, facilitando o acesso dos cidadãos e cidadãs aos estabelecimentos, serviços e equipes de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), com uma cobertura superior a 60% da população;

f. O reconhecimento formal do direito à saúde tem motivado manifestações da cidadania, da mídia, do Ministério Público e do Judiciário que às vezes se apresentam como judicialização da saúde ou mobilizações sociais que “podem evoluir para uma consciência sanitária crítica”⁴⁵⁽¹⁷²⁵⁾.

Permanecem, no entanto, obstáculos para a consolidação do SUS, como o subfinanciamento crônico, as limitadas bases sociais e políticas, a reprodução do modelo médico hegemônico, os problemas de gestão, a resistência de certas categorias de profissionais de saúde, a oposição da grande mídia, a desvalorização dos trabalhadores de saúde, além da financeirização da saúde.

Mesmo antes da pandemia da covid-19, o SUS já se encontrava reduzido pelas crises econômica, política e social, pela correlação de forças desfavorável e pela adoção de políticas de austeridade fiscal²³. Em 2020 instalou-se a crise sanitária e aprofundou-se a crise política. Ainda assim, mesmo deteriorado e colapsado em várias regiões, o SUS conseguiu

responder a isso no atendimento dos doentes e na vacinação da população, enfrentando vários percalços, inclusive as articulações políticas e *lobbies* do setor privado no Congresso e no Executivo⁴⁶.

Essa situação concreta indica que, no balanço entre limites e possibilidades do SUS, encontra-se a questão da sustentabilidade econômica, institucional, política e científico-tecnológica²⁸. Essa questão que atravessa, permanentemente, o SUS precisa ser tematizada e enfrentada para poderem ser examinados seus desafios e perspectivas.

Nesse particular, em diversas oportunidades, tem sido sublinhado que o maior desafio do SUS é político^{40,45} e que perspectivas mais promissoras passam, necessariamente, pela ampliação das suas bases sociais e políticas, pelo acúmulo de energias e organização para incidir em uma correlação de forças desfavorável, além da construção de alternativas de desenvolvimento e de superação de desigualdades da sociedade brasileira. O fortalecimento da ST encontra-se entre tais perspectivas.

No entanto, uma pergunta ainda se impõe: por que a ST não alcançou um desenvolvimento no SUS tal como teria ocorrido com a vigilância epidemiológica e sanitária, suas irmãs e companheiras no art. 200 da Constituição da República?

Para alguns autores, a rede de Cerest não conseguiu ser implementada articuladamente³, conformando uma estrutura paralela e pouco integrada à APS², tal como a rede dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de modo que a escassa articulação em relação às unidades de atenção básica, equipes de saúde da família, antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e hospitais gerais pode ter comprometido a atenção integral.

Talvez algumas investigações futuras devam levar em conta a alegoria ressaltada por Sergio Arouca sobre ‘o fantasma da classe ausente’⁹. Trata-se da limitada participação da classe trabalhadora na defesa do direito à saúde e do SUS e até mesmo no apoio e na sustentação de políticas, programas, organizações,

estabelecimentos e serviços voltados para a ST.

Teses, artigos, estudos e ensaios diversos têm tentado decifrar esse aparente enigma ora responsabilizando o MRSB por não ter estabelecido pontes de diálogo com os trabalhadores, incluindo sindicatos, centrais sindicais e partidos, na construção do SUS²⁹; ora apontando a falta de compromisso dessas organizações com os serviços públicos de saúde, priorizando os planos de saúde privados nas convenções sindicais³⁰; ora, ainda, explicando tal ausência pela fragilização política da classe operária decorrente da reestruturação produtiva no capitalismo moderno, da hegemonia do neoliberalismo e da perseguição aos sindicatos pelo capital⁴⁷.

Se o conhecimento produzido nessas iniciativas é consistente com a realidade atual, pode-se admitir que a defesa retórica do SUS e a reiteração da sua importância para a ST sejam insuficientes para transformar a situação concreta. Nessa perspectiva, a construção de um programa de pesquisa, o desenvolvimento de uma consciência sanitária crítica, a constituição de sujeitos sociais e a organização da luta política⁴⁸ podem ser pensadas como uma resposta potente ao aparente imobilismo e resignação diante da inércia e da demora das mudanças incrementais no SUS, assim como dos retrocessos observados na ST.

Nesse sentido, alguns outros caminhos podem ser considerados para o desenvolvimento da ST no SUS. O primeiro consiste em explorar as potencialidades do arcabouço legal e normativo já disponível no sistema para avançar nas ações da ST. O segundo supõe recuperar as iniciativas realizadas nas últimas três décadas no âmbito da ST, apesar das adversidades, e incorporá-las futuramente mediante legislação específica voltada para a consolidação do SUS.

Essa via legislativo-parlamentar foi muito enfatizada como estratégia da RSB para a implantação do SUS; e mesmo depois da Lei Orgânica da Saúde, foram editadas leis específicas como aquelas referentes ao tratamento do HIV/aids, aos transplantes, à reforma

psiquiátrica, à saúde indígena, à vigilância sanitária, entre outras. No caso da ST, em que é flagrante a tensão entre capital e trabalho, além das disputas corporativas e institucionais, a conquista de um respaldo legal específico poderia contribuir para a sua consolidação e avanço no âmbito do SUS. Entretanto, cumpre reconhecer que a lei deve ser considerada como ponto de partida, e não como ponto de chegada: não basta dispor da lei, faz-se necessário atuar politicamente para que seja respeitada e cumprida.

Além das três vias acionadas no processo da RSB (legislativo-parlamentar, técnico-institucional e sociocomunitária), caberia acrescentar, atualmente, a via judiciária. A parceria conquistada nas últimas décadas com o Ministério Público, assim como a experiência acumulada e certos desdobramentos positivos da 'judicialização da saúde', pode ser reconfigurada nessa quarta via. A ST tem contado com o apoio do Ministério Público do Trabalho (MPT) nos últimos anos, realizando audiências públicas e firmando Termos de Ajuste de Conduta (TAC) com empresas⁵.

Comentários finais

Nas várias discussões, seminários, entrevistas e textos produzidos nos últimos anos, uma pergunta tornou-se recorrente: qual o futuro para o SUS? Se, de um lado, essa questão se justifica diante de retrocessos, obstáculos e ameaças, sobretudo depois do golpe de 2016, com o risco de um SUS reduzido transformar-se em um simulacro⁴⁵; de outro, a erupção da pandemia da covid-19 em 2020 revelou que nunca o SUS se mostrou tão necessário, senão imprescindível⁴⁶. Em tempo algum o SUS alcançou tanta visibilidade pública. Jamais foi tão defendido por pessoas sinceras, entusiasmadas e bem-intencionadas e, até mesmo, por cínicos, oportunistas e pela grande mídia! Portanto, conhecendo-se, mesmo que superficialmente, as dificuldades e os dilemas do SUS, é esperável certa preocupação em relação

ao ‘depois da covid-19’ e após o ‘governo da tormenta’ (2019-2022).

Assim, o SUS não foi consolidado como um sistema de saúde universal, tal como proposto pela RSB e assegurado pela Constituição. A expansão da oferta de serviços públicos nessas três décadas foi acompanhada do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão (OS, PPP, empresas públicas) e, especialmente, no crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde.

A força desses interesses privados manifesta-se no Congresso Nacional e, por muito tempo, no financiamento das campanhas eleitorais para candidatos ao Executivo e ao Legislativo. O governo derivado do *impeachment* de 2016 fortaleceu um processo que estava em curso, radicalizando a oposição do Estado brasileiro ao SUS e buscando a sua substituição por um sistema de saúde segmentado, fragmentado e americanizado.

A EC-95 constitucionalizou o subfinanciamento crônico e o desfinanciamento do SUS, representando a mais radical das intervenções voltadas para consolidar um ‘SUS reduzido’. Assim, o governo aprofundou a contrarreforma da RSB, tornando o SUS um simulacro, comprometendo a universalização e a expansão de serviços públicos²¹. No caso do NAF estabelecido na gestão Lula 3, o MRSB comemorou a decisão do governo de manter o piso constitucional da saúde em 2024, destacando que essa contribuição pode amenizar os impactos sociais. A Frente pela Vida (FpV) declarou apoio e defendeu a seguridade social. Entretanto, as entidades e os estudiosos destacaram que ainda há uma preocupação, já que existem dois projetos em disputa: o Estado mínimo e o constitucional de cidadania que prevê direitos sociais.

Presentemente, para além da dominância financeira, importa discutir os caminhos do SUS, vinculados ao avanço do processo da RSB, construindo uma agenda que contemple o desenvolvimento econômico, a redução das

desigualdades, a questão ambiental, a ampliação da esfera pública e o aprofundamento da democracia. A pandemia da covid-19 apontou as limitações e as perversões das opções neoliberais para as políticas econômicas. Assim, economistas, intelectuais e centros de pesquisa no País têm ensaiado a elaboração de propostas contra-hegemônicas que sejam capazes de agregar forças políticas para a sua sustentação.

Pensar em cenários para o SUS supõe, necessariamente, revisitar a sua história, os obstáculos, ameaças e oponentes que teve de enfrentar, o caráter inercial das suas tendências ou trajetórias, reproduzindo uma revolução passiva⁴⁹. As tendências dos sistemas de saúde universais no mundo, de um lado, apontam para a privatização e, de outro, sugerem que são sensíveis às mobilizações políticas de cidadãos, sindicatos, partidos e movimentos sociais que têm impedido a adoção de políticas de saúde mais regressivas²¹.

Nessa perspectiva, a pandemia da covid-19 demonstrou a relevância dos sistemas universais de natureza pública e das organizações de vigilância em saúde para mitigar os efeitos deletérios dessa tragédia humanitária. No caso do SUS, apesar de combalido, a militância do MRSB instaurou a FpV, ampliando reencontros com a sociedade civil organizada onde nasceu, além da ação política sobre o Executivo, o Legislativo e o Judiciário em defesa da democracia e do direito à saúde⁴⁶.

Cabe destacar que a criação da FpV sinaliza uma oportunidade para a retomada da RSB, por meio da via sociocomunitária^{46,50}. No entanto, apesar do apoio ao SUS, estudos apontaram que categorias profissionais e correntes do movimento sindical defenderam questões corporativas (planos de saúde empresariais), afastando-se do projeto original da RSB^{9,30,51,52}. Por outro lado, em uma pesquisa recente, ficou evidenciado que houve uma mudança nessas relações, e, portanto, uma reaproximação de entidades representativas dos trabalhadores com o MRSB – Rede Nacional de Médicas e Médicas Populares

(RNMP), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre outras –, especialmente a partir de 2020, com a pandemia e a criação da FpV^{50,53}.

A tragédia sofrida pela população brasileira, devido à pandemia da covid-19 e à atuação criminosa do governo federal, pode resultar em uma alteração da correlação de forças e renovar a práxis de sujeitos, individuais e coletivos⁴⁸. Sendo político o maior desafio

do SUS, as lutas sociais são antídotos contra retrocessos e reconstituintes da RSB.

Colaboradores

Paim JS (0000-0003-0783-262X)* e Reis CR (0000-0001-5646-4355)* contribuíram igualmente para concepção, análise, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Santana VS, Dias ED, Silva JM. Atenção integral a saúde dos trabalhadores. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 513-539.
2. Santana VS, Corrêia Filho HR, Silva JM, et al. A construção do campo da saúde do trabalhador e sua institucionalização no SUS. In: Paim J. SUS Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 327-347.
3. Lacaz FA. Diferentes formas de apreensão das relações trabalho e saúde/doença. O campo saúde do trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 595-610.
4. Possas C. Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1989.
5. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1963-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>
6. Melo Filho DA. Epidemiologia social: compreensão e crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
8. Paim JS. Desafios para la salud colectiva en el siglo XXI [Internet]. Lanús: Remedios de Escalada; 2021 [acesso em 2019 jul 25]. Disponível em: <https://livros.unb.br/index.php/estante/catalog/book/324>
9. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
10. Guimarães R. Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.
11. Tambellini A. O Trabalho e a Doença. In: Guimarães R. Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978. p. 93-119.
12. Teixeira SMF, Oliveira JA. medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: Guimarães R. Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978. p. 181-205.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Berlinguer G. Medicina e Política. São Paulo: Hucitec; 1978.
14. Basaglia F, Giovannini E, Maniati S, et al. La salud de los trabajadores. Aportes para uma política de la salud. México: Nueva Imagen; 1978.
15. Timio M. Clases sociales y enfermedad. México: Nueva Imagen; 1979.
16. Ricchi R. La muerte obrera. México: Nueva Imagen; 1981.
17. Ribeiro HP, Lacaz FAC. De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: Diesat-Imesp; 1984.
18. Rodriguez Neto E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
19. Paim JS. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012 [acesso em 2025 jul 10]. p. 459-491. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>
20. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
21. Paim JS. Os sistemas universais de Saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde debate. 2019;43(5):15-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
22. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei Complementar nº 123/2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União. Revoga dispositivo da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2012.
23. Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. Saúde debate. 2018;42(Esp 2):11-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>
24. Máximo W. Entenda pacote fiscal de R\$ 70 bi anunciado por Haddad. Agência Brasil [Internet]. 2024 nov 28 [acesso em 2025 fev 7]; Economia. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-11/entenda-pacote-fiscal-de-r-70-bi-anunciado-por-haddad>
25. Conceição P. Estaria a saúde fora da mira do ajuste fiscal? Observatório de Análise Política [Internet]. 2024 dez 6 [acesso em 2025 fev 7]; Notícias. Disponível em: <https://analisepoliticaemsau.org/noticia/estaria-a-saude-fora-da-mira-do-ajuste-fiscal/>
26. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.
27. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249, Seção I:25694-5.
28. Paim JS. O que é o SUS [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016 [acesso em 2019 jul 25]. Disponível: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>
29. Teodoro R. A Teoria Sanitária e o Momento Corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: Fleury S. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 183-219.
30. Menicucci T. Política de Saúde do Brasil: continuidades e inovações. In: Arretche M, Marques E, Faria C. As políticas da política. São Paulo: Unesp; 2019. p. 191-216.
31. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

