

## REFLEXÃO SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS

Marcia Eiko Karino\*  
Julia Trevisan Martins\*\*  
Maria Cristina Cescatto Bobroff\*\*\*

### RESUMO

A saúde do trabalhador (ST) é um campo da Saúde Pública cujo objeto é o processo saúde-doença do homem em sua relação com o trabalho. A saúde como direito de todos é preconizada pelo Sistema Único de Saúde e é uma proposta de incorporação de ações na Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador. Este estudo consiste em uma reflexão sobre o contexto da proposta programática da ST no Brasil, suas características políticas e sociais e as ações voltadas à sua prevenção. Ressalta problemas como a subnotificação das doenças, acidentes e mortes relacionados ao trabalho e identifica a fragmentação das ações que resultam na real dificuldade de atingir as competências em várias organizações e a falta de treinamento de profissionais capacitados para desenvolver atos concretos. Assim, para haver uma efetiva ação em ST é necessária uma ampla articulação e integração entre os trabalhadores e os diferentes saberes, como saúde, educação, ergonomia, psicologia, antropologia, sociologia e outros.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador. Política de Saúde do Trabalhador. Trabalhadores. Políticas Públicas. Notificação de Acidentes de Trabalho.

### INTRODUÇÃO

A I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) marcou politicamente o campo da saúde do trabalhador (ST) com a proposta de incorporar neste campo os princípios do SUS na perspectiva da saúde como direito de todos<sup>(1,2)</sup>.

Os determinantes sociais e políticos referentes às condições mínimas de vida, trabalho e emprego, que são preconizados pela Constituição Federal de 1988 e de responsabilidade de ação do SUS, favoreceram a consolidação legal e institucional do campo da ST no Brasil<sup>(2)</sup>.

Houve avanços, mas ainda não foi possível implantar uma política nacional de ST no Brasil nos moldes propostos. Essa dificuldade resulta de fatores como a falta de efetivação de políticas públicas e sociais e de integração entre o setor público e o privado<sup>(3)</sup>.

Uma alternativa, proposta em 2004, foi a Política Nacional de Segurança e Saúde do

Trabalhador (PNSST), redigida conjuntamente pelos ministérios da Saúde (MS), do Trabalho e Emprego (MTE) e da Previdência Social (MPS)<sup>(3,4)</sup>. Surgiram indagações sobre os avanços das políticas da ST, sua implantação de acordo com a Constituição Federal e os princípios do SUS e o papel do Estado nesse processo.

Diante dessas considerações, o objetivo deste artigo foi realizar uma análise reflexiva sobre a proposta programática das políticas em ST no Brasil considerando os avanços de ações já realizadas e os desafios ainda a serem enfrentados.

### Breve contexto sócio-histórico: dois pontos da Saúde Ocupacional para a Saúde do Trabalhador

Na enunciação da Saúde Ocupacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao tratarem da ST, utilizaram termos como prevenção e proteção do trabalhador<sup>(5)</sup>.

Nas décadas de 30 e 40 do século passado houve crescimento da tecnologia industrial,

\* Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Estadual de Londrina (UEL), Londrina-PR. E-mail: marciak@uel.br

\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL, Londrina-PR. E-mail: jtmartins@uel.br

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL, Londrina-PR. E-mail: cris.bobroff@hotmail.com

mudanças de processos de trabalho, aumento da insatisfação, agravos à saúde e mortes no trabalho<sup>(6,7)</sup>. A Medicina do Trabalho tornou-se insuficiente para manter o indivíduo saudável e reproduzir a força de trabalho exigida. Surgiu, então, a concepção de Saúde Ocupacional (SO) com equipe multiprofissional e ênfase na higiene industrial. A preocupação das equipes de saúde reduzia-se à racionalidade científica, intervindo nos ambientes de trabalho com a finalidade de controlar os riscos ambientais. Nos Estados Unidos, particularmente na educação e na pesquisa, a SO intensificou-se como um ramo da Saúde Ambiental<sup>(6,7)</sup>.

Este cenário acenava para o modelo epidemiológico de doenças como uma alternativa ao modelo monocausal, e para isso eram necessárias ações multiprofissionais articuladas e com metas definidas; porém até hoje essas ações são desarticuladas, persistindo o modelo biologicista de atenção à saúde, enquanto o trabalhador permanece como um objeto no ambiente de trabalho<sup>(7,8)</sup>.

