

---

# A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA: INTERSETORIALIDADE

*Alexandre Frederico de Marca\**

*Ana Lucia Jezquino da Costa\*\**

*Deise Araújo Souza\*\*\**

*Sônia Maria Muniz Machado Ferreira\*\*\*\**

## Resumo

O estudo trata da promoção da saúde com enfoque na qualidade de vida do trabalhador, considerando que o conceito ampliado de saúde resgata a integração de outros setores da economia nessa dinâmica, bem como restabelece direitos sociais antes negados à população. Apresenta reflexões sobre gestão da política de saúde para o trabalhador e conceitos correlatos, como responsabilidade compartilhada e intersetorialidade. O enfoque dado ao debate resultou em ensaio avaliativo da implementação dessa política pública em uma empresa privada de produção do conhecimento na área de educação profissional e de saúde e lazer.

**Palavras-chave:** Saúde; Trabalhador; Intersetorialidade; Responsabilidade compartilhada.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A lógica de organização do sistema de saúde brasileiro historicamente foi centrada na promoção da saúde individual. A ênfase na assistência de alta complexidade, na aquisição crescente de insumos e na tecnologia de ponta visava atender à lógica de produção de ações de saúde desenvolvidas prioritariamente em ambiente hospitalar. Assim, as ações de prevenção à saúde em busca de qualidade de vida passaram, desde a década de 1960, a ter menor importância no âmbito das políticas públicas.

Logo a balança de financiamento do setor saúde sofreu inversão que perdura até os dias atuais, em que as ações curativas

recebem mais recursos que as ações de promoção da qualidade de vida e, portanto, as que envolvem ações que previnem doenças. Prevalece, assim, a utilização das tecnologias que requerem máquinas e instrumentos que *a priori* estão programadas para produção de determinados resultados. Assim, as tecnologias que requeriam a prática do relacionamento e dos sentidos de humanidade foram lentamente ficando ultrapassadas frente à mecanização do fazer saúde. Não se quer, com isso, reduzir a importância das inovações tecnológicas, mas ressaltar a imprescindibilidade das tecnologias situadas no campo subjetivo do SER e da interação equilibrada entre elas.

Para Merhy (1997),<sup>1</sup> a importância do investimento nas tecnologias da interação, da escuta e do olhar, consideradas tecnologias leves, permitem e potencializam que a organização do trabalho esteja centrada no trabalho vivo, que produz compromisso e responsabilização dos sujeitos com vistas à ampliação da autonomia individual e da coletividade. A viabilidade dessa proposta está centrada na necessidade de garantir à população serviços de saúde de qualidade, o que só será possível se os processos de cuidar e ser cuidado forem compartilhados por todos os sujeitos da ação através da troca de experiências, de saberes e de responsabilidade.

O reflexo negativo da prevalência de tecnologias voltadas para ação de cura da doença e de mecanização do cuidado foi

---

\* Médico pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Medicina Intensiva e do Trabalho. MBA em Executiva em Saúde pela FGV. Chefe do Núcleo do Serbem CNC/SESC/Senac. Email: alexandremarca@cnc.com.br

\*\*Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Ciências da Enfermagem e mudança social pela Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ. Assessora Técnico-pedagógica do Senac-DN DEP/CTP. Email: anajequino@senac.br

\*\*\* Assistente Social pela UNISUAM. MBA em Gerencia de Projetos pela FGV. Técnica em Saúde do Trabalhador CNC/SESC. Email: deisesouza@cnc.com.br

\*\*\*\* Assistente Social pela UGF. Especialista em Terapia de Casal pelo Núcleo Pesquisas RJ. Técnica em Saúde do Trabalhador CNC/SESC. sferreira@sesc.com.br

observado mais intensamente na década de 1980. A sua ínfima resolatividade para dar conta da saúde da coletividade acumulava, em todo o território nacional, problemas nas áreas de saneamento básico, gestão do trabalho, nutricional e acesso limitado ao consumo de tecnologias, aspectos que interferiam diretamente no processo de adoecimento da população. Dessa forma, doenças relacionadas à pobreza erradicadas ou controladas emergiam no cenário epidemiológico, exigindo opções governamentais que superassem a visão biologicista centrada na causa e efeito do estar doente (sintomatologia) e assumissem a preocupação com os fatores socioeconômicos e políticos determinantes do processo saúde-doença.

A tendência em romper com o modelo hospitalocêntrico foi refletida no arcabouço legal de sustentação do Sistema Único de Saúde: Lei 8.080<sup>2</sup>, Lei 8.142<sup>3</sup> e Normas Operacionais Básicas (NOB), as quais reforçam compromissos com os princípios da democracia, equidade e cidadania. A Lei Orgânica de Saúde<sup>4</sup> ressignificou esse conceito definindo que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o direito à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços.

A ressignificação do conceito saúde apontou para a compreensão de que as ações realizadas em outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva, ou seja, promover saúde não é apenas cuidar da doença, mas atuar para transformar contextos de riscos que interferem na qualidade de vida do coletivo social. É considerar saúde como um processo dinâmico, que só pode ser compreendida em nexos com processos biológicos, vivenciais e de condições de vida e trabalho.

Com base nesse conceito ampliado de saúde, o presente artigo tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre a materialização da política de saúde do trabalhador no espaço laboral por ser este um segmento importante no desenvolvimento sustentável de uma nação, ou seja, são os trabalhadores o combustível do sucesso de qualquer economia no mundo. Nesta direção, parte-se do entendimento de que a avaliação da saúde desses sujeitos tem extrema relação com a organização de processos de trabalho hegemônico em determinada sociedade. Para tal, a discussão das tendências teóricas que norteiam a política de atenção à saúde no trabalho nos direciona a caminhar pelos conceitos responsabilidade e intersetorialidade, através da delimitação de “sentidos” aqui compreendidos como impressões dos autores do trabalho.