32. Santos JÁ. A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2018.
33. Silva THS. Entre o Consenso e o Minotauro da Saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 291-336.
34. Scheffer M, Bahia L. Público e privado na saúde. In: Paim J. SUS Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 219-231.
35. Andrietta LS, Sestelo AF, Bahia L, et al. O sistema de saúde brasileiro na pandemia de covid-19: reflexões a partir do conceito de financeirização. In: Lavinias L, Martins NM, Gonçalves GL, et al. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Contracorrente; 2024. p. 657-686.
36. Melo MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2017. 206 p.
37. Sestelo JAF. Planos de Saúde e dominância financeira. Salvador: Edufba; 2018.
38. Lavinias L, Martins NM, Gonçalves GL, et al. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Contracorrente; 2024.
39. Paim JS. O futuro do Sistema Único de Saúde em questão. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: Conass; 2018. p. 66-78.
40. Paim JS, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. Lancet. 2011;377:1778-97.
41. Monteiro MG. As Mudanças de Direção das Políticas Públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 247-289.
42. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. Lancet. 2019;394(10195):345-56. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31243-7)
43. Paim JS. Sistemas Universais de Saúde e novos desafios no século XXI. Texto produzido para o encontro promovido pelo Conselho de Secretários de Saúde em 2024. In: Seminário Internacional "O desafio da sustentabilidade dos sistemas universais de saúde nas Américas"; 2024; Brasília, DF. Brasília, DF: Conass; 2024. [No prelo].
44. Rodrigues EM. Quem está no comando? Poder entre grupos econômicos hegemônicos no Brasil. Pesquisa Debate. 2023;35(163):171-92. DOI: <https://doi.org/10.23925/1806-9029.v35i1e62294>
45. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1723-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
46. Paim JS. A Covid-19, a atualidade da Reforma Sanitária e as possibilidades do SUS. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Reflexões e futuro. Brasília, DF: Conass; 2021. p. 310-324.
47. Paim JS. Posfácio. In: Ribeiro HP. De que adoecem e morrem os trabalhadores na era dos monopólios (1889-2016): sociopatias, produção, violência, trabalho e saúde coletiva. São Paulo: Cenpras; 2017. p. 378-379.
48. Paim JS. Reflexiones teoricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antiteses para la Reforma Sanitaria Brasileña. Salud Colectiva. 2017;13(4):599-610. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1400>
49. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 85-113.
50. Santos JS. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização [tese] Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2023. 328 p.
51. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de

saídas. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(1):273-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>

52. Santos RPO. Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual? *Saúde debate*. 2019;43(8):234-247. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S817>
53. Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia

de COVID-19: 2020-2021. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1277-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>

Recebido em 17/02/2025

Aprovado em 18/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

O Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador na 5ª Conferência: limites e potencialidades

The State Reference Center for Workers' Health at the 5th Conference: Strengths and limitations

Irina Natsumi Hiraoka Moriyama¹, Ozinélia Pedroni Batista¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210454P

RESUMO Trata-se de um relato de experiência que analisa a atuação do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo com vistas à 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), buscando fornecer subsídios para o seu debate e proposições. Foram elencadas as ações do serviço no período de janeiro de 2024 a fevereiro de 2025, totalizando 52 atividades relativas à Conferência. As ações de formação da equipe estadual na temática da 5ª CNSTT e do controle social mostraram-se relevantes, reforçando a importância da estabilidade de seus profissionais por meio da criação de plano de cargos e carreiras. O apoio institucional aos serviços e equipes regionais demonstrou-se mais efetivo nos equipamentos de gestão estadual, sugerindo a indução à estadualização desses serviços. Considerando a dimensão simbólica reivindicada pela Saúde do Trabalhador como Direito Humano, aponta-se para a criação de projeto interinstitucional de formação para o controle social, com instituições historicamente comprometidas com a área e novos coletivos de movimentos sociais. Ao propiciar uma atuação mais situada e com significado para os próprios atores sociais, essa estratégia fortalece o controle social, abrangendo também a qualidade das propostas relativas à dimensão técnica da área.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Participação da comunidade. Conferências de saúde. Educação permanente. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT This experience report analyzes the work of the State Reference Center for Workers' Health of Espírito Santo, Brazil, in the context of the preparatory agenda for the 5th National Conference on Workers' Health (CNSTT). It aims to contribute by informing debate and supporting the construction of technically grounded policy proposals. A total of 52 actions were identified between January 2024 and February 2025. Capacity-building initiatives focusing on the 5th CNSTT and social control proved essential, reinforcing the need for professional retention policies through a structured career plan. Institutional support for regional services proved to be more effective when coordinated through state-level governance structures, suggesting the promotion of their integration. Recognizing Workers' Health as a Human Right and its symbolic dimension, the report proposes the development of an inter-institutional training program for social control, involving institutions historically engaged in the field and newly formed social movement collectives. By promoting territorially grounded and meaningful engagement by social actors, this strategy enhances participatory governance, also encompassing the improvement and qualification of the technical relevance of proposals in the field of Workers' Health.

KEYWORDS Occupational health. Community participation. Health conferences. Education, continuing. Unified Health System.

¹Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (Sesa-ES), Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) – Vitória (ES), Brasil.
irina.moriyama@gmail.com

Introdução: Saúde do Trabalhador e conferências temáticas

No Brasil, a criação da Saúde do Trabalhador (ST) se deu em meados de 1970, a partir do encontro entre os movimentos sociais dos sindicatos de trabalhadores e da Reforma Sanitária Brasileira¹, tendo como objeto de sua práxis o processo saúde-doença de grupos humanos em sua relação com o trabalho^{2,3}. A ausência da concepção dos trabalhadores enquanto sujeitos de práticas e saberes para as práticas vigentes da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional/Segurança no Trabalho, com o avanço tecnológico (automação e informatização dos processos produtivos) e das formas de organização do trabalho, propiciou a emergência desse campo³.

Ao final da década de 1970, a partir de suas experiências, o movimento sindical criou o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat). Trata-se de um protagonismo social que reivindica e materializa uma instituição para produção de conhecimento técnico que oriente a sua prática. No bojo da Reforma Sanitária Brasileira, inauguraram-se ações no mundo do trabalho pelo setor Saúde, remodelando as relações de poder entre empregadores, trabalhadores e agentes estatais. Assim, destacam-se a contribuição e a influência do movimento da ST no que diz respeito à participação popular na saúde, tal qual promulgada pela Constituição Federal^{1,4}.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reconhecida por promover uma ampla participação da população e difundir o debate acerca da saúde enquanto direito universal e de base comunitária⁵. Nela, foram formulados os fundamentos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a participação da comunidade. Esta se caracteriza por dois mecanismos de controle social: os conselhos de saúde, órgãos colegiados permanentes e

deliberativos que atuam na formulação, deliberação e fiscalização das políticas de saúde; e as conferências de saúde, eventos nacionais para debate, avaliação e proposições para uma implementação efetiva do SUS⁶.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento e ampliar o debate acerca de áreas específicas, no âmbito da ST, têm-se a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt) – instância consultiva em seus respectivos conselhos de saúde para assessoramento na temática – e as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT). A 1ª CNSTT ocorreu no mesmo ano da simbólica 8ª CNS, tendo como mote ‘Direito à saúde é também direito ao trabalho, à informação, à participação e ao lazer’. Em 1994, a 2ª CNSTT foi um chamamento para a construção democrática de uma política de ST; e, em 2005, houve a 3ª CNSTT, com a participação de representantes dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social para debater as questões da ST. A 4ª CNSTT, realizada em 2014, visava propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada alguns anos antes. Agora, dez anos depois, o Conselho Nacional de Saúde convocou a 5ª CNSTT, na defesa da ST enquanto Direito Humano⁷.

No estado do Espírito Santo, a Rede de Formação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador (Refopesat) analisou as propostas aprovadas na etapa estadual e nacional da 4ª CNSTT – respectivamente, 18 e 219. A maioria apresentava-se mais como reivindicações de itens já legislados pela PNSTT/SUS do que como formulação de estratégias para efetivar a sua implementação. Com base nessa análise, o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo (Cerest-ES) organizou oficinas de devolutivas que resultaram na elaboração de planos de ação para a implantação de propostas estratégicas⁸, fundamentando planejamentos posteriores e, com isso, maior visibilidade na agenda política do estado.

Tendo em vista a experiência decorrente da 4ª CNSTT, o objetivo do presente artigo é analisar a atuação do Cerest-ES na mobilização e no apoio às etapas municipais, regionais e estadual da 5ª CNSTT, visando fornecer subsídios ancorados na realidade para debates antes, durante e após a sua realização. Dessa forma, espera-se contribuir para o fortalecimento da participação popular alinhada à ST, em suas atuais potências e limites, compreendendo que, em última instância, a ST, enquanto Direito Humano, também se refere a uma transformação da própria participação da população no SUS e na sociedade.

Material e métodos

O presente artigo apresenta relato de experiência acerca da atuação do Cerest-ES na mobilização da 5ª CNSTT e da preparação para as etapas municipais, regionais e estadual no Espírito Santo (ES). Busca-se contribuir para o debate da ST como Direito Humano e para o fortalecimento da participação popular dentro e fora do SUS.

O estado do Espírito Santo é composto por 78 municípios que se dividem em 4 macrorregiões de saúde: Norte (14), Central (15), Metropolitana (23) e Sul (26)⁹. A sua população é composta por 3.833.712 habitantes, distribuídos ao longo de 46.074,448 km² de extensão territorial, configurando uma densidade demográfica de 83,21 hab/km². Os municípios são majoritariamente de pequeno porte, com 98,41% da área do estado não urbanizada¹⁰. Na economia capixaba, 54,83% da população encontra-se ocupada¹¹; e, dentre as principais atividades produtivas, destacam-se o agronegócio, a extração de rochas ornamentais, o ramo de confecções e o setor moveleiro¹².

No estado, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renastt) conta com a cobertura da ST em 100% do território pelos Cerest.

Além do serviço estadual, o ES dispõe do Cerest municipal de Vitória, na capital do estado, e de um Centro regional em cada uma das suas macrorregiões. Os Cerest regionais de São Mateus (Norte) e de Cariacica (Metropolitano) apresentam gestão estadual descentralizada enquanto os Cerest regionais de Colatina (Central) e de Cachoeiro do Itapemirim (Sul) são de gestão municipal. Em todas as macrorregiões, há ao menos um profissional ou equipe de ST nas respectivas Superintendências Regionais de Saúde (SRS), além das 72 Referências Técnicas de ST (RT-ST) municipais, cobrindo 92% dos municípios – inclusive os mais populosos como Serra, Vila Velha, Cariacica e Vitória.

O Cerest-ES foi fundado em 1992, inicialmente no âmbito municipal de Vitória, e teve a sua abrangência ampliada, em nível estadual, em 1996. Atualmente, o Cerest-ES faz parte do Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Nevisat), criado para coordenar a ST em nível central da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa-ES). A equipe é composta por 14 trabalhadores, sendo 1 coordenador (chefe de núcleo), 3 na equipe administrativa e 10 na equipe técnica. Com exceção do coordenador, as demais trabalhadoras são mulheres cisgêneras, com raça/cor predominantemente branca (8), seguida de parda (5) e amarela (1).

Sendo o Cerest-ES responsável por coordenar a implementação da PNSTT no estado, com vistas à execução de ações de ST alinhadas à Política por todas as instâncias de ST no território capixaba¹³, o serviço tem como principais frentes de atuação a Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (notificação e investigação de óbitos por acidentes de trabalho), a Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, e a Educação Permanente em Saúde do Trabalhador. Em 2024, o Cerest-ES implantou o registro de atividades de forma sistemática para aprimorar os seus processos internos de trabalho.

No registro de ações coletivas, preenchido em formulário on-line, constam campos

relacionados com os profissionais envolvidos – com nome(s), quantidade e categoria(s) profissionais – e com as ações realizadas – caracterizadas segundo a Tabela de Procedimentos do SUS¹⁴ ou como outras (participação em reuniões, cursos e eventos, e elaboração de notas, informes etc.), com data e horário da ação, e uma breve descrição (tema/título, objetivos, público-alvo, número de participantes externos, carga horária e recursos utilizados).

Para este relato, selecionaram-se as ações do Cerest-ES relacionadas com a 5ª CNSTT por meio do mencionado registro. Foram levantadas as ações realizadas desde janeiro de 2024, quando o registro foi implantado no serviço, até fevereiro de 2025, momento de escrita do presente artigo. Os dados foram extraídos dos consolidados anuais das atividades do Cerest-ES, sendo tabulados posteriormente no programa Excel®. Foram incluídas as colunas referentes aos nomes dos profissionais envolvidos, à data de realização, ao tipo de procedimento/ação e a sua descrição.

Utilizou-se o ‘Roteiro adaptado de análise de conteúdo – modalidade temática’, proposto por Ferreira e colaboradores¹⁵, adequando-o para um relato de experiência. Os dados foram ordenados, com preenchimento de campos em branco e padronização dos termos a partir da consulta ao profissional de referência da ação, e definidas as ideias centrais em cada uma das ações. Em seguida, as ideias centrais foram agrupadas de modo a constituírem temas/categorias e as nomeamos.

Buscou-se relacionar as categorias construídas a partir da análise temática com as estratégias preconizadas pela PNSTT¹³ para fundamentar o debate e a elaboração de propostas para a 5ª CNSTT. Parafraseando Vasconcellos e colaboradores¹⁶⁽¹⁾ no editorial desta edição temática: “Com o [SUS], ainda que muito falte, passou a sobrar muito do que não havia. É um pouco disto que a 5ª CNSTT pretende: que passe a haver mais do que há”.

Resultados e discussão: a experiência do Cerest-ES na construção da 5ª CNSTT

Dos 387 registros da equipe do Cerest-ES no período analisado, 52 atividades/ações estavam relacionadas com a 5ª CNSTT, com diferentes formas de abordagem e graus de aprofundamento. Ressalta-se que as ações começaram a ganhar consistência no final de 2024 devido a dois fatores: 1) o direcionamento de esforços do Conselho Estadual de Saúde (CES-ES), até então, para as etapas da 4ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES), ocorridas de fevereiro a setembro de 2024; e 2) o período eleitoral nos municípios, com mobilização político-partidária predominando os eventos do segundo semestre perante quaisquer outros. Ademais, grande parte das conferências municipais está prevista para ocorrer a partir do mês de março, portanto, não sendo contempladas pelo presente relato.

Destaca-se que, apesar de as conferências temáticas terem sido criadas na 8ª CNS com o objetivo de ampliar o debate social e a participação popular no SUS, a fragmentação das agendas tem alienado as áreas do SUS uma das outras mais do que fortalecido a participação social¹⁷. As discussões e as proposições frequentemente se especializam em determinadas temáticas, sem diálogo com as demais e, por vezes, sem a ancoragem nos próprios princípios do SUS^{18,19}. Já o impacto do período eleitoral na (falta de) organização para a 5ª CNSTT aponta para a vulnerabilidade da esfera municipal de gestão do SUS diante dos interesses e dos poderes políticos e econômicos locais. Segundo Andrade e colaboradores²⁰, isso reflete a contradição entre a formulação e a execução de programas de governo em meio à política pública de Estado que é (ou que deveria ser) o SUS.

