

# I. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: AMPLIAÇÃO DO OBJETO EM DIREÇÃO A UMA POLÍTICA DE ESTADO

---

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos  
Jorge Mesquita Huet Machado

Desde que o campo da saúde do trabalhador foi inscrito no sistema de saúde brasileiro, do ponto de vista ideológico e normativo como atribuição de saúde pública, o Estado brasileiro vem sendo chamado a uma responsabilidade de traçar políticas para a área. A partir do marco temporal de 1990, ano em que as leis orgânicas da saúde foram promulgadas, ocorreram muitas iniciativas no sentido de traçar uma política nacional, cujos resultados foram insuficientes como plano de ação consistente do Estado brasileiro. Pouco se fez na direção da intersetorialidade, praticamente não se constituiu uma vigilância sanitária dos processos de trabalho e persistem as inconsistências das informações.

Mesmo tendo-se um razoável diagnóstico dos obstáculos para a implementação da política, as soluções propostas vêm trilhando caminhos erráticos e periféricos, e nenhuma delas é priorizada na agenda de projetos para o país.

O campo da saúde do trabalhador foi acolhido parcialmente pela saúde pública e vive um permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico-operacional por dentro das práticas de saúde em geral. O fato se observa na questão assistencial, em todos os níveis da atenção, na formação e educação permanente dos profissionais de saúde, na questão das vigilâncias e no tratamento das informações, nos debates intergestores e da gestão participativa, enfim, na condução de políticas locais e programáticas.

Um dos principais dilemas na configuração de uma política nacional é o enfrentamento da blindagem política, reproduzida pelo sistema de saúde brasileiro, no sentido de não considerar a centralidade da categoria trabalho nos determinantes sociais dos agravos da população em geral.

Nesse contexto, o campo de produção de conhecimentos em saúde tem uma responsabilidade compartilhada, pelo desafio mal enfrentado de dar relevância à categoria trabalho como central em saúde pública, considerando que a maior parte da produção acadêmica sobre saúde do trabalhador tem um foco predominante na análise de enfermidades relacionadas ao trabalho (Mendes, 2003; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 2003; Freitas, 2005; Santana, 2006), e não na chamada enfática ao trabalho como determinante social relevante.

A par de uma explícita marginalidade no tocante à formulação das políticas públicas, a área de saúde do trabalhador se perpetua numa “equivoca fragmentação da área, intra e extrasetorialmente ao setor saúde, propriamente dito. Cultura de fragmentos, pois bem” (Vasconcellos, 2007: 18).

A trajetória tateante de constituição dessa política propiciou a conjugação de forças sociais e institucionais que, em algumas ocasiões, provocaram o Estado para uma definição política e um posicionamento mais claro e mais resolutivo em relação à área, sempre buscando o horizonte de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi o caso da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), ocorrida em março de 1994, com o tema incisivo: “Construindo uma política de saúde do trabalhador”. O momento da 2ª CNST foi o clímax de uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço suprassetorial de consolidar e provocar o desencadeamento de ações concretas no âmbito do SUS. Mas continuou faltando a definição de uma política mais determinante (Vasconcellos, 2007).

Na 3ª CNST, realizada em novembro de 2005, mais uma vez o temário do evento reportou-se à estruturação de uma política de Estado, já agora apontando para sua incorporação nas questões do desenvolvimento sustentável, condizente com os rumos das políticas globalizantes. Todavia, suas recomendações continuam sem receber acolhida no próprio Ministério da Saúde como pauta de sua agenda política. Novamente, reitera-se a marginalização do campo e o seu não reconhecimento como eixo estruturador de políticas de saúde no contexto dos processos produtivos e do desenvolvimento.

O desafio de se refletir sobre a formulação de uma PNST, compreendida a necessidade de se analisarem carências, avanços e tendências, metodologicamente deverá bem localizar o ponto de concepção do qual se parte. Nesse sentido, observamos a necessidade de se resgatar um conceito ideológico e político da saúde do trabalhador, perdido em uma confusa malha de marcos conceituais, em que persistem, de um lado, visões técnico e medicocêntricas;

de outro, resistências corporativas e institucionais ao ingresso do trabalhador como sujeito da construção do campo.

Para ser conceitualmente fiel ao ideário contra-hegemônico da saúde do trabalhador, não há lugar, sequer aproximado, para uma política nacional que se diga de saúde do trabalhador sem a confluência de duas construções que se complementam: uma, a de uma nova forma de construir a política pública com o trabalhador-objeto da política como sujeito da construção e não como reivindicante ou acompanhante dela; e outra, a de uma nova forma de produzir conhecimentos, especialmente na academia, na mesma linha de consideração do trabalhador-sujeito. As tentativas brasileiras nesse sentido são tímidas e incipientes.