## OS SENTIDOS DA RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE

A saúde do trabalhador passou a ser pensada a partir da primeira metade do século XIX, com a revolução industrial. Surge na Inglaterra com o viés de medicina do trabalho para dar conta do adoecimento dos trabalhadores decorrente de processo acelerado de produtividade, condições de trabalho precárias e relações desumanas de produção. Somado a isso, o que mais preocupava os proprietários das fábricas eram as frequentes perdas de mão de obra qualificada, em razão do adoecimento de um quantitativo relevante da força de trabalho, o que interferia na produção e na rentabilidade da empresa.

Baker, citado por Mendes(1991),<sup>5</sup> ao responder a um dos proprietários à época sobre qual a melhor maneira de resolver a situação da assistência a saúde de seus funcionários, disse:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado<sup>6</sup>.

O sentido dessa mensagem vincula o ambiente de trabalho ao processo de adoecimento dos trabalhadores, esquecendo que esse sujeito tem família e outras

necessidades, ou seja, relaciona-se com o mundo extramuros da empresa. Está, desse modo, em contato com outros riscos de adoecimento, fora os ocupacionais. Assim, o que preponderava era o tratamento das doenças instaladas no corpo biológico e a higienização e o controle do ambiente de trabalho.

Outra dimensão importante é o valor que é dado ao saber médico, colocando esse profissional na qualidade de guardião da empresa e articulador entre patrão-empregados e setor público, que nesse caso são os serviços acessíveis ao trabalhador no momento do adoecimento. Assim, era o médico o principal responsável pela saúde no trabalho, e os trabalhadores meros observadores da ação desse profissional sobre seus atos e sobre seu corpo.

Esse modelo de atenção a saúde do trabalhador foi difundido no cenário internacional, orientando a implantação desses serviços em todos os países que dispunham de parque industrial. Fatos como a criação da Organização Internacional do Trabalho - OIT (1919) e suas diversas recomendações reforçando a orga-

• • •

*o que mais preocupava os proprietários das fábricas eram as frequentes perdas de mão de obra qualificada, em razão do adoecimento de um quantitativo relevante da força de trabalho, o que interferia na produção e na rentabilidade da empresa.*



nização de serviços de medicina do trabalho, bem como o investimento na formação de médicos para atuarem nessa área, foram medidas de consolidação desse modelo centrado no profissional de saúde médico.

Em 1959, sob a influência dos países industrializados, foi acordada na OIT recomendação nº 112 que utilizava, segundo Mendes e Dias (1991)<sup>7</sup>, pela primeira vez a expressão serviço de medicina do trabalho, o qual deveria ser organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações tendo como direção os seguintes objetivos:

Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;

Contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;

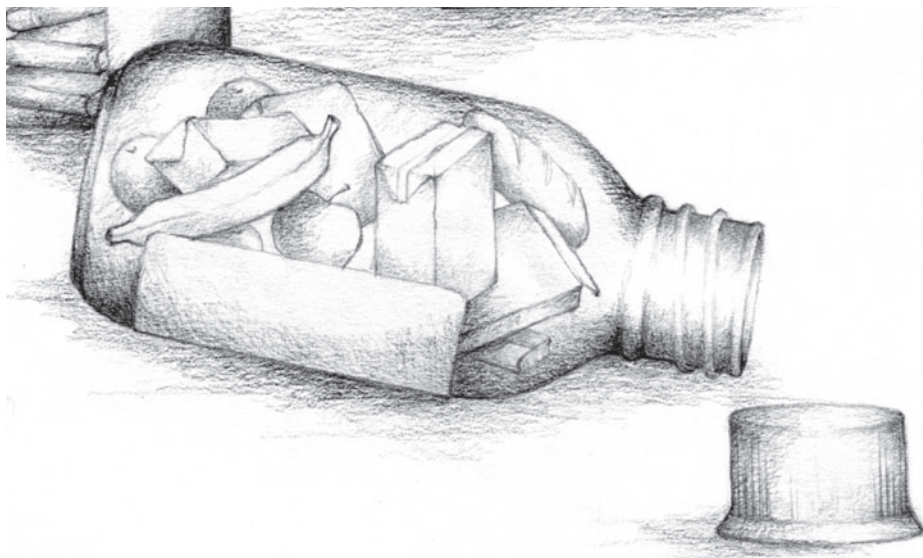
Contribuir com o estabelecimento e a manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores<sup>8</sup>.

Apesar da relevância dos sentidos dessa proposta, logo a influência dos pressupostos do capitalismo – de acumulação de riqueza, da racionalidade do mercado e do consumo – se fizeram presentes. Assim:

(...) a acumulação de bens passou a ser o objetivo maior de um grupo, a lógica econômica passou a ser o centro da vida e o principal critério de discernimento para as questões do “agir moral” da humanidade, o “mercado é o coração da economia” e o “consumidor não é sinônimo de cidadão ou de ser humano [...] é o ser humano que tem dinheiro para entrar no mercado” (Sung e Silva, 1999)<sup>8</sup>.

Com base nesse ideário, teorias administrativas que explicam o trabalho a partir da racionalidade (Taylor e Ford) percebem na medicina do trabalho uma aliada para alcançarem a produtividade e o lucro almejados por esses teóricos, como objeto de eficiência e eficácia das empresas. Oliveira e Teixeira, citados por Mendes e Silva (1991),<sup>9</sup> considerando o contexto social da década de 1950, explicam a relação do serviço de medicina do trabalho com a saúde do trabalhador e o lucro das empresas da seguinte forma:

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão de obra provavelmente menos geradora de problemas futuros, como o absenteísmo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais etc.). Em segundo lugar, o controle deste absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social.



Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de funcionamento mais eficaz nesse sentido do que habitualmente ‘morosas’ e ‘deficientes’ redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.<sup>10</sup>

Aqui é evidenciado que o viés das tendências econômicas reflete sobre os mecanismos de atenção à saúde no trabalho, com vistas à produtividade e à lucratividade de uma empresa, que é dependente do corpo biológico e do bem-estar físico do trabalhador, por isso este sujeito é o principal objeto de controle do capital. Assim, essa vertente da medicina do trabalho orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença há um agente etiológico, o que justifica um elenco de ações médicas predominantemente curativas.