Morais e Teixeira²¹ afirmam que mais importante do que dispor do saber técnico das pautas em debate nos espaços de participação

social é ter o conhecimento acerca dos projetos políticos que as disputam. Vale lembrar que a ST tem muito a contribuir para – e a se beneficiar de – processos de educação e de formação de base com agentes públicos e sociais de modo a colocar em evidência o conflito capital x trabalho¹. Tais processos formativos podem ajudar na elucidação acerca de quais programas e propostas de ações servem a

quais interesses²¹, bem como resgatar o caráter transformador da ST¹.

A categorização das ações corresponde ao descrito no *quadro 1*, totalizando 18 ações de apoio e suporte ao controle social, 18 ações referentes à formação/apropriação da própria equipe do Cerest-ES e 15 que se referiram à Educação Permanente nos Cerest, RT-ST e outros componentes da Renastt.

Quadro 1. Categorização das ações realizadas pelo Cerest-ES para a 5ª CNSTT

Ideias centrais	Nº de ações	Categoria temática
Articulação com controle social e representantes de trabalhadores	18	Fortalecimento do controle social
Participação em cursos (ouvinte), eventos e reuniões externas	18	Formação da equipe estadual
Apoio institucional para a rede de atenção à saúde	14	Educação permanente na Renastt
Atividade de educação permanente em saúde do trabalhador	2	

Fonte: elaboração própria.

Salienta-se que as categorias (e tipos de ações) se complementam desde o contato inicial com 5ª CNSTT, nos diferentes níveis de apropriação de cada equipe, passando por ampliação, acúmulo de conhecimentos e maturação das experiências, trajetórias e relações – institucionais e pessoais.

Formação da equipe do Cerest-ES para a 5ª CNSTT

Nesta categoria, constam as atividades/ações que proporcionaram a formação da equipe do Cerest-ES tanto nas temáticas da 5ª CNSTT quanto em relação ao controle social na ST. Entre as 18 ações registradas, tiveram as participações ativas em espaços o projeto ‘Articulação das CISTT’, o 1º Ciclo de Debates ‘Saúde do Trabalhador como Direito Humano: Ensaios para a 5ª CNSTT’ e as reuniões mensais com a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT/MS). Em espaços ou eventos maiores/com outros formatos, houve a participação

como ouvintes no 1º Curso Internacional de Vigilância Popular em Saúde e Monitoramento Participativo, no 10º Encontro Nacional das Cistt, no 12º Encontro da Renastt e no 2º Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – este ocorrido em 2022 – e enquanto suporte a colegas do próprio do Cerest-ES que figuravam como palestrantes em eventos ou outros espaços.

Contextualiza-se que o Cerest-ES atravessou mudanças significativas na composição da sua equipe nas últimas décadas. Desde meados de 2015, o serviço teve a saída e de aposentadoria de, ao menos, três das cinco profissionais efetivas que fizeram parte da luta para construção, consolidação e sustentação do serviço, passando por quase uma década com uma equipe reduzida – aproximadamente cinco profissionais da equipe técnica na ativa. Recentemente, houve a contratação de novas profissionais, com diferentes graus de proximidade com o SUS, a ST e o controle social; no entanto, também houve a aposentadoria da coordenadora (vínculo efetivo) que fazia

parte da equipe desde a criação do serviço e que esteve oficialmente nessa função desde 2015. Atualmente, o quadro de trabalhadoras do Cerest-ES encontra-se conforme mostra o

quadro 2, somado ao coordenador, com ampla experiência na Vigilância Sanitária e vínculo efetivo na Sesa-ES.

Quadro 2. Trabalhadores que compõem a equipe técnica do Cerest-ES

Nº	Categoria profissional	Vínculo de trabalho	Tempo de serviço	Situação
3	Fisioterapia	Estatutário	10 anos	Ativa
		Estatutário	5 anos	Ativa
		Estatutário	2 anos	Ativa
1	Enfermagem	Designação temporária	1 ano	Ativa
1	Medicina	Designação temporária	2 anos	Ativa
2	Psicologia	Estatutário	5 anos	Em licença
		Estatutário	1 ano	Ativa
1	Serviço Social	Estatutário	30 anos	Ativa
1	Segurança do Trabalho (nível técnico)	Designação temporária	2 anos	Ativa
1	Terapia Ocupacional	Estatutário	10 anos	Ativa

Fonte: elaboração própria.

Em que pesem positivamente o compromisso, a dedicação e o interesse das atuais profissionais no serviço, salienta-se uma fragilidade na equipe devido ao pouco tempo de serviço de praticamente metade das profissionais, com a precarização de vínculos de trabalho de parte destas. Contratos de designação temporária impactam negativamente aspectos da vida particular dessas trabalhadoras²², assim como no *continuum* de projetos, processos e ações do serviço²³, já que podem apresentar uma ruptura entre agentes com formação/experiência em ST e outros, novatos, sem contato prévio com a área. Com isso, ressalta-se que a participação como ouvinte propiciou conhecimento inicial de temáticas como o controle social no SUS e na ST para parte da equipe, além de atualizações pontuais acerca da 5ª CNSTT no geral.

A própria participação da equipe do Cerest-ES no apoio a colegas palestrantes em eventos

(abrangidos nas outras categorias) propiciou maior aprofundamento e reflexão sobre os temas abordados nas palestras. Ferla e colaboradores²⁴ salientam o potencial da experiência na organização ou participação em eventos como as conferências de saúde enquanto espaços valiosos para a formação profissional em serviço.

As reuniões mensais com a CGSAT tiveram início no final de 2024, com a gestão nacional por Luís Henrique Leão, que as presidiu. Essas reuniões eram voltadas aos coordenadores dos Cerest estaduais de todo o País, e, em relação à 5ª CNSTT, as trocas foram mais limitadas a informes e atualizações da Conferência – em nível nacional (perspectivas), estaduais (planejamentos) e municipais (andamentos) – naqueles momentos. De qualquer forma, possibilitaram o compartilhamento e o alinhamento de estratégias e formas de participação dos serviços no apoio à realização da 5ª CNSTT.

O Ciclo de Debates foi organizado de forma interinstitucional entre serviços da ST, controle social, representantes de trabalhadores e academia, e coordenado pelos professores Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Rosângela Gaze e Fátima Sueli Ribeiro, membros do Núcleo Saúde-Trabalho-Direito do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Foi possível acessar e dialogar com as questões que envolvem a ST como Direito Humano, contribuindo para a reflexão das profissionais do Cerest-ES acerca da temática e das suas formas de se posicionar nos espaços relativos à Conferência.

O projeto 'Articulação das CISTT', coordenado pela Cistt nacional, Diesat e CGSAT, contou com apoio da Cistt estadual e do Cerest-ES para a sua realização e promoveu o contato presencial com agentes do controle social de diferentes municípios capixabas e suas respectivas RT-ST, mediado (e provocado) pelas facilitadoras do Diesat. Na perspectiva da participação do Cerest-ES, o projeto propiciou o primeiro contato de parte da equipe com atores do controle social, bem como com a temática.

Em conjunto, todas essas ações materializaram, em diferentes graus de profundidade, processos de educação permanente para a equipe do Cerest-ES. A despeito da instabilidade dos vínculos, a ressonância das ações de formação para a equipe foi favorável, o que reforça o avanço da ST com a implantação da Renastt, propiciado pelo financiamento para os Cerest. Ressalta-se que a conquista de repasse consistente dos recursos federais viabiliza a participação e a realização de eventos, cursos e demais processos formativos para as equipes de ST²⁵.

Assim, a presente categoria guarda relações, principalmente, com a estratégia VI da PNSTT, de desenvolvimento e capacitação das equipes de ST, inclusive no que diz respeito à importância de vínculos de trabalho mais protegidos e menos precarizados. Também contempla as estratégias: V – estímulo à participação da comunidade, pela integração com os trabalhadores; VII – apoio ao desenvolvimento

de estudos e pesquisas, a partir do contato com instituições de ensino e pesquisa; e IV – fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial¹³, considerando as relações já citadas. A continuidade de ações como o Ciclo de Debates, o projeto 'Articulação das CISTT' e as reuniões mensais com a CGSAT pode contribuir para a superação de desafios históricos, tais quais o distanciamento entre a realidade dos serviços e o ensino teórico/produção de conhecimento acadêmica²⁶, e/ou entre a gestão federal e as demandas e necessidades locais do sistema de saúde¹⁸.

Educação permanente na Renastt

O Cerest-ES propiciou processos de educação permanente abordando a 5ª CNSTT por meio de 16 ações, majoritariamente referentes ao apoio institucional prestado aos Cerest regionais e municipal, e às RT-ST das SRS, bem como dialogou acerca da temática em espaços como o I Encontro de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) da região Norte e a Formação de Multiplicadores da ST na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nas visitas e nos encontros on-line de apoio institucional, o Cerest-ES orientou, em momentos distintos, os serviços e órgãos regionais e municipal da ST a prestarem o suporte técnico e operacional às conferências municipais das suas respectivas abrangências. Em uma reunião virtual conjunta, o Cerest-ES apresentou e discutiu os eixos temáticos da 5ª CNSTT, visando instrumentalizar as equipes e profissionais de ST para o suporte aos municípios. Tendo em vista a hegemonia histórica de práticas verticalizadas que frequentemente desconsideram uma construção democrática dos saberes e fazeres²⁷, salienta-se que o Cerest-ES ainda tem o que aprender no que diz respeito aos meios e às estratégias para a subversão dessa lógica, uma vez que, como afirmam Campos e Domitti²⁷, os processos de educação permanente são contra-hegemônicos e não estão dados, pelo contrário, demandam diversos saberes e criatividade para efetivá-los.

No âmbito dos Cerest regionais, em especial os de gestão municipal, foram identificadas barreiras como a rotatividade e/ou indisponibilidade da coordenação e profissionais. No apoio às etapas municipais (abordadas na próxima sessão), notamos uma baixa adesão nas regiões de abrangência desses serviços, tendo as equipes das SRS assumido o protagonismo no suporte técnico do Cerest-ES. Em contraposição, grande parte dos municípios de abrangência dos Cerest regionais de gestão estadual vem organizando suas etapas locais, de forma articulada a esses serviços.

A fragilidade advinda da gestão administrativa em nível municipal nos Cerest regionais evidencia uma atuação inerte de seus respectivos conselhos de saúde, nos quais há a influência direta do gestor empossado pelos governantes locais, que frequentemente assumem a presidência desses colegiados²⁸. Campos e Domitti²⁷ ressaltam que é necessária uma contingência macropolítica – com valorização e boas condições de trabalho – para efetivar o apoio institucional como agenciador da transformação radical para a cogestão de processos de formulação e implementação de políticas públicas, concomitantemente à própria construção de sujeitos – individuais e coletivos.

Outro destaque referente aos Cerest regionais com gestão estadual foi a organização do I Encontro das Visat Norte, realizado no final de 2024, em São Mateus (região Norte). A coordenadora do serviço é servidora efetiva e exerce a função há mais de dez anos; e, ao longo deste período, contou com o apoio institucional prestado pelo Cerest-ES de forma consistente. O processo de apropriação e aprimoramento da gestora em relação à ST, fortalecido pelo apoio institucional, refletiu-se na iniciativa desse evento simbólico em nível regional do estado. Destaca-se que a palestra magna ‘As novas relações de trabalho e a ST’, proferida pela professora Raquel Moratori, estava em consonância com a 5ª CNSTT, ensejando a fala de mobilização e preparação realizada pelo Cerest-ES nesse mesmo evento.

Com metodologia interativa, a atividade de mobilização evidenciou o desconhecimento dos participantes – majoritariamente RT-ST e de outras áreas técnicas municipais, além de representantes de trabalhadores e do controle social do SUS – acerca das conferências de saúde e da ST enquanto conquistas oriundas de movimentos sociais inscritos em uma perspectiva histórico-materialista – a qual se buscou introduzir. Vale reforçar que a sustentação de ações e processos anteriores e posteriores à realização das conferências – de natureza essencialmente eventuais – propicia a concretização das propostas deliberadas, efetivando o controle social^{29,30}.

Quanto aos processos de educação permanente, um dos encontros do curso de Formação de Multiplicadores em Atenção Primária à Saúde (APS), ofertado pelo Cerest-ES às equipes de residência multiprofissional da Sesa-ES da Grande Vitória, suas preceptoras e RT-ST dos respectivos municípios de prática, apresentou a 5ª CNSTT como um canal legítimo para o encaminhamento das reivindicações que emergiram nas oficinas. A informação repercutiu entre as participantes, mobilizando-as a organizar um evento aberto de pré-conferência por meio do Coletivo Capixaba Aquilomba Saúde. Nessa iniciativa, a então coordenadora do Cerest-ES buscou apresentar a ST para o movimento da juventude negra, visando estimular a atuação propositiva do coletivo nas etapas 5ª CNSTT.

A presente categoria se articula com as estratégias VI – desenvolvimento e capacitação dos trabalhadores da ST e I – integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a APS, pelo investimento em eventos de formação integrados, inclusive com a participação dos trabalhadores¹³.

Apoio e suporte para o fortalecimento do controle social na ST

O Cerest-ES realizou 18 ações de apoio e suporte técnico para o fortalecimento do

controle social, visando, principalmente, à realização de etapas qualitativamente significativas da 5ª CNSTT. Entre essas ações, mais da metade referiu-se à participação do Cerest-ES nas reuniões da Cistt estadual, algumas foram acerca de eventos ou atividades específicas para a/d 5ª CNSTT, e uma foi a participação em evento organizado por trabalhadores.

As reuniões mensais da Cistt estadual foram suspensas em junho e julho devido à demanda para a organização da etapa estadual da 4ª CNGTES pelo CES-ES, sendo retomadas a partir de agosto. Suas pautas abrangeram: a devolutiva acerca do 10º Encontro Nacional das Cistt, na qual a convocação para a 5ª CNSTT foi anunciada; a organização das oficinas do projeto 'Articulação das CISTT', em que o Cerest-ES assumiu responsabilidades diante de insuficiências apresentadas pelo CES; e os preparativos para a 5ª CNSTT. O Cerest-ES é membro da Cistt estadual desde a sua criação e contribui substancialmente tanto com aspectos técnicos da ST quanto com questões estruturais para o funcionamento da instância.