Conceitos perdidos, tanto o do próprio campo da saúde do trabalhador em sua origem político-ideológica, quanto o de sua abrangência em direção ao ambiente externo aos sistemas de trabalho *stricto sensu*, são razões da crise de paradigma no estado da arte e no estado de suas práticas. Recuperar conceitos é ponto de partida para a política.

Em sua origem na Itália dos anos 60, a saúde do trabalhador pressupunha no caminho da política “o processo saúde-doença como emergente estrutural das condições de trabalho e das condições sociais gerais vinculadas ao trabalho”; “a incapacidade teórica do modelo médico de analisar a problemática da saúde dos trabalhadores”; e que “a solução mais significativa para a crise da saúde é dada pelo movimento operário que reivindica a unidade de ação e luta em torno da relação política e saúde” (Basaglia *et al.*, 1980: 14, 16, 28). Berlinguer (1983: 22-23) complementa:

Com relação às atividades dos poderes locais, passou-se da inércia frente à saúde operária (...) aos inquéritos conduzidos com a participação dos trabalhadores e dos especialistas, à criação de serviços municipais e provinciais de medicina preventiva, às propostas de leis regionais (...) para tornar mais eficazes as intervenções sanitárias nos lugares de trabalho. (...) propôs-se um modelo de proteção sanitária experimentado nas fábricas, com sua carga viva de participação popular, como ponto de referência para a regulação total da relação homem-ambiente e para a administração dos serviços sanitários.

O mesmo Berlinguer revela a face paradigmática da saúde do trabalhador, chamando a atenção para algumas inter-relações entre ciência e trabalho e homem-ambiente que estão ainda ausentes no debate e na construção teórica do desenvolvimento sustentável.

Creio que se os nossos filósofos (...) estivessem mais atentos à evolução da relação entre capital e trabalho, entre ciência e sociedade (...) poderiam ser retiradas das lutas pela saúde conduzidas na Itália, nesses anos, algumas indicações interpretativas de valor internacional para argumentos antigos que hoje suscitam debates apaixonados: a democracia como participação de massa; a relação ciência-trabalho e ciência-poder; os valores humanos na tecnologia moderna; a relação homem-ambiente. (Berlinguer, 1983: 23-24)

Assim, o paradigma da saúde do trabalhador, como campo técnico e político de mudança das relações entre saúde e trabalho, recupera-se na produção de conhecimentos vinculados ao espectro da saúde pública, em uma profunda revisão do modelo médico tradicional e na ruptura com a hegemonia médica na condução de suas práticas. Significa subordinar, na PNST, a saúde ocupacional – incluídas a medicina do trabalho e a engenharia de segurança –, a ela reservando a regulação técnica e normativa do contrato de trabalho estabelecido entre patrões e empregados.

A saúde do trabalhador transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. (...) invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais “direitos” estão subordinados. (...) arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no Estado democrático de direito. (Vasconcellos, 2007: 162)

Nesse contexto, é construído o campo da saúde do trabalhador na vinculação permanente entre ação de saúde e ação política, com os trabalhadores como sujeitos e protagonistas da ação político-institucional, inclusive na construção de conhecimentos e dos instrumentos de intervenção. E, por fim, o conceito de saúde do trabalhador se reencontra na sua ampliação em direção ao cenário do desenvolvimento sustentável, cuja base estrutural para a concretização da política tem como palco o SUS, em uma perspectiva efetivamente sistêmica que vai além do setor saúde.

## O SUS COMO PALCO SISTÊMICO DE UMA PNST

A possibilidade de efetivação de uma PNST depende, essencialmente, de uma profunda revisão do significado político-estrutural do SUS como instância articuladora e sistêmica do aparelho de Estado brasileiro no interesse da saúde.

A percepção objetiva e subjetiva do sistema de saúde, pautada na mídia, determinada pelo campo político e jurídico e fortemente enraizada no imaginário

simbólico da população, como um conjunto de serviços de saúde capazes de tão somente resolver os problemas assistenciais da doença, concorre para a manutenção de um comportamento político-institucional não sistêmico do SUS.