A insuficiência do modelo da SO nas relações trabalho/saúde é uma realidade mundial. O intenso processo social de mudanças ocorrido no Mundo Ocidental nas décadas de 1970 a 1990 gerou consequências para a hegemonia do modelo de SO vigente, das quais se podem citar como exemplos a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, o abalo do conceito de exposição segura, o surgimento de novas tecnologias, os novos riscos à saúde (a SO passa a se preocupar com a prevenção de doenças), o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação e à participação no processo de trabalho, fatores que levaram à atual conformação da ST<sup>(6)</sup>.

No Brasil, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde fortaleceu ações do SUS relacionadas ao direito social e de cidadania, representando um marco na formulação de propostas desse setor, propostas que se consolidaram na Reforma Sanitária Brasileira<sup>(9)</sup>.

A perspectiva da promoção da saúde e prevenção dos riscos ocupacionais, como lógica da Saúde Pública, incorporou-se ao campo da ST a partir da criação do SUS, em 1988<sup>(2)</sup>. De certa maneira, considerando-se as bases propostas mundialmente pela OIT e pela OMS, estava se

consolidando a ST, ainda que de forma incipiente, em preferência à SO.

Do final da década de 90 até o presente momento têm ocorrido mudanças significativas nas normas regulamentadoras da questão (que determinam as bases de atuação dos serviços de segurança e ST) e no incentivo à formação de especialistas na área de segurança e ST.

Apesar do aumento dos cursos de formação de profissionais da área de ST, até a atualidade ainda não existe carreira específica no SUS para esta área, e além disso, há falta de vínculos entre o pessoal dos centros de referências da saúde do trabalhador (CEREST) mantidos pelas Secretarias Municipais de Saúde<sup>(4)</sup>.

O campo da ST é uma área de conhecimento que vem sendo construída e ainda apresenta um impacto de pouca repercussão. Apesar de terem ocorrido avanços nas ações da ST no âmbito do SUS, ainda se percebe a falta de articulação entre a rede básica e o suporte técnico oferecido pelos CEREST, no projeto inicial do programa de ST<sup>(3)</sup>. O controle da saúde preconizado pela SO, assumido também pela ST, resume-se a adequar o ambiente de trabalho ao homem, e vice-versa, sem considerar a individualidade, daí a importância dos exames admissionais e periódicos para selecionar os mais hígidos e excluir aqueles com apenas algum “desvio” da normalidade<sup>(1)</sup>.

Desta forma é que se foram configurando historicamente a SO e a ST. Não há como negar ter havido avanços significativos, porém muitos são ainda os desafios, especialmente os de caráter político e social, que ainda precisam ser enfrentados para que se firmem as propostas do SUS na ST.

Nessa consolidação, mudanças e melhorias têm ocorrido tanto para o trabalhador como para a sociedade, mas é preciso salientar a importância da participação do trabalhador no processo de manutenção de sua saúde e na prevenção aos agravos e aos riscos provenientes do trabalho. De que forma tem se processado tal participação? Como os órgãos públicos têm agido para permitir essa participação?

É necessário encontrar estratégias como, por exemplo, a integração entre as diferentes áreas de atuação no atendimento aos problemas de saúde relacionados ao trabalho, com vista à construção de práticas em consonância com as

diretrizes estabelecidas pelo SUS no que tange à ST. Neste sentido, há uma perspectiva de abandonar ações focais e fragmentadas na assistência à ST e avançar na busca de ações com uma visão holística do ser humano.

Para uma efetiva ação em ST é fundamental ampla integração das diferentes áreas de conhecimento (saúde, educação, ergonomia, psicologia, antropologia e sociologia) com os trabalhadores.

Desta forma, é possível repensar os problemas de saúde e propiciar a transformação dos processos de trabalho, com o deslocamento do referencial biomédico, centrado na doença, para a compreensão e promoção da saúde de indivíduos e da comunidade, além da implantação de políticas públicas que considerem as reais necessidades dos trabalhadores<sup>(10,11)</sup>.

O PNSST, como parte da política para o setor de saúde cujo propósito é melhorar a qualidade de vida e a ST, foi colocado sob consulta pública em 2005, mas não apresenta resultados práticos até o momento.