Quanto ao projeto 'Articulação das CISTT', abordado anteriormente, cabe acrescentar que as oficinas ensejaram a criação de planos de ação para criação ou fortalecimento das Cistt municipais com agentes presentes do controle social e as respectivas RT municipais. No Plano Estadual de Saúde 2024-2027 do ES, estabeleceu-se a meta de 70% de municípios com Cistt implementadas, sendo que a meta parcial de 2024, de 40% dos municípios (28), não foi atingida. Havia somente oito Cistt implantadas – Cariacica, Serra, Vitória, Colatina, Linhares, São Mateus, Nova Venécia e Ecoporanga –, e o fato de o município sede de um dos Cerest regionais estar fora dessa conta revela a desestruturação desse processo.

Ferla e colaboradores³¹ afirmam que a ampliação da participação no controle social na ST envolve não apenas os sindicatos, mas também movimentos sociais sensíveis às questões relacionadas com saúde e trabalho, incluindo outras formas de coletivização de trabalhadores com vínculos cada vez mais

precarizados. É essencial pensar em maneiras de capilarizar e democratizar a participação social, garantindo que mais vozes sejam ouvidas e que a construção de políticas públicas seja realmente inclusiva.

Na preparação para a 5ª CNSTT pela Cistt estadual, o Cerest-ES teve a iniciativa de elaborar *card* para mobilização e modelo de apresentações para divulgação geral, pauta nos conselhos municipais, palestras nas conferências etc., produzindo uma identidade visual para os eventos em solos capixabas. O primeiro deles foi a roda de conversa que o Cerest-ES mediu na coordenadora da Cistt-ES na sala de atividades paralelas da etapa estadual da 4ª CNGTES para apresentar a 5ª CNSTT e discutir os seus eixos temáticos. Houve a participação de aproximadamente 50 pessoas (um terço dos delegados presentes), e a discussão suscitada evidenciou dois grandes impasses da ST no SUS: 1) a falta de clareza conceitual e epistemológica entre a Segurança e Saúde no Trabalho e a ST, culminando em um 2) recorte da ST de forma apropriada às demandas (setoriais) dos trabalhadores do SUS, desconsiderando a sua universalidade. As falas de delegados apontavam para a ST como responsável por ações de saúde ocupacional, como exames admissionais, periódicos e demissionais.

Vasconcellos e Ribeiro³² reconhecem que o descolamento da ST enquanto abordagem epistemológica da relação trabalho-saúde se deu, em partes, pela tecnoburocratização da área, sugerindo a necessidade do resgate histórico (e materialista) da ST enquanto campo. Adicionalmente, Moratori³³ aponta que o limite da ST a necessidades setoriais reflete a fragmentação e o ensimesmamento das categorias de trabalhadores e suas lutas, amplificado pelas práticas exploratórias neoliberais que sobrecarregam e desgastam os trabalhadores com o aumento da exigência e esforço para as tarefas na precarização do trabalho.

A Cistt-ES também realizou duas sessões abertas voltadas a conselheiros do CES-ES e

municipais, em que foi atribuído ao Cerest-ES a função de divulgar e orientar quanto à 5ª CNSTT. As sessões contaram com uma baixa adesão de conselheiros e debates escassos, o que pode ter ocorrido devido ao convite enviado às vésperas pelo CES e/ou pela falta de interesse ou priorização da ST mesmo em tempos de conferência temática. Lacaz e colaboradores¹ apontam para um desânimo generalizado no controle social, em que o formato institucionalizado e capturado pela tecno burocratização leva à desmobilização de suas instâncias. Além da baixa adesão às sessões abertas, as reuniões ordinárias da Cistt estadual apresentaram-se frequentemente esvaziadas, com constância na presença apenas da conselheira que preside a Comissão, da secretaria executiva do CES e de membros técnicos – como do Cerest-ES, da Vigilância Epidemiológica e de bolsista do projeto ‘Qualificação da Participação Social na Saúde’ da Sesa-ES.

Morais e Teixeira²¹ complementam sinalizando que, aos conselheiros e aos trabalhadores de saúde que acompanham e acreditam nesses espaços, cabe a constante provocação e interlocução com as bases sociais que representam e/ou pertencem. Nesse sentido, a participação de profissionais do Cerest-ES na Conferência sobre a Indústria de Pedras Naturais no Brasil, organizada pela Internacional se Trabalhadores da Construção e da Madeira (em inglês, International Confederation of Midwives – ICM) ensejou a divulgação da 5ª CNSTT a trabalhadores e organizações que não conheciam esse evento e forma de participação social. Espera-se que tal oportunidade oportunize parcerias e articulações futuras, renovando e provocando movimentações no controle social tal qual vem se dando na ST no ES.

Na realização das etapas inaugurais da 5ª CNSTT no estado, em novembro de 2024 e fevereiro de 2025, nos municípios de Vitória e de Anchieta, respectivamente, profissionais do Cerest-ES participaram como palestrantes, apresentando análises da situação de saúde

em ST em nível local e estadual, e mediarão grupos de discussão para elaboração e votação de propostas. Notou-se uma predominância de demandas setoriais relacionadas com os trabalhadores da saúde/do SUS em nível municipal, que foram maioria entre os conferencistas. Isso reforça a ausência do princípio da universalidade – entre outros – da ST na concepção dos participantes, bem como sinaliza a falta de diversidade das categorias de trabalhadores presentes.

Aponta-se para uma possível limitação decorrente da realização dos eventos, geralmente ocorridos em horário de expediente, impedindo maior participação e/ou da baixa capilaridade da temática da área em espaços fora do seu nicho mais cotidiano, o que reflete a fragmentação das agendas dentro do próprio SUS^{17,18,34}. Kujawa e colaboradores³⁵ evidenciam que, por se tratar de eventos de *status* social, as conferências frequentemente se configuram de maneira sexista e elitista, já que ocorrem em horários que dificultam a participação de outros segmentos de trabalhadores e agentes sociais. Em vista das novas morfologias do trabalho, prejudicam o cuidado equitativo à população trabalhadora mais desprotegida – informais, plataformizados/‘uberizados’, terceirizados etc. –, aumentando as desigualdades em saúde.

Essa categoria se vincula fundamentalmente à estratégia V da PNSTT, de estímulo ao controle social, principalmente pelo apoio às Cistt e facilitação do acesso às informações de ST¹³.

Considerações finais: à guisa de propostas para a 5ª CNSTT

Em relação à 5ª CNSTT, a atuação do Cerest-ES abrangeu: ações de formação da própria equipe para a melhor sustentação de debates e suporte nas diversas etapas da Conferência; processos de educação permanente na Renastt

de modo a apoiar os serviços e profissionais da ST em suas respectivas etapas locais, promovendo uma abordagem mais integrada/alinhada em nível estadual; e ações para o fortalecimento do controle social com vistas à 5ª CNSTT.

Tais ações apresentaram-se de forma articulada às estratégias da PNSTT, com ênfase no estímulo à participação da comunidade e no desenvolvimento e na formação dos profissionais da ST (incluindo a busca pela despreciação dos vínculos nos Cerest). Abordam também a integração da Visat na Vigilância em Saúde e na APS, o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Considerando que o principal objetivo da PNSTT (ainda que não esteja assim nela explícito) é, em última instância, a concretização da ST enquanto um Direito Humano – ‘a promoção à saúde e a ambientes e processos de trabalho saudáveis’ –, almeja-se a contribuição para a transformação radical do mundo do trabalho e a sua relação com o processo coletivo de saúde e doença, sendo as conferências de saúde os espaços privilegiados para renovação, estímulo, ampliação e atualização dos debates e proposições para “que passe a haver mais do que há”¹⁶⁽¹⁾.

Assim, entre os inúmeros e diversos desafios para a efetivação da ST, as principais limitações que emergiram da presente reflexão apontam para algumas ideias germinais para propostas na 5ª CNSTT. Na dimensão de área técnica, urge a necessidade estrutural de ‘criação de planos de cargos e carreira para os agentes públicos dos Cerest’. Tal proposta, já deliberada

em outras CNSTT e conferências livres, visa a uma composição adequada e permanência de profissionais de modo a acumular experiência e conhecimento para uma atuação mais efetiva. Aponta-se também para a ‘indução da estadualização da gestão dos Cerest regionais’, uma vez que a habilitação desses serviços não é regida por contratos como aqueles instituídos por consórcios regionais. Assim como o ES, grande parte dos estados brasileiros tem o predomínio de municípios de pequeno porte, mais vulneráveis à pressão dos governantes locais.

Na dimensão simbólica que a ST como Direito Humano reivindica, a experiência do Cerest-ES até o momento, especialmente nas ações na Cistt e no acompanhamento das conferências municipais, sugere a ‘criação de projetos interinstitucionais de formação’ para o controle social. Projetos esses com diferentes formatos e parcerias que podem abranger tanto instituições com *expertise* e compromisso com a ST historicamente como Diesat, de modo a provocar e oxigenar a participação social, como entidades mais recentes como movimentos sociais – tal qual a experiência com o Coletivo Aquilomba Saúde –, renovando atores em cena e atualizando pautas de forma interseccional.

Colaboradoras

Moriyama INH (0000-0003-3874-5625)* e Batista OP (0009-0009-0962-9546)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lacaz FAC, Reis AAC, Lourenço EÂS, et al. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde debate*. 2019;43(Esp 8):120-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S809>
2. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(Supl 2):21-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>
3. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(5):341-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>
4. Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formas de saber e de poder. *Saúde Soc*. 1994;3(2):21-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000100005>
5. Conselho Nacional de Saúde (BR). Para entender o controle social na saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf
6. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* [Internet], Brasília, DF. 31 dez 1990 [acesso em 2025 mar 30]; Edição 249; Seção I:25694-5. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
7. Ministério da Saúde (BR). 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2025 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnstt>
8. Moriyama INH, Pinto AC. 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: contribuições para o controle social no Espírito Santo. In: Neto RV, Borges G, Jesus LF, et al., organizadores. *Caderno de relatos de experiências em saúde do trabalhador. Saúde do trabalhador e controle social*. Rio de Janeiro: Cesteh/ENSP; 2018. v. 2. p. 41-45.
9. Secretaria Estadual de Saúde (ES). CIB – Resolução nº 259/2024. Dispõe sobre o Plano Diretor Regional [Internet]. Vitória: Secretaria da Saúde; 2024 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/cib>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Espírito Santo [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2025 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua anual [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; [2025] [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <https://sibra.ibge.gov.br/tabela/4360>
12. Governo do Estado (ES). Nota técnica: Inserção Competitiva e as Cadeias Produtivas do Espírito Santo [Internet]. [Vitória]: DVF Consultoria; 2013 [acesso em 2025 mar 20]. Disponível em: https://planometropolitano.es.gov.br/Media/comdevit/Refer%C3%A2ncias/ES2030_Volume%2013-1.pdf
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
14. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em:

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/relatorio/procedimentoAtributos/publicados>

15. Ferreira AMD, Oliveira JLC, Souza VS, et al. Roteiro adaptado de análise de conteúdo – modalidade temática: relato de experiência. *J Nurs Health*. 2020;10(1):e20101001. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i1.14534>
16. Vasconcellos LCF, Gaze R, Guedes DT, et al. A saúde no trabalho é um direito humano. *Saúde debate*. 2025;49(145):e145ED. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025145ED-P>
17. Abrunhosa MA, Machado FRS, Pontes ALM. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saude Soc*. 2020;29(3):e200584. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200584>
18. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. *Saude Soc*. 2020;29(1):e181084. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181084>
19. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)*. 2014;18:895-908. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>
20. Andrade HS, Carvalho SR, Oliveira CF. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. *Physis*. 2022;32(1):e320116. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320116>
21. Moraes AS, Teixeira CF. Posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018. *Saude Soc*. 2021;30(1):e200479. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200479>
22. Pires DE. Precarização do Trabalho em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2009 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html#topo>
23. Moriyama INH, Silva-Macaia AA, Beltran-Hurtado SL, et al. Saúde do Trabalhador em contexto de ameaças neoliberais: a articulação interinstitucional para o fortalecimento de políticas públicas. *RJTDH*. 2024;7:1-39. DOI: <https://doi.org/10.33239/rjtdh.v7.166>
24. Ferla AA, Araújo FRO, Silva SV, et al. Quando a conferência de saúde ensina para o trabalho e para a vida: narrativas dos estudantes sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde. In: Ferla AA, Araújo FRO, Silva FVS, et al. O que pode uma conferência de saúde? Aprendizagens significativas no cotidiano da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Porto Alegre (RS): Editora Rede Unida; 2022. p. 19-26. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 6). E-book (PDF). ISBN: 978-85-54329-48-8.
25. Machado JMH, Santos APL. O financiamento na indução das ações de Saúde do Trabalhador no Brasil: o caso da RENAST. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: IPEA; 2011. p. 151-164.
26. Todd AL, Petrunoff N, Frommer M, et al. The value of health service-based research to health service organisations: a qualitative study with senior health service executives. *Health Res Policy Sys*. 2024;22(1):65. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01149-z>
27. Campos GWS, Domitti AC. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(47):63-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>
28. Peralta J, Kujawa H, Both V. Participação e controle social: em defesa do direito humano à saúde e do SUS [Internet]. In: Kujawa HÁ, organizador. Vozes, olhares e sentidos da participação social no SUS. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Washington, D.C.: OPAS; 2022 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Livro-Vozes-olhares-e-sentidos-da-Participacao-Social-no-SUS.pdf>

29. Hoefel MG, Severo DO. A participação social em saúde do trabalhador: entre o instituído e o instituinte. In: Ministério da Saúde (BR). Documento orientador. 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado!”. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2014.
30. Lacaz FAC, Flório JC. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(6):1661-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>
31. Ferla AA, Cosac AS, Pulga VL, et al. Ocupação social do Sistema Único de Saúde: olhares sobre estratégias e agendas dos movimentos sociais como desafios para a sua consolidação [Internet]. In: Kujawa HÁ, organizador. Vozes, olhares e sentidos da participação social no SUS. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Washington, D.C.: OPAS; 2022 [acesso em 2025 mar 30]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Livro-Vozes-olhares-e-sentidos-da-Participacao-Social-no-SUS.pdf>
32. Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: Vasconcellos LCF, Oliveira MHB, organizadores. Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam; 2011. p. 423-452.
33. Moratori R. As novas relações de trabalho e a saúde do trabalhador e trabalhadora. Palestra proferida no I Encontro das VISAT Norte; 2024; Espírito Santo. Espírito Santo: Visat; 2024.
34. Santos UB, Del Bianco NR. Conferências Nacionais de Saúde: estudo sobre aderência de propostas de política de comunicação aos princípios de comunicação pública. *Reciis*. 2024;18(1):81-97. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v18i1.3897>
35. Kujawa H, Cosac AS, Neves EMS, et al. Retratos possíveis do perfil do controle social nos espaços de participação [Internet]. In: Kujawa HA, organizador. Vozes, olhares e sentidos da participação social no SUS. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Washington, D.C.: OPAS; 2022 [acesso em 2025 mar 30]. p. 169-211. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Livro-Vozes-olhares-e-sentidos-da-Participacao-Social-no-SUS.pdf>

Recebido em 02/04/2025

Aprovado em 08/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Juliana Moura Corrêa

Cerest como centro articulador de ações intersetoriais: uma experiência com trabalhadores de entrega por aplicativos

CEREST as a center for coordinating intersectoral actions: An experience with app-based delivery workers

Adriana Guerra Campos^{1,2}, Paulo Victor Rodrigues de Azevedo Lira^{2,3}, Tathiane Andrea Bezerra de Sá⁴, Aline do Monte Gurgel², Rodrigo Lopes da Silva Correia⁵

DOI: 10.1590/2358-28982025E210455P

RESUMO As consequências das transformações contemporâneas no mundo do trabalho, no qual predominam vínculos frágeis e trabalhos precários, representam um grande desafio para a atuação dos órgãos de saúde. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) constituem um importante dispositivo para o desenvolvimento de políticas públicas de Vigilância em Saúde do Trabalhador, devendo priorizar as categorias mais vulnerabilizadas, como os entregadores por aplicativos. Por meio de um relato de experiência, foram descritas as ações intersetoriais coordenadas pelo Cerest Estadual voltadas para os entregadores subordinados a empresas-aplicativo no período de 2021 a 2025. As ações incluíram a elaboração de documentos normativos e material educativo; a formação para profissionais de saúde; a promoção de debates sobre a temática; a ação de campo e o diálogo com os trabalhadores. As práticas descritas evidenciam a necessidade de promover o debate ampliado e desenvolver ações integradas, no sentido de garantir direitos e proteger a saúde desses trabalhadores precarizados, envolvendo-os enquanto protagonistas nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em Saúde do Trabalhador. Colaboração intersetorial. Aplicativos móveis.