Entendemos que a uma concepção sistêmica do SUS agregam-se categorias subjacentes que lhe dão movimento: inter e transdisciplinaridade, intra e inter-setorialidade, transversalidade e transposição de limites com a transposição da gestão do sistema. Ou seja, no caminho de construção de uma PNST, o SUS deve ir além da intersetorialidade, transetorializando, transpondo os limites que impedem a criação de novos objetos estruturais para a implementação da política. Pode-se compreender transetorializar no sentido de se estar ao mesmo tempo entre, através e além dos setores e das disciplinas (Nicolescu, 1997, 1998).

Para tentar resolver os problemas que apresentam a interdisciplinaridade como processo de recomposição do saber fracionado, postula-se a ‘transdisciplina’ como a solução final: um conhecimento holístico e integrador, sem falhas nem vazios; um conhecimento reunificador que transcende o propósito de estabelecer pontes interdisciplinares entre ilhotas científicas isoladas (Leff, 2000).

Utilizando o conceito de transdisciplinaridade, pensar o SUS em uma perspectiva transetorial significa romper com a cultura reducionista de cada setor isoladamente na formulação e implementação de seus objetos. Significa reorganizar o aparelho de Estado e colocá-lo permeável à saúde nos objetos de interesse da política pública, com capacidade de introjetar suas estruturas nas respostas executivas em que haja afinidades e identidades comuns. Significa também romper com a cultura de fragmentos que, nos primórdios da construção do SUS, originou o princípio regente do sistema: a unicidade.

Em síntese, uma política de Estado centrada nas relações saúde-trabalho, cuja extensão natural de sua operacionalização recai na dimensão dos processos produtivos, do desenvolvimento e de sua sustentabilidade, implica a transversalidade da categoria trabalho, a transetorialidade articulando estruturas do Estado e a necessária transposição dos limites da gestão do SUS, em direção a uma transição para o ‘trans’.

A perspectiva de transição para o ‘trans’, especialmente no caso da transetorialidade, com base na transposição da gestão, implica a compreensão de que as políticas, os planos e as ações decorrentes da saúde como estrutura sistêmica do Estado tornem-se capazes de serem introjetados em todas as esferas de decisão das políticas, com a condução (ao menos compartilhada) do SUS e utilizando a capilaridade estrutural do sistema como instâncias efectoras. Em

última instância, a transição para o ‘trans’ culmina com a transformação do SUS em sistema (Vasconcellos, 2007).

Desse modo, não há como se pensar uma PNST sem ampliar o olhar sobre o horizonte das relações saúde-trabalho e sem ter como esteio da sua operacionalização um SUS efetivamente sistêmico, interferindo nas múltiplas faces das políticas públicas de interesse da saúde. “Uma Política Nacional de Saúde que quer ser eficiente e eficaz deve partir de uma concepção ampla da questão saúde que permita o redimensionamento das políticas e ações específicas nos diferentes âmbitos do poder em que se fizer necessário” (Tambellini, 1988: 8).

O SUS como ponto de partida para redirecionar o modelo de atenção à saúde em sua relação com o trabalho, a produção, o consumo, o meio ambiente e o desenvolvimento pauta-se na sua missão político-estrutural de dar resposta às grandes questões de saúde do país, especialmente por essa vocação sistêmica não implementada. Os pressupostos da unicidade e da integralidade não foram efetivamente incorporados.

A constituição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, por decreto presidencial de 13 de março de 2006 (Brasil, 2007), ao reconhecer o que a Constituição Federal já assinalava, em termos de garantia da saúde “mediante políticas sociais e econômicas”,<sup>1</sup> e o que a Lei Orgânica da Saúde, desde 1990, considerava como fatores condicionantes e determinantes da saúde,<sup>2</sup> é uma primeira aproximação com a vocação sistêmica do SUS, na direção de buscar políticas transeitoriais.

Entretanto, é curioso que o decreto que cria a comissão e estabelece seus objetivos não faça qualquer menção ao SUS, ao seu papel no desenrolar da política e à sua responsabilidade de disponibilizar estruturas e ações nesse processo. A expressão ‘Sistema Único de Saúde’ sequer é mencionada no ato presidencial.

Parece haver uma crise de identidade do SUS, velada e intocada, no que diz respeito ao seu papel contra-hegemônico ao modelo hospitalocêntrico, e que foi um de seus pilares de formulação.

1 “Art. 196. 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” (Brasil, 1988).

2 “Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (Brasil, 1990).

Um emblema do que seria essa crise de identidade do SUS como sistema agregador de políticas públicas no interesse da saúde é dado pela análise de uma de suas missões: “Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição”, com base na atribuição de atuar na vigilância nutricional e na orientação alimentar (Brasil, 1990).