Com a evolução da tecnologia industrial e a introdução de novos processos industriais e um novo rearranjo na divisão internacional do trabalho, foi sendo demonstrada a relativa impotência da medicina do trabalho frente aos problemas de saúde causados pelos novos processos de produção (automação, informatização e terceirização). Ficava cada vez mais difícil identificar os agentes, considerando que as doenças do trabalho normalmente são percebidas em estágios avançados e que os processos que as geraram com frequência são substituídos por outras formas de produção que “mascaram” o quadro. Essa dinâmica é potencializada na mobilização do trabalhador imposta pela flexibilização do mercado, o que dificultava a comprovação do nexo causal.

A fragilidade demonstrada pelo modelo da medicina do trabalho faz insurgir a vertente da saúde ocupacional, que para Gomes e Costa (1997)

avança numa proposta interdisciplinar, com base na higienização industrial, relacionando o meio ambiente (local de trabalho) com as reações evidenciadas no corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito.<sup>11</sup>

Essa nova vertente amplia a abrangência do espectro de promoção do adocimento no trabalho a partir da compreensão de que existe permanente interação entre agente, hospedeiro e ambiente, porém mantém o domínio das práticas desenvolvidas pelo médico, apesar da utilização de outros saberes disciplinares. Surge um trabalho interdisciplinar, que conta com a ação de outros profissionais, mas, na prática, a lógica continua centrada no tratamento de doenças e no controle do corpo do trabalhador como um objeto da produção da prática médica.

O trabalho interdisciplinar é um conceito histórico e socialmente produzido pelo embate entre as ciências sobre o que vem a ser comprovado ou sobre o que regula no campo das subjetividades científicas. Mais hegemônica, a ciência moderna instituiu, sob a égide do capital, do mundo do trabalho e da cultura, a fragmentação do saber em especialidades que mobilizavam o conhecimento racional e aquelas que são representadas pelos conhecimentos sensíveis (Pereira, 2009)<sup>12</sup>. Assim, as ações que incorporam os saberes sensíveis se apresentam com menor poder de penetração nos espaços de produção das empresas e dos serviços que cuidam da saúde no trabalho.

Para Piaget (1981), citado por Pereira (2007), a interdisciplinaridade é como “o intercâmbio mútuo e a integração recíproca entre várias ciências, que deve conduzir à transdisciplinaridade, concepção que indica a não existência de fronteiras entre as disciplinas.”<sup>13</sup> Ao avaliar o campo das ciências da saúde, observa-se que a interdisciplinaridade é um conceito recorrente nos discursos, porém sua aplicação prática encontra resistência nas corporações profissionais e nas estruturas funcionais de manutenção de poder; pode-se afirmar que a produção de novos sentidos de promoção da saúde com base na interdisciplinaridade/transdisciplinaridade ainda tem uma longa trajetória.

Na tentativa de romper com a lógica do controle para o aumento da produção, com a comprovação de causas e efeitos para justificar o adocimento no trabalho e com a especialidade sob direção de uma única ciência, surge a vertente intitulada

■

*Ao avaliar o campo das ciências da saúde, observa-se que a interdisciplinaridade é um conceito recorrente nos discursos, porém sua aplicação prática encontra resistência nas corporações profissionais e nas estruturas funcionais de manutenção de poder*

● ● ●

saúde do trabalhador, que é entendida como “conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos setores situados em lugares sociais distintos e aglutinados por uma perspectiva comum (Minayo-Gomez; Thedim, 1997)”<sup>14</sup>.

No Brasil, a discussão sobre saúde do trabalhador ocorre paralelamente ao debate pela redemocratização do Estado, tendo como marco de mobilização a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986<sup>15</sup>, evento que demarcou os princípios filosóficos do SUS. Nesse contexto a sociedade civil ali representada já dispunha de dados sobre a precariedade da qualidade de vida no trabalho, condição que acumulava altíssimas estatísticas de acidentes de trabalho. Apesar das iniciativas governamentais instituídas na década de 1970, para diminuir os riscos no trabalho, tais como inclusão nos cursos de medicina da disciplina de saúde ocupacional; criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do trabalho (Fundacentro), órgão do Ministério do Trabalho para pesquisa e fiscalização; e a modificação do capítulo V da CLT<sup>16</sup> criando normas regulamentadoras com base no escopo da saúde ocupacional, era possível observar que o quadro estatístico de acidentes de trabalho continuava em ascensão.

Alguns autores analisam que essas medidas reforçavam a legislação previdenciária-acidentária, com ênfase nas práticas medicalizadoras e de atenção individual, as quais contemplavam exclusivamente os trabalhadores segurados ou formais, ficando os demais sem cobertura. Em contraposição a essa lógica de exclusão, a vertente saúde do trabalhador assume novas bandeiras e, por conseguinte, novas práticas. São elas:

direito de saber, recusa ao trabalho em situações de risco, saúde não se troca por dinheiro, inclusão de cláusulas de saúde e ambientais nos acordos coletivos de trabalho, integralidade nas ações de saúde, validação consensual, grupos homogêneos de risco, incorporação da epidemiologia como instrumento de reconhecimento de risco e ao meio ambiente (Frias Junior, 1999)<sup>17</sup>.

Assim, além da visão ampliada de saúde foi introduzida nesse processo de construção de um novo paradigma a participação dos trabalhadores para controle e avaliação das políticas públicas, entre elas as relativas à saúde, seguridade e previdência social, tripé importante para a articulação desses setores com vistas à conquista de melhores indicadores de saúde para a classe trabalhadora, seja ela formal ou informal.

#### **O SENTIDO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR SOB A LÓGICA DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA E INTERSETORIALIDADE**

A discussão do tema “responsabilidade compartilhada e intersectorialidade” será abordada a partir do paradigma saúde do trabalhador, por ser mais apropriado ao debate dos problemas da classe trabalhadora em uma sociedade do conhecimento e por garantir a “fala” desse sujeito. No entanto, é importante conhecer o movimento de reforma sanitária brasileiro como estratégia estruturante dessa política.