ABSTRACT The consequences of contemporary transformations in the world of work, where fragile relationships and precarious jobs predominate, represent a major challenge for the actions of health agencies. The Reference Centers for Workers' Health (CEREST) are a crucial tool for developing public policies related to worker health surveillance. They should prioritize the most vulnerable categories, such as app-based delivery workers. Through an experience report, the intersectoral actions coordinated by CEREST aimed at app-based delivery workers from 2021 to 2025 were described. The actions included the preparation of normative documents and educational material; training for health professionals; promoting debates on the subject; and field action and dialogue with workers. The practices described highlight the need to promote broader debate and develop integrated actions, in order to guarantee rights and protect the health of precarious workers, involving them as protagonists in this process.

KEYWORDS Surveillance of the Workers Health. Intersectoral collaboration. Mobile applications.

¹Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) – Recife (PE), Brasil.
ftadrianaguerra@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Laboratório Saúde, Ambiente e Trabalho (Lasat) – Recife (PE), Brasil.

³Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), Gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador de Pernambuco (GVST-PE) – Recife (PE), Brasil.

⁴Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SMS Recife) – Recife (PE), Brasil.

⁵Sindicato dos Trabalhadores Entregadores, Empregados e Autônomos de Moto e Bicicleta por Aplicativos do Estado de Pernambuco (Seambape) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas que articula conhecimentos estratégicos interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações, condições e ambientes de trabalho que provocam doenças e agravos^{1,2}. As transformações contemporâneas no mundo do trabalho, evidenciadas por meio do avanço da precarização do trabalho, que articula mecanismos de intensificação das jornadas laborais e ‘novas’ formas de contratação da força de trabalho, têm sido um desafio para a execução de políticas públicas em saúde do trabalhador³.

A redução do proletariado industrial presenciada pelo capitalismo contemporâneo impulsionou a expansão significativa dos trabalhadores alocados nos setores de serviços, passando a impor condições de existência cada vez mais rebaixadas⁴. Esse novo ‘proletariado de serviços’ está inserido em um contexto socioeconômico desfavorável que o obriga a se sujeitar às condições degradantes de vida e trabalho determinadas pelo cenário contemporâneo⁵.

O contexto de reestruturação produtiva perpassa pela reconfiguração do trabalho que afeta, sobretudo, setores que atuam associados ao uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), tais como trabalhadores de *call centers*, empresas de transporte e, principalmente, serviços mediados por plataformas digitais⁶.

Dentre as categorias que desenvolvem atividades por meio das empresas de plataformas digitais, merecem destaque os entregadores por aplicativos com mais de 170 mil trabalhadores em 2022⁷. Na pandemia da covid-19, houve grande aumento de indivíduos que recorreram ao trabalho mediado por aplicativos, realizando trabalho de grande risco à saúde sem o devido suporte das empresas de plataformas⁸. Somados à alta carga de trabalho, assimetrias na negociação e ausência de proteção social, esses trabalhadores estão ainda

mais vulneráveis às repercussões negativas para a saúde em função do trabalho⁹.

Entre as modalidades de trabalho de entrega, os ciclistas e motociclistas estão mais expostos a riscos, com maior chance de sofrer lesões graves e ir a óbito quando comparados a motoristas de carro^{10,11}. Em Pernambuco, somente em 2023, foram registrados 31.280 acidentes de trânsito entre motociclistas, sendo 13% deles relacionados com o trabalho¹².

Embora a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) seja transversal e atravesse os diversos pontos da rede, a atuação da saúde do trabalhador, muitas vezes, encontra-se centralizada nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que constituem importante dispositivo no Sistema Único de Saúde (SUS) para desenvolvimento de ações nesse campo¹³. Considerando a diversidade do mundo do trabalho, a política prioriza “pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho”¹⁴⁽²⁾. É nesse contexto que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) assume a missão de identificar, analisar e intervir nos diversos fatores que afetam a saúde da população trabalhadora, com enfoque na prevenção de agravos decorrentes das condições de trabalho¹⁴.

Por intermédio deste relato de experiência, busca-se descrever as ações realizadas pelo Cerest Estadual com os entregadores subordinados a aplicativos. As ações realizadas fizeram parte do projeto intitulado ‘Ter saúde é ter direitos’, em alusão ao trabalho precarizado e desprotegido desenvolvido pelos trabalhadores e sua relação direta com as formas de adoecer e morrer decorrente das atividades laborais.

Material e métodos

As ações foram desenvolvidas pelo Cerest Estadual entre 2021 e 2025, tendo como público-alvo trabalhadores que realizam

entregas mediados por empresas-aplicativo e profissionais de saúde.

As atividades foram desenvolvidas por etapas, conforme descrito no *quadro 1* abaixo:

Quadro 1. Etapas das atividades realizadas pelo Cerest Estadual

Projeto 'Ter saúde é ter direitos'	
Etapas	Atividades realizadas
1. Ações preparatórias	Identificação e convite às instituições parceiras Apresentação da proposta inicial das ações Formação de grupos técnicos para discussão e construção das cartilhas temáticas Elaboração de questionário sobre as condições de vida, trabalho e saúde dos trabalhadores
2. Publicação de materiais educativos	Realização de reuniões para validação das cartilhas Elaboração da arte gráfica da campanha e confecção dos materiais a serem distribuídos nas ações de campo Publicação das cartilhas temáticas (versão impressa e digital)
3. Ação de campo com trabalhadores	Aplicação do questionário em pontos de concentração de trabalhadores Distribuição de materiais educativos e de proteção individual
4. Promoção de discussões virtuais e intervenção sobre a categoria	Realização de <i>live</i> temática (saúde dos trabalhadores por aplicativos) Realização de cinedebate (curta-metragem: Vidas Entregues)
5. Orientações aos profissionais e qualificação das informações em saúde	Elaboração de nota técnica orientadora à rede de atenção à saúde para a notificação dos casos de acidentes com entregadores no Sinan e no Sinatt Realização de <i>live</i> temática com orientações sobre a relação de acidentes de trânsito x acidentes de trabalho, com enfoque nos trabalhadores de transporte e entrega por aplicativos Formação da rede estratégica de atenção à saúde, sobretudo de urgência e emergência
6. Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho	Realização de ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho para identificar o cumprimento da lei 14.297/2022
7. Diagnóstico de situação de saúde dos trabalhadores	Elaboração e divulgação da última cartilha, contendo o resultado dos questionários aplicados anteriormente

Fonte: elaboração própria.

Considerando a complexidade da temática, foram mobilizadas instituições parceiras, como Cerest Regionais, Sindicato Estadual dos Trabalhadores de Moto e Bicicleta por Aplicativo, Coordenação de Acidentes e Violências da Secretaria Estadual de Saúde, Grupo Interinstitucional de Prevenção de Acidentes de Trabalho (Getrin) do Tribunal Regional do Trabalho (TRT), Ministério Público do Trabalho (MPT), Escola Pública de Trânsito, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt Estadual), pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Grupo de Trabalho Digital/

Rede de Estudos e Monitoramento da Reforma Trabalhista (Remir – Trabalho) que possuíam afinidade com o tema.

Em todas as etapas, o Cerest Estadual esteve como o órgão central das ações desenvolvidas, atuando como coordenador das atividades. As etapas contaram com a participação do sindicato dos trabalhadores, que representa esta categoria desde 2021, cujos representantes estavam envolvidos desde que atuavam enquanto associação dos trabalhadores – organização que antecedeu a criação do sindicato.

Não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) uma vez que as

intervenções e os levantamentos foram realizados por instituição estatal e fazem parte do escopo de atuação do Cerest, enquadrando-se nas exceções estabelecidas pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)¹⁵.

Resultados e discussão

Ações preparatórias

Em 2021, a partir do aumento exponencial de trabalhadores de entrega por aplicativo, foram mobilizados órgãos que atuassem com a proteção à saúde dos trabalhadores, movimentos sociais e pesquisadores que tivessem experiência com a temática. Esses parceiros foram convocados para uma reunião inicial na qual a proposta foi apresentada.

A partir da manifestação de interesse das instituições, foram pensadas formas de intervenção, com ênfase na Visat. Apesar de a PNSTT abranger todos os trabalhadores, ainda existem dificuldades para realização de atividades de intervenção com trabalhadores informais, uma vez que, nesses casos, o trabalhador assume simultaneamente o papel de empregado e de empregador, sendo responsável pela sua própria segurança e saúde, limitando as possibilidades de transformação às estratégias de sensibilização e às abordagens educativas e não punitivas. A partir desse pressuposto, foram pensadas estratégias de atuação que favorecessem a atuação intersetorial a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos e o diálogo entre técnicos e trabalhadores. Assim, foram planejadas quatro cartilhas temáticas a partir da criação de Grupos de Trabalho (GT) entre áreas afins, para facilitar a idealização e a construção das cartilhas. É válido destacar que, em todos os subgrupos, havia representantes do Cerest Estadual para coordenar o processo de discussão.

Em paralelo, o Cerest Estadual também elaborou questionário a ser aplicado nas ações de

campo. Esse questionário era composto por 97 perguntas divididas em 4 seções: 1) dados sociodemográficos; 2) caracterização do trabalho; 3) cargas de trabalho; e 4) desgaste do trabalho. O questionário tem como base a enquête opéraria¹⁶ e tinha dois objetivos estabelecidos: 1) realizar um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores considerando as condições de vida, saúde e segurança no trabalho dos entregadores; 2) possibilitar processos reflexivos nos trabalhadores considerando o processo de determinação social da saúde.

A discussão do processo saúde-doença relacionado com o trabalho dos entregadores foi pautada nas categorias de cargas de trabalho e desgaste propostas por Laurell e Noriega¹⁷. Para os autores, no capitalismo, o processo de trabalho é intensificado e conduzido pela lógica de acumulação geral do capital, sendo impossível dissociá-la dos riscos presentes nos ambientes de trabalho. Os autores criticam a epidemiologia clássica que não articula as análises dos riscos no trabalho ao processo de acumulação capitalista.

Vianna, Ferreira e Vasconcellos¹⁸ destacam que, apesar de a concepção da saúde do trabalhador emergir tendo como base a centralidade dos trabalhadores, na prática, ainda existem algumas fragilidades em atuar conforme preconizado na metodologia das ações de Visat, tais como a ausência de aprofundamento prévio sobre o trabalho desenvolvido e a incorporação efetiva do trabalhador em todas as etapas da ação. Assim, os materiais desenvolvidos para esse projeto tentaram se contrapor a essa lógica, sendo realizadas discussões à luz de um olhar crítico e com participação do sindicato dos entregadores.

Publicação de materiais educativos

A aproximação com os trabalhadores da categoria ocorreu inicialmente por meio de sua representação formal, à época, realizada por uma associação, que foi convidada a conhecer o projeto e contribuir para a construção das cartilhas e ações temáticas. Posteriormente,

essa associação foi formalizada como sindicato, mantendo desde então um diálogo contínuo e uma parceria ativa com o Cerest Estadual de Pernambuco na execução de ações voltadas à saúde do trabalhador.

Buscando dar visibilidade às ações que seriam realizadas, foi criada uma identidade visual utilizada em todos os materiais confeccionados para o projeto. Assim, o mote ‘Ter saúde é ter direitos’ foi estampado em camisetas, camisas com proteção UV, bonés, *squeezes* e adesivos que foram colados nas *bags* dos entregadores.

O tema da campanha expressa a compreensão ampliada em que o campo saúde do trabalhador emerge, alijando os reducionismos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. A compreensão ainda vincula a saúde dos trabalhadores como um direito humano universal, superando a fragmentação e a restrição do acesso a direitos por frações expressivas da classe trabalhadora.

Os quatro grupos temáticos elaboraram cartilhas, cujos título e conteúdo abordado encontram-se descritos no *quadro 2*.