A despeito dessa ‘antiga’ formulação, ao SUS não coube o protagonismo do que é o carro-chefe das políticas sociais do governo brasileiro: o Programa Fome Zero, cujo caráter intersetorial da política, envolvendo diversas estruturas do aparelho de Estado, confirma a marginalização do sistema de saúde como estrutura sistêmica.

É evidente que a complexidade de uma política de combate à fome, com base na compensação econômica, exige o envolvimento de grande parte das estruturas do Estado, ultrapassando os limites de cada uma delas, isoladamente. O que é incompreensível é a destituição do SUS como parte essencial na condução de uma política social, fundamentalmente com foco na saúde (Vasconcellos, 2007).

Outros empreendimentos com a estatura de política de Estado podem ser invocados para ilustrar a marginalização do SUS e o não reconhecimento de sua capacidade estrutural sistêmica. A Política Nacional de Ordenamento Territorial, que agrega centenas de planos e programas de governo em territórios distintos, ordenados de forma sistêmica para melhor articular as diversas políticas setoriais, reserva ao SUS tão somente a disponibilização de hospitais, especialmente filantrópicos (Brasil, 2006a). E mais recentemente, no Programa de Aceleração do Crescimento – PAC (Brasil, 2007), cujos megainvestimentos, especialmente em infraestrutura, serão aplicados em numerosas regiões do território nacional, pode-se antever a nula participação do SUS no programa. Em nenhum dos documentos oficiais sobre o programa observa-se algum cuidado com o planejamento de saúde de cada um dos territórios – o impacto epidemiológico, as cargas migratórias, a capacidade de se atender a novas demandas, a construção de indicadores, o monitoramento do processo e a busca por um melhor padrão de saúde da população, concomitantemente ao crescimento planejado.

Estamos, assim, diante de um grande desafio no sentido de pautar o SUS na agenda do governo, não só para reconduzir o sistema à sua aspiração original de aparelho do Estado brasileiro a fim de mudar a face sanitária do país, como também para colocar sua capilaridade estrutural à disposição das grandes mudanças necessárias na ordem social.

Nesse contexto, uma PNST com capacidade para determinar rumos distintos ao campo não se viabiliza sem uma profunda revisão do papel do SUS, cujo modelo de foco assistencial na saúde do trabalhador afasta-se do centro nervoso em que se produzem os agravos à saúde.

## O DESENHO DA ATUAL POLÍTICA: ESTRUTURA E PROCESSO

A par de várias iniciativas no campo da saúde do trabalhador, ao longo do período em que a lei n. 8.080/90 está em vigor, poucas são as inovações que possam indicar mudanças substanciais da PNST. Mantêm-se como características: a formulação normativa pluri-institucional e desarticulada; a execução de ações também pluri-institucionais e desarticuladas; a exclusão de grandes contingentes de trabalhadores do alcance da política tradicional; a manutenção de informações oficiais sem caráter epidemiológico; a formação de quadros com base no recorte medicocêntrico; e, entre outras variáveis, a manutenção do sujeito trabalhador como corpo-objeto.

Além disso, as tímidas tentativas de entrada do SUS no campo das relações saúde-trabalho como instância responsável e agregadora, ao não ostentar de forma incisiva a chancela de uma política de saúde pública do Estado brasileiro, acrescentaram questões que mais ocasionaram problemas para a sua implementação do que solucionaram antigos problemas. Por exemplo, agregaram-se situações de conflito na esfera da vigilância em saúde do trabalhador, especialmente com o Ministério do Trabalho, em decorrência de vários fatores, mas principalmente pela omissão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a que os gestores do SUS se reportam para justificar sua não operacionalização. Aprofundaram-se, ainda, os nichos de saúde do trabalhador, com a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast),<sup>3</sup> cuja esperada intenção de dar organicidade à área no SUS vai desvirtuando seu rumo e mantendo o campo na marginalidade institucional, como conjunto de polos assistenciais paralelos à rede instalada.

---

3 Instituída pela portaria do Ministério da Saúde n. 1.679, de 19 de setembro de 2002, a Renast articula os três níveis de gestão: o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde dos estados e do Distrito Federal e a Secretaria de Saúde dos municípios. Segundo o próprio Ministério da Saúde, a Renast deve ser compreendida como uma ferramenta estratégica no sentido da construção, no âmbito do SUS, de uma efetiva política de Estado na área do atendimento à saúde do trabalhador. A Renast financia a criação e/ou o incentivo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, definidos como polos irradiadores, em uma determinada região, da cultura da saúde do trabalhador, assumindo a função de suporte técnico e científico junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS, orientando-os nas suas práticas de atenção.