Em primeira análise, é importante compreender que na história os movimentos de reforma surgiram da insatisfação de nações, grupos sociais e indivíduos que, por razões diversas, se contrapuseram a ideias hegemônicas em defesa da igualdade e da justiça social, ou que, por outras razões, propuseram reformas para manter espaços cristalizados de poder. Na verdade, o desejo individual de acumular bens e poder estimulou as insatisfações, quer para o bem, quer para o mal da coletividade.

No Brasil, o movimento pela reforma sanitária se insere na história das lutas sociais por saúde e afirma-se como espaço de luta política construída por um conjunto de pessoas atuantes em diversas áreas da sociedade. É uma história de um povo que desde a década de 1970 vivenciava incertezas em torno da economia do país, com a emissão de vários planos econômicos. Isso refletia o tamanho da instabilidade de nossas reservas cambiais frente ao comprometimento nacional com a dívida externa. Simultaneamente, ocorria deflação na oferta de empregos, concentração de renda na mão de um grupo privilegiado e aumento da pobreza estrutural, fenômenos herdados das sucessivas reformas na economia e nas instituições, as quais objetivavam, pelo menos no discurso, o crescimento sustentável do país.

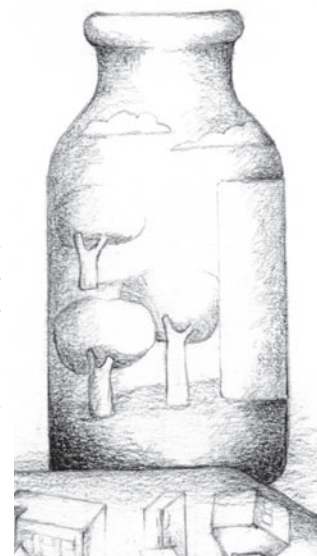
Na década de 1980, na América Latina falava-se apenas em ajuste e liberalização econômica. Em 1990, a reforma financeira se consolidou com as medidas estabelecidas no Consenso de Washington<sup>18</sup>, que exigiu dos países em desenvolvimento um conjunto de dez instrumentos: “disciplina fiscal; prioridade dos gastos públicos na área de educação e saúde; reforma tributária; taxas de juros de mercado; taxas de câmbio competitivas; políticas comerciais liberais; abertura ao investimento estrangeiro direto; privatização; desregulamentação; e proteção dos direitos de propriedade” (Williamson (1990) *apud* Bandeira, 2002)<sup>19</sup>. Apesar da intenção de priorizar recursos para área de saúde e educação, o cumprimento dessa medida, em particular no Brasil, ainda é objeto de intensa disputa entre sociedade política e sociedade civil, setor público e privado.

Concomitantemente ao caos econômico e político, entre o período de repressão autoritária e o período de transição para o regime democrático surge o movimento da reforma sanitária brasileira como um espaço de luta política, entre atores sociais portadores de diferentes projetos. Arouca (1998) resume em poucas palavras a trajetória da reforma sanitária:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.<sup>20</sup>

Mas o que mobilizou tantas pessoas, de diferentes formações e inserção social a lutarem por mudanças no setor saúde? O sistema de saúde centrado nas ciências biológicas e no controle de transmissão das doenças via a utilização de medicamentos e equipamentos de última geração como foco principal da atenção

à saúde. O usuário do sistema era apenas um objeto das ações dos profissionais de saúde; os desempregados ou subempregados não conseguiam acesso livre aos serviços porque lhes eram exigida a comprovação de vínculo empregatício (carteira assinada), o que gerava uma exclusão sem precedentes. A dicotomia na organização dos serviços rompia com o princípio de “sistema”, porque os serviços de saúde pública, ditos preventivos, eram alheios à promoção e à recuperação das doenças. Na verdade, existiam dois sistemas distintos, e ambos eram altamente hierarquizados e desarticulados. O grupo reformista avaliava que esse modelo de atenção à saúde era inadequado e impróprio às verdadeiras necessidades da população.



Note-se que os setores mais resistentes às mudanças propostas na reforma foram os segmentos protegidos pelo Estado (trabalhadores organizados) e pelo mercado do capital (empresários). Mesmo com a oposição desses setores, o movimento da reforma sanitária conseguiu resultados importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde, os quais foram citados na análise de Arouca:

[...] entre os resultados do movimento pela reforma sanitária, ele cita a conquista da universalização na saúde (o princípio constitucional que estabelece que toda a população brasileira tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8.080<sup>21</sup>.

Portanto, o movimento da reforma sanitária surge da luta contra a exclusão de segmentos da população que não tinham direito à assistência nos hospitais e PAMs do Inamps. Ele se baseia numa profunda crítica à concepção de saúde centrada na doença, opondo-se à organização de um sistema que dissocia assistência médica curativa da assistência preventiva, baseando-se na defesa de um sistema único, hierarquizado e de valorização do usuário como sujeito das ações desenvolvidas nos ambientes de saúde.

Para Costa e cols. (2009), os principais resultados alcançados em prol de maior democratização da saúde foram:

- A formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica nº 8.080/90.
- A conquista da universalização e da equidade na saúde, definindo com clareza o dever do Estado.



- A reconceitualização da saúde, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e uma perspectiva de atenção integral à saúde da população.
- A ideia de que as diretrizes para a formulação da política de saúde devem ser planejadas com base nas conferências de saúde.
- A formalização dos conselhos de saúde, órgãos colegiados tendo 50% de usuários em sua composição.
- O controle social sobre a política de saúde.
- A busca pela construção de um modelo assistencial centrado no usuário e no princípio da integralidade como eixo norteador que qualifica as ações em saúde.<sup>22</sup>

Dentre os pressupostos reformistas, o tema saúde do trabalhador é pensado com enfoque de proteção de homens e mulheres contra a pressão do capital. A inserção na Constituição de 1988 da articulação entre saúde e trabalho, tendo-os como direitos indissociáveis, foi uma das formas encontradas para diminuir os efeitos danosos do capital sobre a saúde do trabalhador. Assim, na Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080,<sup>23</sup> as questões da saúde do trabalhador são conceituadas no artigo 6º como:

- um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:
- Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, da fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalização, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional;
- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de ambiente de trabalho quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.<sup>24</sup>