Quadro 2. Conteúdo das cartilhas que compõem a série temática sobre a saúde dos trabalhadores por aplicativos

Cartilha*	Conteúdo
Cartilha 1 – Onde encontrar apoio na rede de saúde 	• Relação trabalho x saúde • Onde podemos ser atendidos no SUS? • O que é a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)? • Quando um acidente está relacionado ao trabalho? • Notificação de acidentes no SUS • Papel dos Cerest • Quem pode registrar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho? • Orientações para registro de acidentes no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs)
Cartilha 2 – Prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho 	• Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT): – Aspectos gerais da saúde mental – Prevenção de TMRT – Locais de atendimento gratuito • Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER/Dort): – Principais sintomas – Processos de risco – Dicas de alongamento • Acidente de trabalho: – Acidentes típicos e de trajeto – Dados de acidentes de trabalho e de transporte terrestre (Sinatt)
Cartilha 3 – Trânsito seguro 	• Metas globais para segurança no trânsito • Uso de equipamentos de proteção • Normas do Código de Trânsito Brasileiro • Infrações de trânsito • Seguro por Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores Terrestres (DPVAT)

Quadro 2. Conteúdo das cartilhas que compõem a série temática sobre a saúde dos trabalhadores por aplicativos

Cartilha*	Conteúdo
Cartilha 4 – Direito dos trabalhadores por aplicativo 	• Trabalho mediado por plataformas digitais • Trabalho autônomo x carteira assinada • Direitos trabalhistas e previdenciários • Iniciativas nacionais e internacionais de reconhecimento de vínculo • Explicação de termos chave (ex.: subordinação algorítmica, dumping social etc.) • Iniciativas de reconhecimento de vínculo em outros países • Canais para denunciar violação de direitos
Cartilha 5 – Entregando informação 	• Perfil dos trabalhadores que responderam os questionários • Informações sobre jornada de trabalho, renda, meios de transporte utilizado, rotina de trabalho, acesso a benefícios sociais • Adoecimento decorrente do trabalho • Conhecimento e envolvimento com representações e/ou pautas coletivas da categoria

Fonte: elaboração própria.

* As cartilhas encontram-se disponíveis no Google Drive¹⁹.

Todos os materiais descritos neste tópico foram confeccionados com recursos da Secretaria Estadual de Saúde, do Getrin e do MPT.

É válido destacar que, antes da existência das plataformas digitais, as entregas de mercadorias e transporte de passageiros eram realizadas por motofretistas/motoboys e moto-taxistas respectivamente. Algumas legislações dispõem sobre o trabalho desenvolvido por esses profissionais, assegurando um conjunto mínimo de medidas de segurança para os trabalhadores^{20,21}. Após os aplicativos, esse tipo de trabalho passou a ser realizado por qualquer um que se disponibilizasse, sem controle de entrada quanto à experiência prévia, uso de equipamentos adequados e treinamentos. Assim, frequentemente, essa atividade laboral tornava-se alternativa para aqueles que se encontravam desempregados ou iniciando no mercado de trabalho^{10,22}, atuando como uma ‘viração’, na qual o trabalhador assume um trabalho incerto sem identidade definida, e sem a formação técnica necessária para a profissão, sendo um trabalhador amador produtivo

que transita entre bicos em um contexto de informalidade²³.

Ação de campo com os trabalhadores

Na lógica da uberização do trabalho, a exploração do trabalhador é aprofundada e legitimada²⁴, e a sua remuneração é baseada na diferenciação do tempo produtivo e não produtivo da jornada de trabalho²⁵, remunerando somente o primeiro. Nessa lógica de pagamento por produção, o trabalho *just-in-time*²⁴ submete os entregadores a longas jornadas a fim de garantir um mínimo para a sobrevivência, uma vez que estar conectado no aplicativo aguardando uma corrida não garante pagamento²⁶. Associado às extensas jornadas, estão mecanismos de organização do trabalho que buscam intensificá-la, de forma a exigir mais da capacidade biopsíquica desses trabalhadores durante as jornadas, a exemplo da *gamificação*. A articulação entre extensão das jornadas de trabalho e intensificação do trabalho é processo determinante para a

superexploração da força de trabalho e desgaste precoce dela²⁷.

O trabalho de entregas de mercadorias mediado por aplicativos é penoso, expondo os trabalhadores a diversas cargas. Além do evidente risco de acidente de trânsito, relatos de violência verbal e discriminação racial, o medo de assalto e os riscos psicossociais são frequentes entre esses profissionais^{11,28}.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o trabalho por plataformas digitais é um fenômeno predominante urbano, com a maior parte dos trabalhadores residindo na zona urbana²⁹. Portanto, a ação de campo foi realizada na capital do estado, cuja participação do setor de serviços na economia local é relevante, além de existir maior disponibilidade de grandes centros de serviços de alimentação e *delivery* nesse município, facilitando assim o acesso aos entregadores.

Tratando-se da ausência de um local de trabalho fixo e dispersão desses trabalhadores, os pontos de concentração representam importante momento de interação presencial entre eles, sendo um espaço coletivo de descanso e espera dos entregadores, ainda que precários, mas que constituem um dos caminhos para a convivência, sociabilidade e organização dos trabalhadores³⁰.

Nessa etapa, foram elencados dois pontos na capital do estado: uma praça e um *contêiner* localizado dentro de um *shopping*, que funciona como ponto de apoio para os entregadores.

Os locais foram sugeridos pelo sindicato por se tratar de pontos de concentração de trabalhadores já conhecidos pela instituição.

A proposta consistiu em realizar a abordagem enquanto eles aguardavam chamado do aplicativo, ou aguardavam a retirada da refeição que seria transportada, ou ainda durante a pausa que realizavam para se alimentar. Assim, a chance de adesão seria maior, pois não haveria o risco de perder entregas.

A ação ocorreu em dias úteis, próximo ao horário do almoço. A abordagem era realizada por um componente da equipe do Cerest, que se identificava e, em seguida, conversava sobre a possibilidade de responder voluntariamente ao questionário (*figura 1*). Ao final da abordagem, era entregue um *kit* contendo o material produzido (camisa, boné, *squeeze*, adesivos e cartilhas). Caso o trabalhador se recusasse a responder ao questionário, era realizada apenas a entrega do *kit*. No momento das entregas, também eram trabalhadas questões-chave das cartilhas, como a identificação das atribuições da rede de saúde do trabalhador para esses trabalhadores, acesso aos direitos trabalhistas/previdenciários e principais doenças e agravos relacionados ao trabalho que afetam a categoria. Toda a equipe do Cerest que participou da ação foi previamente treinada, de modo a padronizar a abordagem, além de estar acompanhada por representantes do sindicato em todos os dias de ação.

Figura 1. Abordagem de entregador na atividade de campo



Fonte: elaboração própria.

Ao todo, foram entregues mais de 300 kits e respondidos 162 questionários. Os conteúdos dos questionários foram analisados e deram origem à cartilha nº 5, que será descrita na etapa 7.

Ainda que devidamente identificadas, a realização de pesquisas de campo nesses grupos pode gerar desconfiança pelos trabalhadores, sendo fundamental a presença do sindicato para garantir a adesão dos entregadores. Tratando-se de uma condição profissional recente, a organização da categoria é dificultada considerando o trabalho volante que é executado. Apesar disso, o aumento exponencial no volume desses trabalhadores nos últimos anos possibilitou o compartilhamento de experiências entre eles, seja nos locais onde aguardavam as entregas, seja por meio de aplicativos de mensagens e redes sociais, dando

origem às primeiras associações e sindicatos que organizaram manifestações, greves, cooperativas e até espaço jurídico a fim de melhorar as condições de trabalho³¹.

Além da coleta de informações para o diagnóstico de saúde do trabalhador por aplicativo, a ação de campo cumpre papel central entre as atividades do Cerest, promovendo diálogo entre técnicos da saúde do trabalhador e trabalhadores da categoria, com vista à prevenção de agravos e promoção da saúde. As atividades de campo possibilitaram uma reflexão coletiva acerca de questões como as extensas jornadas de trabalho, os mecanismos de intensificação, a transferência dos custos com meios de trabalho, saúde e segurança para os trabalhadores e a importância da organização coletiva para o enfrentamento do processo de precarização social do trabalho.

Promoção de discussões virtuais

A fim de promover reflexões sobre essa nova modalidade de trabalho e a necessidade de discussões dentro do setor saúde sobre os impactos que essa atividade acarreta, foram planejados dois momentos de discussões virtuais sobre a temática.

Considerando a necessidade de adaptar a linguagem utilizada de acordo com o público-alvo, foi realizado um primeiro momento direcionado aos profissionais de saúde dos diversos pontos de apoio na rede: equipes de Cerest Regionais; referências técnicas em saúde do trabalhador nas regiões de saúde e municípios; profissionais das vigilâncias epidemiológicas hospitalares e ambulatoriais especializados, além de outros profissionais interessados.

Participaram da discussão virtual: representantes de instituições públicas e pesquisadores vinculados a grupos de pesquisa sobre o tema. A discussão girou em torno do trabalho desenvolvido pelos entregadores, das vulnerabilidades em que esse trabalho se apresenta e da necessidade de priorização desse público, tanto nas ações da rede estratégica quanto no olhar dos profissionais de saúde que realizarão o atendimento a esses trabalhadores, visando correlacionar o trabalho desenvolvido com as doenças e os acidentes de trabalho.

Discussões nesse sentido são cruciais para ‘apresentar’ ao SUS, especificamente à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renastt), a necessidade de estar atento às novas relações de trabalho e como elas tendem a impactar a saúde desses trabalhadores. Paradoxalmente, um dos públicos com maior risco de adoecer e morrer pelo trabalho ainda é pouco estudado^{11,32}.

Em um segundo momento, foi promovida uma discussão virtual, voltada para o público geral, mas com ênfase nos trabalhadores que realizavam as entregas por aplicativos. Para atingir o objetivo, foi proposto um cinédebate virtual, no qual foi exibido o curta-metragem ‘Vidas entregues’, escrito e dirigido por Renato Biar, que apresenta relatos de entregadores sob

uma perspectiva crítica, expondo as precárias condições de trabalho enfrentadas por essa categoria. Posteriormente à exibição, a discussão contou com a participação do próprio diretor do curta, em conjunto com representante do Cerest Estadual.

A qualificação das equipes de saúde, por meio da educação permanente baseada em conteúdos e experiências específicas, sobretudo na vigilância em saúde, tem se mostrado bastante estratégica¹³. A realização dessas formações em modalidades virtuais possibilita ampliar o alcance, além de possuir maiores facilidades operacionais. Em um contexto pós-pandemia, existe uma boa receptividade de mídias sociais e aplicativos na execução de ações de educação permanente em saúde³³.

Orientação aos profissionais de saúde

As informações epidemiológicas são importantes para direcionar as ações, e os entregadores por aplicativos são uma categoria recente cujas notificações podem gerar dúvidas. Por exemplo, como preencher qual a situação no mercado de trabalho desses profissionais já que não possuem vínculo formal com as plataformas nem têm autonomia no gerenciamento das corridas realizadas? Desse modo, essa necessidade levou às ações propostas nesta etapa.

Para padronizar as orientações para a notificação dos acidentes e doenças ocorridos com os entregadores, a partir de diálogo com o MPT, foi elaborada uma Nota Técnica³⁴ para toda a rede de atenção à saúde localizada no estado, com o enfoque especificamente na ficha de Acidente de Trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e na ficha de Acidentes de Transporte Terrestre do Sistema de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (Sinatt), este último componente singular da vigilância em saúde estadual.

A Nota Técnica padronizou no Sinan o preenchimento dos campos ocupação, contemplando as distintas atividades (entrega

de mercadorias por bicicleta ou motocicleta e transporte de passageiros por motocicleta ou automóvel); situação no mercado de trabalho; dados da empresa contratante; atividade econômica e as informações que se relacionavam com acidente de trabalho no Sinatt, informações que se encontravam frequentemente irregulares e desconstruídas nos referidos sistemas.

Posteriormente à publicação da Nota Técnica, foi iniciada uma série de atividades para divulgação e treinamento das equipes que realizam o atendimento direto às vítimas de acidentes de trabalho relacionados ao trabalho. Para tanto, foi realizada *live* temática discutindo sobre a correlação dos acidentes de trabalho e acidentes de transporte terrestre/trânsito, formação em colegiados de Cerest/referências técnicas de regiões de saúde e colegiados de vigilância epidemiológica hospitalar; além de formação em unidades de urgência e emergência, contemplando os setores de recepção, triagem dos pacientes e epidemiologia. Também foi realizada audiência pública, convocada pelo MPT, que envolveu a rede de atenção à saúde, sindicatos e outras instituições que tinham interface com a temática.

Vigilância de ambientes e processos de trabalho

A realização de ações de Visat, com enfoque na vigilância dos ambientes e processos de trabalho, é um desafio, sobretudo, em atividade informais, uma vez que a transformação dos ambientes e processos de trabalho é atravessada de maneira aguda pela precarização do trabalho. É frágil o arcabouço legal que possibilita as ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho com os trabalhadores por aplicativos, visto que a relação de trabalho com as plataformas digitais não é caracterizada legalmente, mesmo sendo evidenciados os mecanismos de controle e subordinação desses trabalhadores às plataformas.

Com a pandemia da covid-19, foi publicada a lei que tratava sobre medidas de proteção

asseguradas ao entregador que presta serviço por intermédio de empresa de aplicativo de entrega, durante a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) decorrente do coronavírus³⁵. Embora represente um passo inicial na formulação de medidas protetivas para os entregadores por aplicativos, essa lei é alvo de críticas em razão de sua promulgação tardia, considerando que a pandemia da covid-19 teve início dois anos antes da sua publicação. Além disso, seu escopo de aplicação esteve limitado ao período de vigência da Espin, resultando em insegurança e na descontinuidade das medidas protetivas ao tratar como provisório e excepcional um conjunto de garantias que deveria integrar de forma permanente a agenda de proteção social e trabalhista dos entregadores por aplicativos.

Durante o período de vigência da lei, foi possível organizar ações com a Visat no estado, incorporando o Cerest Estadual, Regionais, Vigilância Sanitária e sindicato para verificação do seu cumprimento. Nas inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, foram verificadas informações relacionadas com o contrato de seguro acidente para os trabalhadores plataformizados; comprovação de assistência financeira aos trabalhadores infectados pela covid-19; fornecimento de orientações sobre medidas de prevenção ao coronavírus; disponibilização de máscara e álcool em gel 70% para os trabalhadores, entre outros.

Na ação, foram identificadas irregularidades e dificuldades de comprovação pelas plataformas do disposto em lei, o que evidencia a fragilidade da proteção desses trabalhadores. Os relatórios produzidos foram encaminhados ao MPT por meio de procedimento promocional relacionado à temática.

Diagnóstico de situação de saúde dos trabalhadores

Posteriormente às atividades realizadas, restava analisar e divulgar os dados obtidos por meio dos 162 questionários aplicados na ação de campo. As informações foram

organizadas em formato de cartilha, dando sequência à série temática apresentada na etapa 2. Publicada em 2025, essa última cartilha reúne informações sobre: condições socioeconômicas dos trabalhadores, jornada de trabalho, remuneração, distância diária percorrida, consumo de água, penalizações sofridas, queixas de saúde, acidentes de trabalho, luta sindical etc., representando importante instrumento de diagnóstico da situação dos entregadores na região. Entre os dados levantados, destaca-se que 98,8% são homens, 74,1% são negros e 40,1% tinham entre 18 e 24 anos.