Essas consequências, entre outras, subsistem pela continuidade de uma estrutura xifópaga com duas vertentes de condução da política nacional, que correm paralelas: “uma contratual-previdenciária, já consolidada, de forte caráter normativo fiscal e reparador financeiro dos danos; e uma epidemiológico-sanitária, em fase de construção, de forte caráter universalista e vinculada ao controle social” (Vasconcellos, 2007: 96).

Embora tenham ocorrido alguns avanços no campo da saúde do trabalhador, especialmente no da produção de conhecimentos, a rigor não se superou a fragmentação estrutural que tantos têm noticiado há anos (Oliveira & Vasconcellos, 1992; Brasil, 1993; Dias, 1994; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997; Silva *et al.*, 2001; Corrêa *et al.*, 2004; CUT, 2002).

O nível de articulação entre as estruturas do aparelho de Estado – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)/Ministério da Saúde; Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Cesteh/Ensp/Fiocruz); Superintendências Regionais de Trabalho e Emprego (SRTE); Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro); Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); universidades; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Renast/Cerest) – é baixíssimo, inexistindo na maioria dos casos. Atribuições superpõem-se, dispersam-se recursos e somam-se as omissões.

Essa estruturação reflete o quanto o Estado brasileiro, no nível da macropolítica, deixou ‘correr solto’ o enigma da saúde do trabalhador. Algo deixou de ser feito. Seriam tantas as razões:

Não podemos transformar a Saúde do Trabalhador em guetos (...) via Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (...). O nosso desafio é que cada trabalhador de saúde, cada serviço de saúde nas suas ações faça Saúde do Trabalhador e se tenha Unidades realmente de referência nas áreas de assistência e vigilância, de apoio e diagnóstico e de capacitação de recursos humanos. (Jaeger, 2001: 7)

E, ainda, é importante lembrar que:

apesar de (...) experiências inovadoras, a área ainda não logrou atingir de fato a integralidade da atenção. E aqui inicia o primeiro nó crítico, que considero fundamental, que é a questão do modelo assistencial. Tal modelo foi construído, principalmente, centrado na criação e funcionamento de centros de referência, ou unidades de referência, que tornaram-se quase “ilhas autônomas”, marginais ao restante do sistema (...) não consideram

ainda o trabalho como um determinante do processo saúde-doença. (Nobre, 2001: 105-106)

As bancadas de trabalhadores dentro dos conselhos estão discutindo uma série de coisas fundamentais e indispensáveis em política de saúde e estratégia de saúde. Mas as políticas específicas de saúde do trabalhador precisam ser um pouco tiradas a saca-rolha, ainda. (Santos, 2001: 83)

Uma das dificuldades de se decifrar o enigma da saúde do trabalhador deve-se à complexidade da área e à natureza transdisciplinar do seu objeto, configurando o que Machado (2004) assinala como uma “crise no campo dos saberes”.

Do lado acadêmico, a perplexidade é visível pela falta de uma base conceitual que harmonize as ações transversais, sendo este um dos elementos fundamentais para a superação da crise de perplexidade institucional, de formulação, de resistência e de representatividade. A formulação interdisciplinar, resultante do entendimento da saúde do trabalhador por vários atores sociais, não tem dado conta desse conflito. A construção conceitual da área vem se pautando por hierarquizações que não correspondem aos papéis possíveis de serem desempenhados pelas instituições isoladamente (Machado, 2004).

A rigor, nossa avaliação é de que a estruturação da área, no período SUS, não foi consentida como a política de saúde inovadora que a Reforma Sanitária idealizava. Todos os avanços no processo de constituição da área, por dentro do sistema de saúde, consignaram-se de modo um tanto errático, elaborados entre o terceiro e o quarto escalões da gestão do sistema. Colocando seus abnegados técnicos – profissionais de saúde – e representantes do controle social, defensores de uma política mais proativa, em uma posição de luta permanente contra o descaso com a área, a saúde do trabalhador no SUS segue como um processo de construção de desfecho pouco alvissareiro.

A Renast ruma, cada vez mais, por caminhos assistenciais (Andrade & Kassawara, 2004; Brasil, 2006b), confirmando temores quanto à sua estruturação original e configurando uma política programática focal de baixo alcance (Vasconcelos, 2007).