*as competências de promoção da saúde do trabalhador não estão mais restritas a um ministério, mas as ações desenvolvidas estão sob responsabilidade de vários ministérios: Trabalho e Emprego; Saúde; Meio Ambiente; Fazenda; Cidades, Planejamento, Orçamento e Gestão; Previdência Social, etc.*

Considerando os pontos de abrangência relacionados anteriormente, observa-se que foi constituída uma rede de interação entre vários setores da economia e do Estado, os quais envolvem gestores públicos e privados, trabalhadores e profissionais do setor saúde. Para Frias Junior (1999) “[...] *A intersetorialidade, enquanto integra saberes e experiências das políticas, possibilita também a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais, constituindo as rede sociais.*”<sup>25</sup>”

Do lado do setor público, as competências de promoção da saúde do trabalhador não estão mais restritas a um ministério, mas as ações desenvolvidas estão sob responsabilidade de vários ministérios: Trabalho e Emprego; Saúde; Meio Ambiente; Fazenda; Cidades, Planejamento, Orçamento e Gestão; Previdência Social, etc. Associada a isso, a criação de comissões tripartites para discussão e aprovação das normas reguladoras é um novo espaço de pactuações que envolve técnicos do governo, trabalhadores e empresários. Na verdade, foi a partir do movimento de reforma sanitária que espaços de participação foram criados, para que os diferentes segmentos compartilhassem as responsabilidades sobre os encaminhamentos orientadores das políticas de preservação da qualidade de vida no trabalho.

#### **O SENTIDO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR: EXPERIÊNCIA PRÁTICA DE UMA EMPRESA**

A experiência a ser relatada neste estudo refere-se ao Núcleo de Promoção da Saúde e Bem-Estar Social – Serbem, que promove, por intermédio de ações voltadas para promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida dos funcionários e dependentes

do sistema CNC- SESC- e SENAC, atuando em conformidade com a Política Nacional de Saúde junto aos seus trabalhadores. As ações desenvolvidas por esse serviço são orientadas pela Portaria nº 1.125, de 2005,<sup>26</sup> que nos primeiros artigos descreve o propósito da política de saúde do trabalhador não apenas com o “sentido” de descobrir as causas do adoecimento, mas com a visão de entender esse processo dentro de uma realidade vivida, em que o ambiente de trabalho e o contexto socioeconômico e político no qual o trabalhador está inserido são interdependentes e correlatos, a saber:

Art. 1º- Estabelecer que toda política de saúde do trabalhador para o SUS tenha por propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e inter-setorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos.

Art. 2º- Estabelecer que as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo SUS sejam organizadas em todos os seus níveis de atenção, a partir das seguintes diretrizes:

- I - atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção em ambientes e processos saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional.
- II - Articulação intra e intersetorial;
- III - Estruturação da rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
- IV - Desenvolvimentos e Capacitação de Recursos Humanos, e
- V - Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador<sup>27</sup>.

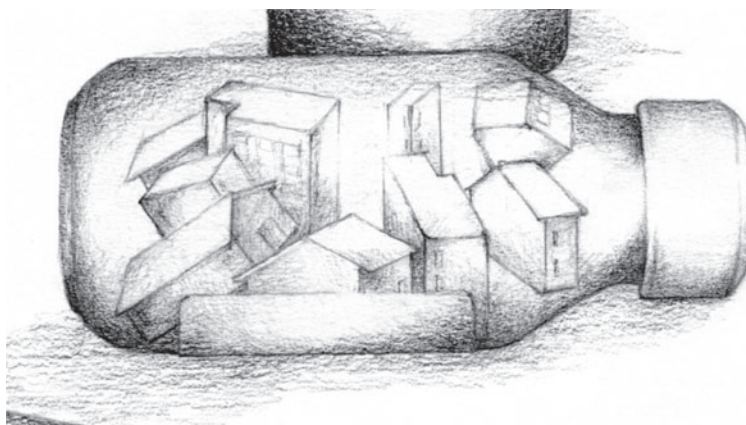
A composição profissional da equipe do Serbem é multiprofissional para garantir a efetividade da promoção da saúde individual e coletiva dos trabalhadores, por meio de uma rede sociotécnica que contribui para a criação e a manutenção dos programas indicados pelo Ministério da Saúde, bem como de projetos emergentes a partir das necessidades de empregados e empregadores. Para tal, as profissões envolvidas nesse processo de trabalho são: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, técnicos de higiene dental e auxiliares de consultório dentário. Outros profissionais são contratados extraquadro para absorção de demandas específicas: professores de educação física, shiatsu-terapeutas e fisioterapeutas. Existe também estabelecimento de parceria com setores da área de saúde do Sistema SESC/SENAC. Um exemplo disso é a área de nutrição. Assim, neste trabalho será apresentada a estrutura da proposta que atualmente é desenvolvida por esse serviço, mesmo que exista a compreensão da necessidade de aprimoramento dos indicadores de avaliação da efetividade de parte das ações de promoção à saúde oferecidas pela instituição aos trabalhadores. É importante ressaltar que a proposta foi gerada a partir de pesquisa que permite avaliar a pertinência e a adesão dos programas junto à clientela, como também contar com a colaboração de outros setores internos e externos da área de saúde estabelecendo parcerias apoiando os programas na empresa.

Acreditamos que é imprescindível ao indivíduo dispor de condições em que ele possa estabelecer, através do conhecimento, escolhas que permitam desfrutar de mecanismos de melhoria da qualidade de vida, como alimentação balanceada, prática de atividade física, exercícios preventivos, abandono de tabagismo etc. Para tal, os programas desenvolvidos são: Programa de Prevenção aos Riscos Coronarianos, Programa de Abandono do Tabagismo, Política de Prevenção ao HIV/Aids, Programa de Prevenção às LER/Dort e Programa de Vacinação, os quais permitem identificar os fatores de riscos e seus agravantes que possam ser encontrados por questões genéticas ou sociais e atuar de forma esclarecedora, em determinados grupos, identificados por consultas individuais ou pela realização de pesquisa quantitativa nos atendimentos aos trabalhadores, que dispõem das observações de todos os profissionais de saúde.