Um dos grandes avanços nas discussões políticas e nas práticas, em decorrência da III Conferência Nacional em ST, em 2005, foi a integração entre os Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social, (MPS) no sentido de incluir os trabalhadores informais no sistema, fortalecer a participação dos trabalhadores nas políticas do MTE e do MPS e implantar o Nexo Técnico Epidemiológico, para inversão do ônus da prova quando do estabelecimento do nexo causal entre o agravo/doença e o trabalho<sup>(4)</sup>.

Essas conquistas foram significativas para a ST, mas requerem o fortalecimento da prática para que não caiam no esquecimento como tantos outros programas e políticas bem-redigidos, mas de pouca praticidade.

Destarte o desafio persiste e a discussão sobre a ST é imprescindível para que se concretizem as propostas. Neste sentido se pergunta: como essas ações têm sido efetivadas? Qual a real participação dos profissionais de saúde e segurança nesse processo?

Nesta breve revisão histórica constata-se que as prerrogativas da OIT e da OMS (prevenção, promoção da saúde), aliadas às diretrizes do SUS (integralidade, universalidade, equidade,

participação, descentralização), requerem mais prática e menos discurso. É preciso implementar a prevenção em consonância com os princípios do SUS e integrar os diferentes saberes e indivíduos nesse processo.

### **Competência das ações para a Saúde do Trabalhador – a questão da subnotificação**

Uma característica marcante na política da ST é a fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área, provocando resultados pouco eficientes para o trabalhador. Conflitos intersetoriais decorrentes das ações do SUS com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social referentes às ações de vigilância sanitária e epidemiológica em ambientes de trabalho resultam da indefinição de políticas integradas e, por consequência, dificultam possíveis avanços<sup>(11)</sup>.

A partir da regulamentação da Lei 8.080, em 1990, caberia ao SUS a responsabilidade pela assistência médica ao doente e ao acidentado no trabalho, mas se observa que, na prática, essa assistência continua sendo prestada nos moldes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). De maneira geral, as ações de reabilitação não foram incorporadas, mantendo-se sob a responsabilidade do MTE e do MPS, dentro da estrutura do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), fato que contraria a legislação do SUS sobre as ações de reabilitação na ST<sup>(3)</sup>. Por outro lado, as ações de fiscalização dos ambientes de trabalho continuam sendo executadas pelo MTE, pelo MPS, pelo INSS e pelas Coordenações de Relações do Trabalho (ex-Delegacias Regionais do Trabalho - DRT), sendo que tais fiscalizações constituem-se em parte essencial da execução das ações de vigilância sanitária<sup>(2)</sup>.

Ainda nesta perspectiva, ações iniciadas na década de 1980 com vista à assistência integral do trabalhador culminaram com a criação, em 2002, da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), apoiada pelos profissionais dos CEREST<sup>(12)</sup>. Tem-se buscado a participação conjunta dos serviços de saúde e de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária,

prevendo-se ações coordenadas pelos diferentes órgãos<sup>(4,12)</sup>.

Mesmo diante dessa nova alternativa há desafios a serem superados, como, por exemplo: a lógica da RENAST centralizada na atuação regionalizada dos CEREST, o que não corresponde à organização do SUS, que é centrada na municipalização; a frágil articulação intrasetorial, visto que a ST não foi ainda incorporada efetivamente na agenda do SUS nos âmbitos federal, estaduais e municipais; a falta de clareza sobre os diferentes papéis das coordenações municipais, estaduais e dos profissionais dos CEREST; e o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços<sup>(2)</sup>.

Entre as diretrizes da Política Nacional da Saúde do Trabalhador (PNST) do Ministério da Saúde MS<sup>(13)</sup>, estabelece-se a estruturação da RENAST, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. Verifica-se que os 150 CEREST do Brasil prestam assistência aos trabalhadores que adoecem ou se acidentam, promovem, protegem e recuperam-nos, além de investigarem as condições de segurança dos ambientes de trabalho. Nesse aspecto, tendo os CEREST abrangência regional, pergunta-se: como estão sendo realizadas essas ações em âmbito municipal, em articulação intra e intersetorial, características que fora estabelecidas pela RENAST e pelo SUS?

Algumas ações práticas implantadas pelos CEREST têm contribuído para aumentar a notificação dos acidentes de trabalho (AT), como, por exemplo, o treinamento dos profissionais (enfermeiros, em sua maioria) das unidades-sentinela, que são portas de entrada de urgência/emergência dos serviços de saúde. Os profissionais são treinados a identificar pacientes assistidos nos serviços que foram vítimas de AT graves e/ou fatais. As fichas de notificação são preenchidas e encaminhadas ao CEREST de referência para a devida investigação e abertura da comunicação de acidente de trabalho (CAT). Neste aspecto, além de ampliar a notificação dos AT, essas ações têm proporcionado redução dos AT e das doenças/agravos relacionados ao trabalho.

