

À DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: CONTRADIÇÕES, DESAFIOS E OPORTUNIDADES

Autor de

correspondência:

Vanessa Cristine Ribeiro

Fredrich

vaneribeirof@gmail.com

Recebido: 05 nov. 2025

Aprovado: 16 jan. 2026

[https://doi.org/10.14295/2764-4979-](https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.2025.v5.175)


RC_CR.2025.v5.175

Copyright: Artigo de acesso aberto, sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC), que permite copiar e redistribuir, remixar, transformar e criar a partir do trabalho, desde que sem fins comerciais. Obrigatória a atribuição do devido crédito.



Vanessa Cristine Ribeiro FREDRICHⁱ  

Amanda NAVARROⁱⁱ  

Maria Carolina Lobo da Silva LEALⁱⁱⁱ  

Resumo

A trajetória histórica que conduz da medicina do trabalho à saúde do trabalhador expressa um processo de disputas epistemológicas, políticas e ideológicas sobre o sentido da saúde e do papel do trabalho na produção e reprodução da vida. A medicina do trabalho, surgida na Inglaterra industrial do século XIX, estruturou-se como instrumento de mediação entre capital e trabalho, voltada a garantir a produtividade e a adaptação do corpo operário às exigências do processo produtivo. A saúde ocupacional emerge no contexto das transformações industriais ocorridas durante e após a Segunda Guerra Mundial, marcadas pelo crescimento acelerado da produção e pela intensificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Em resposta a essas demandas, o modelo amplia o enfoque estritamente médico da medicina do trabalho e incorpora saberes da engenharia, da toxicologia e das ciências sociais aplicadas, dando origem a uma atuação multiprofissional e interdisciplinar. Nas décadas de 1960 e 1970, movimentos de trabalhadores impulsionaram a crítica ao modelo medicalizado e individualizante, abrindo espaço para a saúde do trabalhador, que surge baseada nos pressupostos da medicina social latino-

ⁱFaculdade Pequeno Príncipe – FPP, Curso de Graduação em Medicina, Disciplina de Medicina de Família e Comunidade. Curitiba, PR, Brasil.

ⁱⁱSecretaria de Saúde do Estado do Paraná – SES/PR, Escola de Saúde Pública do Paraná – ESPP, Divisão de Ensino Superior. Curitiba, PR, Brasil.

ⁱⁱⁱSecretaria de Saúde do Estado do Paraná – SES/PR, Centro Estadual Saúde do Trabalhador – CEST, Setor de Informação e Análise de Situação. Curitiba, PR, Brasil.

americana, reconhecendo o trabalho como central no processo saúde doença. Apesar desse histórico de lutas, a saúde do trabalhador ainda se configura em um campo desconhecido pelos próprios trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS, mesmo os que atuam na saúde coletiva. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída apenas em 2012, ainda se desenvolve de forma paralela e, em grande medida, desarticulada das demais políticas de saúde que compõem o SUS. Como exemplo, mencionamos as ações para promoção da saúde que incentivam a adoção de um “estilo de vida saudável”, o que inclui alimentação adequada, atividade física regular, cessação de tabagismo, redução do consumo de álcool e redução dos níveis de estresse. Como efetivar essas práticas sem a identificação dos fatores que incentivam ou dificultam a adoção e manutenção desses hábitos? Como compatibilizar um “estilo de vida saudável” a jornadas de trabalho como as impostas pela escala 6x1? Como reduzir o estresse no ambiente de trabalho se a lógica que predomina, inclusive nos serviços de gestão da saúde no âmbito do SUS, é a da produtividade e da cultura do assédio - que, longe de ser cultural, representa um instrumento de coerção e disciplinamento da força de trabalho frente à necessidade de aumento de sua exploração na atual fase de desenvolvimento do capitalismo? Apesar da pasta, dentro do SUS, receber formalmente o nome de “saúde do trabalhador”, o que poderia apontar para um reconhecimento da centralidade do trabalho no processo saúde doença, a visão que predomina é a dos determinantes sociais da saúde, alinhada à Organização Mundial da Saúde, e, portanto, reducionista em relação aos processos que determinam o adoecimento da classe trabalhadora. Dados da plataforma “*Smartlab*” registram um crescente número de notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – SINAN, com o dobro de registros em 2024 comparado a 2022, contabilizando mais de 4800 notificações no país. Ainda que as normativas do Ministério da Saúde – MS identifiquem os fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho, como jornadas excessivas, assédio, pagamento por produção, dentre outros, as propostas de intervenção, com frequência, apontam para ações

individuais, pautadas no autocuidado e auto gerenciamento do estresse ou modificações no meio ambiente de trabalho na lógica da saúde ocupacional. Não por acaso, ao buscar informações sobre a prevenção do *burnout* em páginas do MS, é possível identificar recomendações como “evitar o contato com pessoas **negativas**, especialmente aquelas que reclamam do trabalho ou dos outros”, negando completamente o caráter coletivo e estrutural desse adoecimento. É frequente, ao desenvolvermos capacitações sobre saúde do trabalhador a profissionais da Rede de Atenção à Saúde, a identificação de casos de adoecimentos relacionados ao trabalho, sobretudo sofrimento mental, dentre os próprios trabalhadores, que, não raras vezes, estão submetidos a precarizações e jornadas de trabalho tão extenuantes quanto as da população que atendem. Apesar disso, a lógica individualizante do sistema capitalista e a falta de consciência de classe podem, de forma contraditória, mas não inesperada, dificultar o reconhecimento do sofrimento alheio e sua relação com o trabalho, reproduzindo em condutas “o interesse do patrão”, manifesto, por exemplo, na negação de atestados médicos ou na negação da relação entre adoecimento e trabalho por quem teria o dever de primar pela saúde do trabalhador. Do mesmo modo, é possível perceber a contradição da efetivação de uma Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em um cenário de desvalorização do servidor público e de fragilidade de vínculos empregatícios na própria força de trabalho do SUS, seja na assistência à saúde, seja na gestão. A disputa de consciência pela defesa da saúde do trabalhador, em detrimento da saúde ocupacional ou medicina do trabalho, se dá mesmo perante os pares do serviço público, colegas profissionais da saúde e própria população atendida que, reproduzindo a ideologia da classe dominante, culpabilizam o trabalhador mutilado ou naturalizam e romantizam o trabalho infantil. Cabe apontar que esse suposto desalinhamento entre a identificação dos processos que adoecem a classe trabalhadora e as propostas para mitigá-los no âmbito das políticas de saúde do SUS não se trata de um equívoco, senão do próprio caráter do Estado enquanto responsável pela defesa dos interesses da classe dominante. Caráter esse explicitado desde a criação do SUS e reforçado em medidas como o recente programa

“Agora Tem Especialistas”. Apesar dos avanços e retrocessos, a resistência de visões críticas em espaços como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS se configura como fundamental na luta pela defesa dos interesses e das necessidades da população trabalhadora, sobretudo em suas camadas mais precarizadas. Nesse sentido, o resgate da visão da determinação social em saúde, se torna ainda mais necessário, retomando e reafirmando a centralidade que o modo de produzir a vida tem na produção e manutenção da saúde da coletividade.

Descritores: Determinantes Sociais da Saúde; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Capitalismo.

Descriptores: Determinantes Sociales de la Salud; Vigilancia de la Salud del Trabajador; Capitalismo.

Descriptors: Social Determinants of Health; Surveillance of the Workers Health; Capitalism.