A pesquisa serve de alicerce para a organização de processos educativos de prevenção de riscos e de estímulo à mudança para estilos de vida que possam gerar, em seu cotidiano, maiores possibilidades de uma vida mais saudável, transformando cada trabalhador em multiplicador de informações dentro do seu setor, na sua família e irradiando seus conhecimentos para a sociedade em geral.

Em casos de comprovação da doença ocupacional ou não são oferecidas, a partir da troca de conhecimentos e atenção especial dos profissionais de saúde, condições de entender que a doença existe, mas que pode ser controlada à medida que o trabalhador assumira uma coparticipação no tratamento.

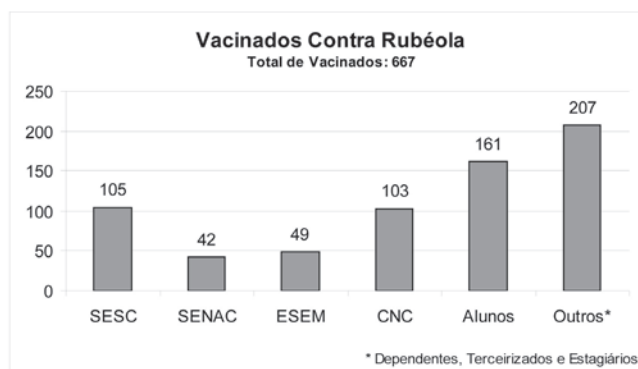
No âmbito da atenção básica à saúde do trabalhador é desenvolvida a Política de Prevenção ao HIV/AIDS na empresa, situação em que a parceria com o Ministério da Saúde nos deu a oportunidade de implementar ações que permitissem ao trabalhador transformar-se em multiplicador de informações na sua família e na comunidade em geral quanto às formas de prevenção das DST. Na verdade, essa ação organizada pelo setor público e privado garante o direito do acesso a informações e de cidadania mediante a compreensão do conceito de intersectorialidade “*como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilidade pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (...)*” (Portaria 687, 2006, Anexo I)<sup>28</sup>.





Outro trabalho em parceria com o Ministério da Saúde é o sistema de imunização para algumas doenças, como rubéola e tétano. No entanto, o sistema CNC-SENAC-SESC adquire, em laboratórios privados, imunopreveníveis necessários aos trabalhadores, como a vacina de combate à influenza. Há de se convir que a oferta de vacinas poderia ser ampliada se o convênio com o setor público incluísse todos os imunopreveníveis de rotina, bem como os emergenciais. O entrosamento entre esses dois setores contribui para o aumento da cobertura vacinal de um maior número de trabalhadores que não acessam a rede pública de postos de saúde por incompatibilidade de horário no funcionamento da unidade e pela restrição imposta a algumas faixas etárias.

O gráfico abaixo representa o potencial da empresa em absorver essa demanda, quando na possibilidade de ampliação da parceria com o governo na busca da Promoção da Saúde. Para melhor explicá-lo há que se considerar que o SERBEM atende um total de 1126 funcionários da CNC, SESC, SENAC, temporários e terceirizados, dentre os quais 842 (666 funcionários e 176 alunos) atendiam o pré-requisito de idade estabelecido pelo Ministério da Saúde para imunização contra a rubéola (12 a 39 anos). Assim, nessa campanha foram vacinadas 667 pessoas, das quais 460 fazem parte da população de funcionários, estagiários e alunos da ESEM, o que corresponde a 54,63% de trabalhadores imunizados.<sup>29</sup>



**Legenda:**

**SESC:** Serviço Social do Comércio

**SENAC:** Serviço Nacional do Comércio

**ESEM:** Escola SESC de Ensino Médio

**CNC:** Confederação Nacional do Comércio

**Alunos:** são os alunos da Escola SESC de Ensino Médio

#### RISCOS DO CORAÇÃO: SENTIDOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Programa de Prevenção aos Riscos Coronarianos é desenvolvido para nossa clientela interna que apresenta índices elevados de hipertensão arterial, dislipidemias, sobrepeso, glicose, sedentarismo e tabagismo. Esse programa teve início em 2002 e se baseia no acompanhamento direto dos participantes pelos médicos e enfermeiros, com distribuição de material explicativo, folderes, exames laboratoriais, orientação para acompanhamento

nutricional e estímulo à prática de atividade física.

Os estudos permitiram avaliar a evolução dos casos, dos quais, após sete meses de programa, houve migração de pacientes de alto risco para médio e de médio para baixo risco. Isso não quer dizer que todos os pacientes estejam controlados, mas demonstra o quanto é importante o acompanhamento desses profissionais de saúde para o controle das doenças cardiovasculares.

A metodologia de trabalho inicial foi o acompanhamento direto dos pacientes e o diálogo sobre os problemas evidenciados no processo do “estar doente”. Foram realizadas reuniões de grupo com apoio de assistente social, com grupos constituídos de no máximo dez participantes, inicialmente com reuniões três vezes por semana, com uma hora de duração, distribuída em três partes de 20 minutos (20 minutos para o grupo, tempo de interação entre os componentes do grupo e a equipe facilitadora da discussão, o que geralmente culminava em tempestade de ideias que orientava as etapas subsequentes, 20 minutos para discussão do tema escolhido e 20 minutos para comentários da equipe multiprofissional). Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve, inclusive, ensinamentos para sensibilizar o sujeito da ação a mudar os hábitos de vida. A implementação é lenta e, na maioria das vezes, não é mantida com a continuidade necessária, o que, por se tratar de medidas educativas, é fundamental para gerar um canal de diálogo que leve o grupo ao movimento de ação-reflexão-ação, mediante o entendimento de que o indivíduo e coletividade têm o papel de protagonistas na prevenção das doenças cardiovasculares.

Neste período desenvolvemos atividades paralelas, como palestras com nutricionistas e caminhadas “Leve seu coração para caminhar”, no qual procuramos estimular a prática da atividade física para o controle das doenças cardiovasculares. Solicitamos à empresa liberação de um cardápio diferenciado para os funcionários que apresentassem problemas de saúde, e a empresa hoje dispõe de um cardápio *light*, facilitando a inclusão de novo tipo de alimentação. Enfim, as reuniões em grupo nos auxiliaram a encontrar alternativas para pequenas dificuldades que a nossa clientela encontrava diariamente quanto à alimentação, atividade física, etc.