Embora os entregadores sejam majoritariamente homens, existe uma parcela de mulheres que começa a se fazer presente nessa categoria. Às mulheres que realizam entregas por aplicativos, somam-se outras camadas de risco, tais como discriminação e assédio por parte dos clientes e demais entregadores^{10,26}. Ademais, são frequentes as queixas de ausência de efetividade na comunicação com o aplicativo para relatar situações de constrangimento e assédio¹⁰.

Assim como o processo de feminização nas diversas categorias profissionais não foi seguido por igualdade salarial e de carreira entre homens e mulheres, a desigualdade presente no trabalho informal se expressa para questões que vão além do ambiente de trabalho³⁶. Em consonância com o que Abílio³⁷ chama de ‘polivalência precária’, a sobrecarga feminina na esfera reprodutiva traz a figura da mulher como responsável por cuidados com a casa e criação de filhos, e limita, por exemplo, a realização de jornadas de trabalho em horários alternativos ou período de tarifa dinâmica.

O projeto aqui relatado foi iniciado durante a pandemia da covid-19, época na qual o serviço de entrega foi considerado atividade essencial, ocasionando grande aumento dessa demanda para conter a disseminação do vírus²⁸. Embora essa atividade tenha atraído mão de obra e ampliado o lucro das empresas que ‘mediam’ esse serviço por plataformas digitais, isso não refletiu em mudanças de

proteção significativas para os trabalhadores³⁸. As condições precárias de trabalho permaneceram ou agravaram-se, com longas e exaustivas jornadas, trabalho intensificado, somadas ao risco de contaminação e ao não fornecimento adequado de medidas de controle do vírus, como orientações e fornecimento de máscaras e álcool em gel, levando muitos entregadores a realizarem essa aquisição por conta própria^{38,39}. O fato das ações desenvolvidas terem sido coordenadas pelo Cerest Estadual, órgão do setor saúde e que, portanto, manteve a maior parte das suas atividades durante a pandemia, facilitou a continuidade das ações.

É relevante salientar que a área de saúde do trabalhador está imbricada no meio do conflito entre o capital e o trabalho, o que pode acarretar desafios pertinentes a esse local de atuação. Ribeiro e Pinheiro⁴⁰ destacam que, na epidemiologia aplicada à saúde do trabalhador, é crucial a “superação da investigação a partir de objetos isolados, demandando novas categorias de análise explicativas para o processo saúde-doença-cuidado”⁴⁰⁽⁷⁾.

Apesar de as ações relatadas abrangerem diferentes frentes de atuação, sua execução enfrentou desafios significativos, como limitações financeiras, restrições de disponibilidade das instituições envolvidas e a complexidade de atuar com trabalhadores informais, que, além de desprotegidos, não possuem local fixo de trabalho. Nesse cenário, o envolvimento de servidores efetivos do Cerest Estadual foi essencial para garantir a continuidade das ações ao longo dos anos, mesmo diante da rotatividade de profissionais, comum nos serviços públicos. Além disso, impulsionada pelo debate promovido na 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – especialmente no eixo que trata das novas relações de trabalho –, foi realizada, em 2025, a 1ª Conferência Livre Estadual de Saúde do Trabalhador dos Entregadores por Aplicativo, reunindo 76 trabalhadores e promovendo a discussão de propostas e demandas prioritárias da categoria.

Considerações finais

Os entregadores por aplicativos compreendem um grupo de trabalhadores que apresentam grandes repercussões à saúde por desempenhar uma atividade exaustiva de modo precarizado, devendo ser alvo de priorização de ações da saúde do trabalhador conforme preconiza a PNSTT.

Os Cerest possuem um papel de destaque nesse enfrentamento, exercendo a função de coordenador de projetos para a saúde dos trabalhadores no âmbito da sua área de abrangência. Considerando que o trabalho mediado por plataformas envolve aspectos diversos que vão impactar na saúde dos trabalhadores, é necessário tratá-lo como um desafio que exige uma abordagem intersetorial, mobilizando instituições que lidam com a temática da saúde e segurança do trabalhador, e, principalmente, das representações de trabalhadores. A partir dessas articulações foi possível desenvolver ações em diversas frentes: elaboração de material educativo e documentos normativos, formação para a rede de saúde, diálogo com os trabalhadores, ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, elaboração de diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores e discussões em diversos espaços. Foi possível obter êxito nas ações desenvolvidas no estado, sobretudo pelo envolvimento do sindicato dos trabalhadores enquanto instituição engajada e atuante.

O caso aqui retratado se refere à saúde dos entregadores por aplicativos, mas é crucial destacar que os caminhos do trabalho precarizado não se restringem a esses trabalhadores, colocando em risco a segurança de diversas outras categorias profissionais na lógica do trabalho sob demanda e pagamento por produção. A

adoção de novas tecnologias no mundo laboral, com vínculos flexíveis e trabalhos cada vez mais precários, compõe um grande desafio na execução de políticas públicas em saúde.

Diante do exposto, resta apontar alguns direcionamentos diante desse cenário. A priorização de categorias profissionais vulneráveis deve ser impulsionada nacionalmente, de modo a criar modelos para possíveis abordagens no âmbito do SUS, com destaque à atuação com trabalhadores informais, resguardando as particularidades de cada território e a complexidade do trabalho de cada categoria. O diálogo com sindicatos, associações e outras representações de trabalhadores deve ser condição estruturante, a fim de que sejam desenvolvidas ações de saúde condizentes com as reais necessidades identificadas, e para que haja uma perspectiva concreta de transformação da realidade, e não um burocrático cumprimento institucional de atividades.

Colaboradores

Campos AG (0000-0002-1085-9236)* colaborou para elaboração e concepção do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Lira PVRA (0000-0002-8588-839X)* contribuiu para escrita, coleta e análise dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Sá TAB (0009-0001-5652-9718)* e Correia RLS (0009-0000-1712-1982)* contribuíram para concepção do trabalho, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)* contribuiu para revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Augusto LGS, Gurgel AMM, Campos AG, et al. Análise da ordem constitutiva da determinação socioambiental do benzenismo em trabalhadores: revisitando o caso de Cubatão, SP, Brasil. *Sust Debate*. 2018;9(1):136-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.18472/SustDeb.v9n1.2018.27012>
2. Souza DO. Saúde dos trabalhadores: análise ontológica da 'questão' e do 'campo' [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_8cab5f18d3e4827b4a90263f5c977bef
3. Souza KR, Santos GB, Gomes L, et al. Desafios contemporâneos da saúde do trabalhador. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(12):5866. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.19042021>
4. Fontes V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx Marxismo*. 2017;5(8):120-143. DOI: <https://doi.org/10.62782/2318-9657.2017.220>
5. Zavarizzi CDP, Alencar MDCB. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort. *Saúde debate*. 2018;42(116):113-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811609>
6. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc*. 2015;(123):407-427. DOI: <https://doi.org/110.1590/0101-6628.030>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Continua: teletrabalho e trabalho por plataformas digitais, 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
8. Rebechi CN, Figaro R, Salvagni J, et al. Plataformização do trabalho de entregadores no contexto da pandemia de covid-19 confronta os princípios do trabalho decente da OIT. *Rev Eletr Comun Inf Inov Saúde*. 2022;16(3):642-57. DOI: <https://doi.org/10.29397/re-ciis.v16i3.3166>
9. Masson LP, Oliveira LP, Lima K, et al. "Parceiros" assimétricos: trabalho e saúde de motoristas por aplicativos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(12):5915-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14652021>
10. Central Única dos Trabalhadores, Secretaria de Relações Internacionais; Instituto Observatório Social. Condições de trabalho, direitos e diálogo social para trabalhadoras e trabalhadores do setor de entrega por aplicativo em Brasília e Recife. São Paulo: Central Única dos Trabalhadores; 2021. 252 p. (Projeto de Cooperação OIT).
11. Rodrigues NLPR, Moreira AS, Lucca SDR, et al. O presente e o futuro do trabalho precarizado dos trabalhadores por aplicativo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(11):e00246620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246620>
12. Secretaria Estadual de Saúde (PE). Sistema de Informação sobre Acidente de Transportes Terrestres. Informe Especial – Edição Motociclista [Internet]. 2024 [acesso em 2025 fev 25];2(1). Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Informe%20Ed%20especial%20motociclista%202024%20%282%29.pdf?utm_source=chatgpt.com
13. Hennington ÉA, Santos GB, Pasche DF. Dez anos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os desafios da formação para (trans)formação do trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2024;49:e4. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/21622pt2024v49e4>
14. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 ago 24 [acesso em 2025 jul 17]; Edição 165; Seção I:46. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23.08.2012.html
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.

16. Alves JCL, Filho JMJ. Trabalho, saúde e formação política na enquete operária de Marx. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):13-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00044>
17. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.
18. Vianna LCR, Ferreira AP, Vasconcellos LCF, et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. *Saúde debate*. 2017;41(114):786-800. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711409>
19. Google Drive [Internet]. Local desconhecido; 2025. Cartilhas Saúde do Trabalhador; 2025 [acesso em 2025 jul 7]. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1VJE6c5XifX22la5x41wg-WH0gSC5VtUs>
20. Presidência da República (BR). Lei nº 12.009, de 29 de julho de 2009. Regulamenta o exercício das atividades dos profissionais em transporte de passageiros, “mototaxista”, em entrega de mercadorias e em serviço comunitário de rua, e “motoboy”, com o uso de motocicleta, altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, para dispor sobre regras de segurança dos serviços de transporte remunerado de mercadorias em motocicletas e motonetas – moto-frete –, estabelece regras gerais para a regulação deste serviço e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2009 jul 30; Seção I:4.
21. Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN). Resolução nº 930, de 28 de março de 2022. Dispõe sobre a regulamentação do curso especializado obrigatório para profissionais em transporte de passageiros (mototaxista) e entrega de mercadorias (motofretista) que exerçam atividades remuneradas na condução de motocicletas e motonetas [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 1 abr 2022 [acesso em 2025 jul 17]; Seção 1, p. 119121, Disponível em: <https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/conteudo-contran/resolucoes/Resolucao9302022.pdf>
22. Feffermann M, Luz LCX, Ferreira MDM. O trabalho de jovens entregadores por aplicativos em tempos de pandemia. *Civitas, Rev Ciênc Soc*. 2023;23:e-42494. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2023.142494>
23. Abílio LC. Uberização do trabalho: subsunção real da viração. Blog da Boitempo [Internet]. 22 fev 2017 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <https://blog-daboitempo.com.br/2017/02/22/uberizacao-do-trabalho-subsuncao-real-da-viracao/>
24. Abílio LC. Uberização: a era do trabalhador just-in-time? *Estud Av*. 2020;34(98):111-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.008>
25. Abílio LC, Santiago SM. Dossiê das violações dos direitos humanos no trabalho uberizado: o caso dos motofretistas na cidade de Campinas [Internet]. Campinas: Diretoria Executiva de Direitos Humanos, Universidade Estadual de Campinas; 2024 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://direitoshumanos.unicamp.br/noticias/2024/04/17/dossie-das-violacoes-dos-direitos-humanos-no-trabalho-uberizado-o-caso-dos-motofretistas-na-cidade-de-campinas/>
26. Rodrigues NLP, Lucca SR. Precarização do trabalho em plataformas digitais: narrativas de desgaste e desalento de motoristas e entregadores. *Saúde debate*. 2024;48(143):e9270. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439270P>
27. Lira PVRA, Gurgel IGD, Albuquerque PCCA, et al. Superexploração e desgaste precoce da força de trabalho: a saúde dos trabalhadores de confecção. *Trabalho Educ Saúde*. 2020;18(3):e00275107. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00275>
28. Festi RC, Lapa RS, Carvalho BV. Condições de trabalho e saúde de entregadores por aplicativos no Distrito Federal. *Polít Trab*. 2023;(58):237-251. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1517-5901.2023v1n58.62440>
29. International Labour Organization. Digital labour platforms and the future of work: Towards decent work in the online world International Labour Office [Internet]. Geneva: ILO; 2018 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_645337.pdf
30. Borges PB. A relação entre points e consciência de classe para os entregadores por aplicativos

vo. *Laborare*. 2023;6(10):191-211. DOI: <https://doi.org/10.33637/2595-847x.2023-183>

31. Souza LS. O “Breque dos Apps”: resistência dos entregadores de aplicativos à precarização platformizada. *Temporalis*. 2023;23(45):201-16. DOI: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2023v23n45p201-216>
32. Fernandes RCP, Siqueira JS, Santos MF, et al. Precarious work and methodological challenges to study hard-to-reach populations. *Rev Saúde Pública*. 2024;58:12. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005470>
33. Meirelles F, Teixeira VMF, França T. Uso do WhatsApp para suporte das ações de educação na saúde. *Saúde debate*. 2022;46(133):432-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213313>
34. Secretaria Estadual de Saúde (PE). Nota Técnica Conjunta nº 01/2024: Orientações à rede de saúde sobre a notificação de acidentes de trabalho relacionados a trabalhadores por aplicativos [Internet]. Recife: SES-PE; 2024 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://vigilanciainiciativa.blogspot.com/2024/06/nota-tecnica-conjunta-n012024.html>
35. Presidência da República (BR). Lei nº 14.297, de 5 de janeiro de 2022. Institui medidas de proteção para entregadores que prestem serviços por intermédio de empresa de aplicativo de entrega durante a vigência de emergência em saúde pública decorrente da pandemia de covid-19. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, DF. 2022 jan 6; Edição 4; Seção I:1. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=06/01/2022&totalArquivos=66>
36. Segnini L. O que permanece quando tudo muda? Precariedade e vulnerabilidade do trabalho na perspectiva sociológica. *Cad CRH*. 2011;24(64):69-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400006>
37. Abílio LC. O make up do trabalho: uma empresa e um milhão de revendedoras de cosméticos [tese na Internet]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2011 [acesso em 2025 fev 15]. 307 p. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/795542>
38. Projeto Caminhos do Trabalho. Levantamento sobre o trabalho dos entregadores por aplicativos no Brasil [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2020 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatório-de-Levantamento-sobre-Entregadores-por-Aplicativos-no-Brasil.pdf>
39. Abílio LC, Almeida PF, Amorim H, et al. Condições de trabalho de entregadores via plataforma digital durante a COVID-19. *Rev Jurídica Trabalho Desenv Humano*. 2020;3. DOI: <https://doi.org/10.33239/rjtdh.v.74>
40. Ribeiro FSN, Pinheiro TMM. A Epidemiologia e a área de Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2024;49:edepi18. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/20322pt2024v49edepi18>

Recebido em 31/03/2025

Aprovado em 08/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Juliana Moura Corrêa



A fadiga no trabalho: uma análise histórica das relações de trabalho

Fatigue at work: A historical analysis of labor relations

Helder Matheus Alves Fernandes¹, José Jackson Coelho Sampaio¹, Zilda Maria Menezes Lima¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210416P

RESUMO A obra ‘História da fadiga: da Idade Média aos nossos dias’, de Georges Vigarello, apresenta um panorama histórico da construção social da fadiga, evidenciando como o entendimento desse fenômeno acompanha as transformações nas formas de trabalho e nas exigências sociais. A partir de uma perspectiva cronológica, o autor analisa desde a valorização do cansaço físico na Idade Média até a medicalização e a invisibilização da fadiga psíquica na contemporaneidade. A obra demonstra como o cansaço deixou de ser visto como um sinal de virtude e passou a representar um obstáculo à produtividade no modelo capitalista. Nesse processo, a fadiga foi naturalizada, sobretudo entre trabalhadores em contextos precarizados, sem a devida atenção aos seus efeitos sobre a saúde física e mental. Embora a análise seja majoritariamente descritiva, a abordagem histórica de Vigarello permite compreender a fadiga como fenômeno político e estrutural, vinculado à lógica da exploração laboral. A obra contribui para reflexões atuais sobre o direito à saúde no trabalho, destacando a urgência de políticas públicas que considerem não apenas as demandas físicas, mas também os impactos emocionais e subjetivos do trabalho nas sociedades modernas.