Apesar do poder atribuído aos profissionais das unidades-sentinela quando da notificação de agravos, cabem outros questionamentos: por que tais profissionais da área da saúde (redes públicas e privadas) se engajariam nesta luta com mais uma atribuição? Qual(is) deve(m) ser o(s) profissional(is) responsável(is) pela notificação?

A ST se depara novamente com um emaranhado de questões políticas e sociais com programas bem-redigidos, mas com dificuldades na implantação. A quem, de direito e de fato, compete à fiscalização dos riscos ocupacionais, das doenças, agravos e AT? Em qual atividade se insere cada um dos ministérios (MS, MTE, MPS) e como ocorre a coparticipação desses, dos trabalhadores e dos profissionais em Segurança e ST nesse processo?

Outro agravante é a subnotificação de doenças, ATs e mortes. Há unanimidade entre os sindicatos das diversas categorias de trabalhadores em considerar que esta subnumeração de eventos relacionados ao trabalho é enorme e considerada grave<sup>(14)</sup>.

Ressalta-se que a subnotificação de AT é uma realidade internacional. No Brasil, os dados também são conhecidos parcialmente, pois a notificação ao MPS é feita somente para uma parcela da população segurada pelo Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT). Destaca-se ainda, o sub-registro na população coberta pelo SAT, evidências de não diagnóstico e/ou não registro de acidentes menos graves e de casos de doenças relacionadas ao trabalho, com consequências para a saúde das vítimas<sup>(15)</sup>.

Assim, é difícil estimar o número de doenças e acidentes fatais ocorridos em situação de trabalho, visto que muitas fontes de informações limitam seus dados a populações circunscritas de trabalhadores. Outro fato é que nos ambientes laborais a notificação de AT sofre restrições dos contratos de trabalho; além disso, há também auditores fiscais e profissionais da vigilância da saúde que enfrentam dificuldades em avaliar esses ambientes e acessar os arquivos das empresas/instituições<sup>(16)</sup>.

Uma ocorrência positiva para a ST foi a sistemática instituída pelo INSS, a partir de abril de 2007, para a concessão de benefícios acidentários, por meio do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, que permite

obter uma noção mais exata da realidade dos AT no país<sup>(17)</sup>.

O que está definido nos âmbitos do SUS, do PNSST, da RENAST e dos CEREST auxiliará, em muito, a ST quando efetivamente colocado em prática. Com certeza, haverá trabalhadores mais saudáveis e mais emprego para os profissionais da saúde no Brasil.

Outro aspecto a ser considerado é a humanização da assistência, que preconiza o resgate da subjetividade do trabalhador da saúde para que ele encontre satisfação pessoal no trabalho<sup>(18)</sup> e, dessa maneira, possa cuidar dos seus clientes (trabalhadores) de forma holística e também humanizada.

Há muitas dificuldades a serem ultrapassadas, e a busca incessante por soluções deve contemplar aqueles que acreditam que o trabalho é não apenas uma necessidade, mas também um direito do homem, enquanto cidadão, especialmente considerando-se que o trabalho tem valor social e dignifica o ser humano e a sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As bases políticas e sociais para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador brasileiro estão determinadas e fundamentadas nos princípios da Constituição Federal e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram muitos os avanços, mas ainda há desafios a serem vencidos, como, por exemplo, favorecer a real participação do trabalhador no seu processo de saúde e trabalho e destacar o compromisso da classe empresarial ao assumir esta responsabilidade.

Ao se pensar a construção/reconstrução de ações e, conseqüentemente, de alterações políticas e sociais para a área da ST, a participação dos trabalhadores deve ser o princípio norteador, pois sem ela se continuará a escrever a história das doenças e a desviar-se da história da saúde como parte de um processo real de conquista da democracia no Brasil.