Em um determinado momento foi observado que as reuniões sofriam um esvaziamento gradativo, e decidimos reavaliá-las

*Prevenir e tratar a hipertensão  
arterial envolve, inclusive,  
ensinamentos para sensibilizar o  
sujeito da ação a mudar os hábitos  
de vida.*

*A natureza da política de saúde para o trabalhador revela uma distância entre o escrito e o prescrito no cotidiano dos serviços de saúde, porque as ações curativas ainda são preponderantes, em detrimento de ações de promoção da saúde que envolvem a vigilância aos ambientes de trabalho e de vivência dos trabalhadores.*

para melhor condução do programa. A avaliação foi realizada inicialmente com os funcionários, cuja maioria apresentava dificuldade em comparecer devido à carga de trabalho e ao tempo de ausência do seu setor. Passamos, assim, a organizar reuniões mensais numa tentativa de reduzir os obstáculos justificados principalmente pela necessidade de trabalho, o que em uma empresa tem um valor preponderante.

As avaliações são imprescindíveis para redirecionar estratégias visando à efetividade dos programas, tendo em vista que existem inúmeros fatores que interferem ciclicamente em atividades que permanecem por longos anos. Foi percebido que apesar do maior intervalo entre as reuniões o esvaziamento persistia. Então, decidiu-se que essas pessoas que não compareciam seriam acompanhadas individualmente por médicos e enfermeiros. As atividades de cunho coletivo são veiculadas através do programa *De Bem com a Vida*, que discute esses temas de uma forma geral. Na mudança de estratégia perdeu-se a subjetividade das reflexões do grupo que expressam a fala da família, dos colegas de trabalho e as dúvidas sobre a evolução da doença, ou seja, sobre viver e morrer.

O Programa de Risco Coronariano está relacionado aos Programas de Abandono do Tabagismo e de Combate à Obesidade, o que insere na discussão vários saberes em saúde e disciplinas. É necessário que a equipe multiprofissional troque experiências e trabalhe integrada na gestão das atividades.

A oportunidade de desenvolver programas internos na empresa permite perceber a diferença na forma como a clientela visualiza a sua saúde e a realidade da mesma. Assim, por intermédio da avaliação do perfil nosológico de nossos funcionários descobrimos que 5% deles se declararam diabéticos e 7,4% foram diagnosticados; 29% afirmaram ter problemas de dislipidemias e

34% eram dislipidêmicos<sup>30</sup>. Percebemos que, apesar de todas as informações que os nossos funcionários dispõem, seja através da internet, intranet (mural de informações), palestras, folderes e jornais e pelo fato de as instituições apresentarem um número significativo de funcionários com nível superior completo, existe uma distorção por parte dessa clientela quanto ao entendimento sobre a informação e a percepção de saúde de cada um. Nessa atitude está expressa a negação da doença, fato que dificulta o acompanhamento desse grupo.

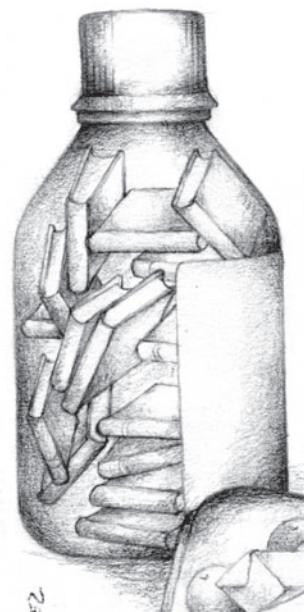
Outro aspecto a ser ressaltado é a importância da atitude proativa da empresa em antever as situações de risco no trabalho e fora dele. Atitudes como esta atingem não só a clientela de trabalhadores contratados como também os trabalhadores terceirizados, temporários e familiares. Assim, pensar na saúde do trabalhador é pensar em um contexto ampliado que vai além dos limites físicos da empresa.

## CONSIDERAÇÕES

A natureza da política de saúde para o trabalhador revela uma distância entre o escrito e o prescrito no cotidiano dos serviços de saúde, porque as ações curativas ainda são preponderantes, em detrimento de ações de promoção da saúde que envolvem a vigilância aos ambientes de trabalho e de vivência dos trabalhadores. Na verdade, a saúde ocupacional centrada nas ações do profissional médico tem forte influência nessa área, o que impede que redes de responsabilidade compartilhada sejam estruturadas no campo da gestão governamental e da gestão local nas empresas.

Por outro lado, observa-se a dificuldade em implantar serviços que de fato façam uso dos diferentes saberes internos ao setor saúde e daqueles correlatos a outros setores, utilizando a interdisciplinaridade como base do planejamento e das pactuações intersetoriais. A ausência desse diálogo entre os sujeitos da ação e das especialidades interfere na escolha de metodologia que ajude na avaliação dos impactos das ações de promoção da saúde do trabalhador. Geralmente, essa vertente de saúde ocupacional privilegia a dimensão estatística de comprovação de dados epidemiológicos, e não o âmago da subjetividade desse adoecimento.

Nesse sentido, a experiência apresentada demonstra o esforço da gestão da empresa em assumir o referencial teórico da promoção da saúde frente às necessidades de saúde



dos trabalhadores, ao iniciar pela incorporação de ações interdisciplinares que ultrapassem a visão medicalizadora centrada no atendimento individual. Assim, é possível perceber que as ações desenvolvidas pelo SERBEM seguem as diretrizes da política nacional de saúde do trabalhador no que diz respeito à promoção de ambientes e processos saudáveis, à vigilância aos processos de agravos relacionados ao trabalho e ao modo de viver da população e à manutenção de um sistema de informação que responsabiliza gestores e trabalhadores pela adesão a mecanismos de promoção à saúde no trabalho.