PALAVRAS-CHAVE Fadiga. Trabalho. Resenha. Saúde ocupacional. Saúde mental.

ABSTRACT The book ‘The history of fatigue: From the Middle Ages to the present day’, by Georges Vigarello, presents a historical overview of the social construction of fatigue, highlighting how the understanding of this phenomenon has evolved alongside changes in labor practices and social demands. From a chronological perspective, the author examines the valorization of physical exhaustion in the Middle Ages through to the medicalization and invisibilization of psychological fatigue in contemporary times. The book shows how tiredness, once seen as a sign of virtue, has come to represent an obstacle to productivity within the capitalist model. In this process, fatigue has been naturalized—especially among workers in precarious conditions—without proper attention to its effects on physical and mental health. Although largely descriptive, Vigarello’s historical approach enables a deeper understanding of fatigue as a political and structural phenomenon, intrinsically linked to the logic of labor exploitation. The work contributes to current reflections on the right to health in the workplace, emphasizing the urgency of public policies that address not only physical demands but also the emotional and subjective impacts of labor in modern societies.

KEYWORDS Fatigue. Labor. Review. Occupational health. Mental health.

¹Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.
heldermatheus10@hotmail.com

EM 'HISTÓRIA DA FADIGA: DA IDADE MÉDIA aos nossos dias', Georges Vigarello oferece uma análise detalhada das mudanças na compreensão da fadiga, conceito apresentado pelo autor que compreende fenômeno complexo, vinculando-a a mudanças sociais, culturais e históricas. Além disso, explora como a fadiga evoluiu ao longo dos séculos, de uma condição natural e aceitável na Idade Média para uma problemática a ser controlada e superada na modernidade¹.

Assim, a fadiga é reinterpretada tanto como uma limitação quanto como um reflexo das exigências da sociedade contemporânea. Relata como o fenômeno evoluiu de uma manifestação predominantemente física para uma experiência que também abrange aspectos psicológicos e emocionais. Essas transições refletem diretamente as transformações nas relações de trabalho ao longo do tempo, particularmente em relação ao impacto dessas relações na saúde do trabalhador.

Entre os principais efeitos dessa nova configuração no mundo do trabalho, estão o excesso de jornada, a falta de recursos humanos, a sobrecarga de tarefas e a baixa remuneração. Tais fatores, interligados, por vezes exacerbados pelas condições precárias de trabalho e exigências do capital, criam uma ambiência propícia para o desencadeamento de diversos problemas de saúde tanto físicos quanto psicológicos². Essa demanda leva à condição chamada *burnout*, um esgotamento emocional que afeta não só a produtividade, mas também a qualidade de vida dos trabalhadores³.

No entanto, ao longo dessa evolução, a questão central do livro permanece a mesma: a fadiga como um reflexo das exigências do trabalho, seja no campo físico, seja no intelectual ou emocional, e as consequências desse desgaste para o trabalhador, que muitas vezes é negligenciado em termos de cuidado e reconhecimento.

Assim, em uma perspectiva da longa duração, o autor inicia sua análise na Idade Média, em que o conceito de fadiga estava intimamente ligado à exaustão física, relacionada

principalmente com o trabalho manual e com os esforços exigidos pelas condições de vida e pelas guerras. Nesse período, o cansaço físico era frequentemente visto como um sinal de virtude, um meio de purificação ou de obtenção de dignidade, especialmente no contexto religioso, no qual o esforço físico também era associado à redenção espiritual.

A fadiga, portanto, pode ser entendida não apenas como um sintoma de desgaste, mas também como uma forma de alcançar um objetivo mais elevado. Nesse contexto, a exaustão do corpo era exaltada e, de certa forma, valorizada. Contudo, essa visão estava distante da realidade de muitos trabalhadores, cujas vidas eram marcadas por condições de trabalho duras e sem o devido reconhecimento da importância do seu trabalho, posto que as atividades agrícolas e manuais por exemplo, eram totalmente desqualificadas⁴.

Com a chegada da modernidade, as relações de trabalho começaram a mudar substancialmente, com o advento da Revolução Industrial e a crescente ênfase na produtividade, tão essencial para o capitalismo. Nesse novo cenário, a fadiga é apontada pelo autor também no plano psicológico e emocional.

A obra de Vigarello reflete uma crítica importante acerca dos modos como a fadiga foi tratada de maneira desigual ao longo dos processos históricos. Na sociedade medieval, a fadiga do trabalhador era, em grande parte, invisível ou desconsiderada, uma vez que as classes sociais mais baixas eram frequentemente vistas como destinadas a trabalhar arduamente, sem que houvesse qualquer preocupação com sua recuperação ou bem-estar. Ao mesmo tempo, o sofrimento físico e mental das classes altas, muitas vezes exaltado por sua relação com o trabalho intelectual ou administrativo, passava despercebido ou era, em certo sentido, considerado até um mérito.

A evolução das relações de trabalho na modernidade, caracterizada pela crescente intelectualização e mecanização das funções, não melhorou substancialmente as condições dos trabalhadores mais humildes. Pelo contrário,

os trabalhadores começaram a sofrer com a exaustão física e com o desgaste mental, este gerado pela pressão incessante por produtividade, sem uma devida valorização dos desdobramentos dessas condições sobre sua saúde. Tal fato evidencia a desconexão entre os direitos trabalhistas e as condições de vida dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde, que não era tratada como um direito humano essencial, mas sim como um privilégio de poucos^{5,6}.

No contexto contemporâneo, a obra de Vigarello nos leva a concluir que a saúde do trabalhador ainda é frequentemente tratada como um bem secundário, subordinado à necessidade de gerar lucro e produtividade. A sobrecarga mental e emocional dos trabalhadores, exacerbada pela crescente demanda de trabalho cognitivo e pela pressão para ser constantemente produtivo, origina um novo tipo de fadiga – uma fadiga invisível, mas igualmente debilitante. Nesse cenário, a saúde do trabalhador, especialmente no que diz respeito ao bem-estar psicológico, torna-se uma questão de direitos humanos que ainda não é devidamente reconhecida e respeitada.

Assim, o autor enfatiza que a fadiga, em suas diversas formas, precisa ser compreendida como um fenômeno que atinge todos os trabalhadores. Seu reconhecimento enquanto condição que põe em risco a saúde da pessoa que trabalha é uma questão de justiça social e de respeito aos direitos humanos.

Ela não deve ser encarada como algo normal ou aceitável dentro das condições de trabalho, mas sim como um sintoma das desigualdades

estruturais que existem dentro da sociedade e do mundo do trabalho⁷. A saúde do trabalhador precisa ser encarada como um direito fundamental, que deve ser garantido por políticas públicas eficazes, que levem em consideração não apenas as condições físicas do labor diário, mas também o impacto emocional e psicológico que as exigências por produtividade, exerce sobre os indivíduos⁸.

A obra de Vigarello oferece contribuição ao apresentar, por meio de uma perspectiva histórica, como a fadiga foi sendo ressignificada conforme as transformações sociais e produtivas. Essa abordagem permite compreender a fadiga como fenômeno político, estruturado por relações de poder e desigualdade. Portanto, a obra propõe uma reflexão histórica profunda acerca de antigas e novas formas de trabalho com suas exigências e seus impactos diretos na saúde dos trabalhadores, além de oferecer subsídios relevantes para pensar, na atualidade, em políticas públicas e práticas de cuidado que reconheçam a saúde do trabalhador como um direito fundamental.

Colaboradores

Fernandes HMA (0000-0003-2068-9071)* contribuiu para concepção do trabalho, análise e interpretação do fenômeno, redação e aprovação da versão final do artigo. Sampaio JJC (0000-0003-4364-524X)* e Lima ZMM (0000-0003-2252-7455)* contribuíram para revisão crítica e intelectual, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Vigarello G. História da fadiga: da Idade Média aos nossos dias. Petrópolis: Editora Vozes; 2022. 560 p.
2. Gomez CM, Thedim-Costa SMF. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 1999;4(2):411-421. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200015>
3. Lima LAO, Junior-Domingues PL, Gomes OVO. Saúde mental e esgotamento profissional: um estudo qualitativo sobre os fatores associados à síndrome de burnout entre profissionais da saúde. *Boca*. 2023;16(47):1-15. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10198981>
4. Esteves GGL, Leão AAM, Alves EO. Fadiga e Estresse como preditores do Burnout em Profissionais da Saúde. *Rev Psicol Organ Trab*. 2019;19(3):1-15. DOI: <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.3.16943>
5. Santana PM. Dependência e superexploração do trabalho no capitalismo contemporâneo. Brasília, DF: Ipea; ABET; 2013. 130 p.
6. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(122):229-248. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>
7. Pochmann M. Desestabilização do trabalho. *Saúde debate*. 2018;42(Esp 3):67-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S306>
8. Silva JA, Fazan LC, Brito DCD. A eficácia das políticas públicas de saúde brasileira para a efetivação do direito fundamental à saúde. *Início: Arquivos*. 2018;9(2):15-35.

Recebido em 27/03/2025

Aprovado em 30/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Cristina Strausz

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO preprints. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de

publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A

integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aporem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados

etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o 'Manual de Normalização de Referências' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de

obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por e-mail, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo – Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

Authors' Guidelines

Instructions for preparing and submitting articles

UPDATED MAY 2023

EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.

RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org. These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at http://www.icmje.org/urm_main.html. 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata – List of Contributors – Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright – writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

Types of texts accepted for publication

Original article: The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

Essay: A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

Systematic or integrative review: Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

Opinion article: Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

Case study: Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

Critical review: Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

Interview: Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

Document and testimonial: Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

The text should include

On the first page:

Title: that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

Keywords: at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: www.decs.bvs.br.

Registration of clinical trials: 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

In the text body:

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

Introduction: with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

Material and methods: described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

Results and discussion: can be presented together or in separate items.

Conclusions or final considerations: which depend on the research type.

References: should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

OBSERVATIONS

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

ERRATA:

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

COMPLAINTS AND APPEALS:

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION

1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

3. Open Science Compliance Form – SciELO

Authors must complete the form: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx, and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL

1. Spelling and Grammar Review Declaration

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

2. Translation Declaration

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

PRIVACY POLICY

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

Directrices para los autores

Instrucciones para preparar y enviar artículos

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta – SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como ‘Componentes del artículo – Documento adicional’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La revista adopta los ‘Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas’ recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La ‘Saúde em Debate’ sigue la ‘Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica’ de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

Ética en la investigación con seres humanos

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008, de la Asociación Médica Mundial; además de cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección ‘Material y métodos’, el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

Política antiplagio

La revista ‘Saúde em Debate’ adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

Conflicto de intereses

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

Autoría y contribución

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: ‘Introducir los metadatos – Autoría y colaboradores/as – Añadir colaborador/a’, conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem ‘Colaboradores’, ubicado antes de las referencias.

Financiación

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista ‘Saúde em Debate’ cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiado total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista ‘Saúde em Debate’, en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: www.sau-deemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

Tipos de textos aceptados para publicación

Artículo original: resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

Ensayo: análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

Informe de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

Entrevista: texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

Documento y testimonio: trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

El texto debe contener

En la primera página:

Título: expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

Resumen: en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras clave: al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

Introducción: con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

Material y métodos: descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Resultados y discusión: pueden presentarse juntos o en ítems separados

Conclusiones o consideraciones finales: depende del tipo de investigación realizada.

Referencias: deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx, y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9207943886703570> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – e-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1758817428057120> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – e-mail: carina.revisao@cebes.org.br
Luiza Nunes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9703261480379007> – <https://orcid.org/0009-0004-3644-644X> – e-mail: luizapnunes@gmail.com

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> – ritalloureiro@gmail.com

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)
André Luiz Frizon Faust (inglês/english)
Jean Pierre Barakat (inglês e espanhol/english and spanish)
Lígia Girão (inglês/english)
Luiza Nunes (normalização/normalization)
Marília Daniele Soares Vieira (espanhol/spanish)
Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Diadorim
Directory of Open Access Journals (Doaj)
Capes Periódicos
Google Acadêmico
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Migulin – Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras
Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências
Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos

**CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)****DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2025-2026)****NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)**

Presidente: Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
André Luiz da Silva Lima e Mello
Alcides Silva de Miranda
Claudia Maria de Rezende Travassos
Itamar Lages

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Iris da Conceição
José Leonidio Madureira de Sousa Santos (presidente)
Maria Lúcia Freitas Santos
Suplentes | Substitutes
Ana Taisa da Silva Falcão
Camila Ramos Reis
Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Carlos Octávio Ocké Reis
Dália Elena Romero Montilla
Danilo Aquino Amorim
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jamilli Silva Santos
José Carvalho de Noronha
Lizaldo Andrade Maia
Luísa Regina Pessoa
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Ronaldo Teodoro dos Santos
Ronaldo De Souza Costa

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de
Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes –
n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de
Saúde, Cebes, 2025.

v. 49. n. Especial 2; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de
Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br