---

## REFLECTIONS ON BRAZILIAN OCCUPATIONAL HEALTH POLICIES: ADVANCES AND CHALLENGES

### ABSTRACT

The Occupational Health (OH) is a Public Health field whose object is the health-illness process of the human being and its relation with work. The health as everyone's right is praised by the Brazilian National Health System and is also proposed as part of the National Worker's Health Policy. This study presents a reflection of the OH context proposed program in Brazil, its policies, social and prevention characteristics undertaken in this context. It also points out problems such as underreporting of diseases, accidents and deaths related to work, identifies fragmentation of these actions, resulting in actual difficulties of establishing the responsibilities between various organizations and lack of training of professionals able to develop concrete actions. Though, for an effective action in OH there should be a broad interrelation and integration between the workers and the different knowledge areas such as health, education, ergonomics, psychology, anthropology, sociology, among others.

**Key words:** Occupational Health. Occupational Health Policy. Workers. Public Policies. Occupational Accidents Registry.

---

## REFLEXIÓN SOBRE LAS POLÍTICAS DE SALUD DEL TRABAJADOR EN BRASIL: AVANCES Y DESAFÍOS

### RESUMEN

La Salud Laboral (SL) es un campo de la Salud Pública cuyo objeto es el proceso salud-enfermedad del hombre en su relación con el trabajo. La salud como derecho de todos es defendida por el Sistema Único de Salud y es una propuesta para la incorporación de acciones en la Política Nacional de Salud y Seguridad Laboral. Este estudio consiste en una reflexión sobre el contexto de la propuesta de programa de SL en Brasil, sus características políticas, sociales y las acciones de prevención. Señala problemas como el subregistro de las enfermedades, accidentes y muertes relacionados con el trabajo e identifica la fragmentación de las acciones que resultan en la real dificultad de alcanzar las competencias en diversas organizaciones y la falta de entrenamiento de profesionales capacitados para desarrollar acciones concretas. Así, para que haya una efectiva acción en SL es necesaria una amplia articulación e integración entre los trabajadores y los diferentes saberes, como salud, educación, ergonomía, psicología, antropología, sociología y otras.

**Palabras clave:** Salud Laboral. Política de Salud Ocupacional. Trabajadores. Políticas Públicas. Notificación de Accidentes del Trabajo.

## REFERÊNCIAS

1. Lacaz FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007 abr; 23(4):757-66.
2. Dias EC, Hoefel MC. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia RENAST. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4): 817-27.
3. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005 out/dez;10(4):797-807.
4. Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde no Brasil: limites, avanços e desafios. In: *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2009. [citado 2010 jan. 26]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf) p.175-204.
5. Mendes R. *Medicina do trabalho: doenças profissionais*. Rio de Janeiro: Sarvier; 1980.
6. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(5):341-49.
7. Cavalcante CAA, Nóbrega JAB, Enders BC, Medeiros SM. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. *Rev. Eletrônica Enferm*. [on-line]. 2008;10(1):241-48. [citado 2011 jul. 07] Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>
8. Baptista RC. Doenças e outros agravos à saúde produzidos pelo trabalho. *Cad Inter Saúde, Tecnologia e Questão Social*. 2004;1(1):10-2.
9. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Campos FE, Oliveira Júnior M, Tonon LM. *Cadernos de Saúde em Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Coopemed; 1998.
10. Mendes R. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.
11. Porto MFS, Almeida GES. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(2):335-34.
12. Lourenço DAS, Bertani IF. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2007; 32(115):121-34.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.125/GM de 6 de Julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS [página na internet]. Brasília (DF), 2005. [citado 2010 jan. 26]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>
14. Lobo I, Andrade J. Brasil não notifica adequadamente acidentes de trabalho. [página na internet] Brasília; 2007 [citado 2010 jan. 26]. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/07/27/materia.2007.07.27.5350880550view>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
16. Correa PRL, Assunção AA. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo em três bancos de dados. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2003; 12(4):203-12.
17. Brasil. Ministério do Trabalho e do Emprego. [página na internet]. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Brasília (DF), 2007. v.1. [citado 2010 jan. 26] Brasília (DF): MTE: MPS, 2008. Disponível em: [http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3\\_090519-153719-033.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_090519-153719-033.pdf)
18. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciênc. Cuid. Saúde*. [on-line]. 2007 jul./set.;6(3):351-56. [acesso em 2010 Jan 26] Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4068/2725>

---

**Endereço para correspondência:** Marcia Eiko Karino. Rua Professor João Cândido, 626, apto 5, CEP: 86010-000. Londrina, Paraná

**Data de recebimento:** 09/03/2010

**Data de aprovação:** 14/04/2011