No entanto, a abertura de espaços de reflexão coletiva, em particular para aqueles trabalhadores portadores de doenças crônicas degenerativas ou em risco de desenvolvê-las, ainda é um desafio a ser transposto pela equipe do SERBEM frente às dificuldades geradas pela dinâmica de trabalho, pelas crenças construídas no coletivo laboral e pelo estilo de vida singular de cada pessoa ou grupo social. Outra questão relevante é a necessidade de incorporação sistemática de alguma proposta metodológica que possibilite avaliar o conjunto de ações desenvolvidas, tendo em vista a efetividade da promoção da saúde dos trabalhadores a partir da referência do conceito ampliado de saúde.

Finalizando, entende-se que dentre os pressupostos norteadores da Política de Saúde do Trabalhador a participação dos trabalhadores nos processos de discussão sobre os rumos dessa política é de suma importância para que as mudanças de quebra de paradigma continuem na agenda dos gestores públicos e privados.

---

*Finalizando, entende-se que dentre os pressupostos norteadores da Política de Saúde do Trabalhador a participação dos trabalhadores nos processos de discussão sobre os rumos dessa política é de suma importância para que as mudanças de quebra de paradigma continuem na agenda dos gestores públicos e privados.*

---

## NOTAS

- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-159.
- BRASIL. Leis, Decretos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20, nov., 1990. Seção 1, p. 018055. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaAvancada.action>> Acesso em: 05, jul. 2009.
- Id. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31, dez., 1990. Seção 1, p. 025694. 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;
- BRASIL. Id. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. **op. cit.**
- BAKER, **apud** MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.5, p. 341-349, 1991. p. 341.
- Id. **Ibid.**
- MENDES, DIAS. (1991) **op. cit.**, p. 342.
- SUNG, J. M.; SILVA, J. C. **Conversando sobre ética e sociedade**. Petrópolis(RJ): Vozes, 1995. p. 56-59.
- OLIVEIRA, TEIXEIRA. **Apud** MENDES, DIAS. (1991) **op. cit.**
- Id. **Ibid.**
- COSTA, Ana Lucia Jezuino et alii. **Educação permanente para o controle social do SUS: olhando no espelho uma imagem do controle social nas regiões norte e noroeste fluminense**. Rio de Janeiro: SESDEC Escola de Formação Técnica em Saúde, 2009.
- PEREIRA, Isabel. Brasil. Interdisciplinaridade. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p. 263.
- PIAGET, J. Problèmes généraux de la recherche interdisciplinaire et mécanismes communs. In: **Epistémologie des sciences de l'homme**. Paris: Gallimard,1981.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Supl.2.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília (DF), 7 a 21, mar., 1986. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em 05, ago., 2008.
- COSTA, Armando Casimiro; FERRARI, Irany; MARTINS, Melchades Rodrigues. **Consolidação das leis do trabalho**. 30. ed. São Paulo: LTr, 2003. 680 p.
- FRIAS JUNIOR, Alberto da Silva. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. 1999. Disponível em: <[www.abrasil.gov.br](http://www.abrasil.gov.br)> Acesso em 10, ago., 2009.
- CONSENSO de Washington. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Consenso\\_de\\_Washington](http://pt.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington)> Acesso em 02, jul., 2009.



- <sup>19</sup> WILLIAMSON (1990) **apud** BANDEIRA, Andréa Câmara. **Reformas econômicas, mudanças institucionais e crescimento na América.** Dissertação. Curso de Pós-Graduação da FGV, Rio de Janeiro, 2002. p. 21.
- <sup>20</sup> AROUCA, Sérgio. **Reforma sanitária.** Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Acesso em 09, jul., 2009.
- <sup>21</sup> **Id. Ibid.**
- <sup>22</sup> COSTA, Ana Lucia Jezuiño et ali. (2009) **op. cit.**
- <sup>23</sup> BRASIL. Leis, Decretos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. **op. cit.**
- <sup>24</sup> **Id. Ibid.**
- <sup>25</sup> FRIAS JUNIOR, Alberto da Silva (1999). **op. cit.**
- <sup>26</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125, do Gabinete do Ministro, de 06 de julho de 2005.** Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm> > Acesso em 12, jul., 2009.
- <sup>27</sup> **Id. Ibid.**
- <sup>28</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, do Gabinete do Ministro, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.º 63, 31, mar., 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf)> Acesso em 20, jun., 2009.
- <sup>29</sup> CNC. **Resultados da efetividade da campanha de vacinação contra rubéola.** Rio de Janeiro: Serbem, 2008. Mimeo.
- <sup>30</sup> **Id. Ibid.**

## ABSTRACT

*Alexandre Frederico de Marca; Ana Lucia Jezuiño da Costa; Deise Araújo Souza; Sônia Maria Muniz Machado Ferreira.*  
**Health promotion as a shared responsibility – intersectoriality.**

*This study deals with health promotion focusing on workers' quality of life, taking into account that a broad concept of health reintegrates other sectors of the economy into that dynamics, as well as reestablishes social rights previously denied to the population. It presents reflections on the management of health policy for workers and related concepts, such as shared responsibility and intersectoriality. The approach to this discussion resulted in an essay evaluating the implementation of this public policy in a private company which produces knowledge in the area of vocational training, and health and leisure.*

**Keywords:** Health; Worker; Intersectoriality; Shared responsibility.

## RESUMEN

*Alexandre Frederico de Marca; Ana Lucia Jezuiño da Costa; Deise Araújo Souza; Sônia Maria Muniz Machado Ferreira.*  
**La Promoción de la Salud como responsabilidad compartida: la intersectorialidad.**

*El estudio aborda la promoción de la salud enfatizando la calidad de vida del trabajador considerando que el concepto ampliado de salud rescata la integración de otros sectores de la economía en esa dinámica, así como restablece derechos sociales antes negados a la población. Presenta reflexiones sobre la gestión de la Política de la Salud para el Trabajador y conceptos afines como: responsabilidad compartida e intersectorialidad. El enfoque dado al debate produjo como resultado un ensayo evaluativo de la implementación de dicha política pública en una empresa privada de producción de conocimiento en el área de la Educación Profesional y de la Salud y el Entretenimiento.*

**Palabras clave:** Salud; Trabajador; Intersectorialidad; Responsabilidad compartida.