Em relação ao processo de vigilância em saúde do trabalhador (Visat), os avanços, ao longo dos últimos anos, tais como o controle da silicose na construção naval (Miranda, 1997) e o controle da exposição ao benzeno (Machado *et al.*, 2003), ainda constituem soluções direcionadas para problemas pontuais. De certo modo, revelam a incapacidade da vigilância em saúde do trabalhador

de olhar globalmente para os processos produtivos. Na maioria das vezes, a solução de problemas da relação saúde-trabalho, embora legítima e necessária, origina-se casualmente no encontro entre a demanda e a oportunidade, por mecanismos que não se configuram em políticas mais perenes. Seja por interesse pessoal do pesquisador-interventor sobre um determinado tema; pela direcionalidade de pesquisas-intervenção pelos aparelhos formadores, em razão de interesses acadêmicos e/ou facilitadores das agências de financiamento; por demandas trazidas por trabalhadores mais organizados e com maior capacidade de reivindicação, participação e luta; por menor potencial de geração de conflitos para chegar às soluções direcionadas; pela presença nos serviços de vigilância de profissionais ‘especialistas’ em determinados temas; por situações de emergência para determinados agravos com maior visibilidade epidemiológica e/ou social; ou ainda pela facilidade de intervenção em setores historicamente mais permeáveis a eventuais mudanças (Vasconcellos, 2007), as iniciativas têm baixa reprodutibilidade, baixa difusão e dificuldade de abrangência. A ausência de uma PNST é sua sentença.

é perceptível um intenso crescimento da área (...). Porém, quando comparada com as práticas de assistência ainda é possível considerar a vigilância como uma prática incipiente, que vem ocupando um espaço periférico e mal definido dentro dos modelos de atenção à saúde no Brasil. (Ribeiro *et al.*, 2001: 130)

Sem desmerecer o avanço sobre o controle de algumas enfermidades relacionadas ao trabalho, a desvinculação de uma vigilância em saúde, na linha de uma efetiva política de Estado, impede que ocorram transformações mais perenes do processo saúde-trabalho-doença.

a implementação desta prática articulada ainda é emergente. (...) O cotidiano das práticas de fiscalização, salvo ações isoladas, ainda reproduz o modelo centralizador, punitivo e isolado do Ministério do Trabalho (...). A grande maioria dos Serviços de Saúde do Trabalhador ainda não viabiliza a prática interdisciplinar, pluriinstitucional e articulada com o controle social (...). A Vigilância em Saúde do Trabalhador se insere nas práticas de um Estado que pode ser modificado a qualquer momento pela sociedade, dependendo da correlação de forças entre o capital e o trabalho. (Ribeiro *et al.*, 2001: 130-132)

São muitos os nós críticos para a implementação da Visat no Brasil. Pesquisa realizada no início desta década constatou: necessidade de treinamento e capacitação; carência de recursos materiais; problemas na definição

de fluxos e de indicadores de avaliação de impacto das ações; necessidade de integração dos níveis de gestão do SUS; necessidade de legislação municipal pertinente; reconhecimento por parte do empresariado que resiste à atuação; baixa consciência sanitária dos trabalhadores; dificuldades de parceria com sindicatos de trabalhadores; inexistência de organização sindical no local de trabalho; pouco envolvimento dos gestores municipais; falta de investimento específico (Lacaz, Machado & Porto, 2002).

Em síntese, a estrutura do campo da saúde do trabalhador e o processo dinâmico de suas ações no universo das práticas de saúde ainda exibem uma face incipiente, do ponto de vista de uma política pública articulada e bem elaborada que a complexidade e a relevância do campo exigem. Há mesmo um descompasso entre o formulado constitucionalmente e o instituído como política de Estado.

*Cuando la Constituyente del 88 selló un salto delante de los derechos sociales al consignar la responsabilidad del Estado en la atención de la salud de los/as trabajadores/as y del medio ambiente, estaba colocándose a la altura de los cuerpos jurídicos más avanzados y señalando la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud de ocuparse de la protección del trabajo y de la promoción de condiciones saludables en el mismo, no sólo en los espacios convencionales de trabajo industrial, sino en todos los ámbitos donde se ejerce trabajo humano, formal o informal, del espacio público o privado, del ámbito doméstico o extradoméstico, en fin, de toda la población que trabaja (...). (Breilh, 2001: 32)*

## CONTEÚDOS PARA UMA OUTRA POLÍTICA

Em um contexto político-econômico globalizado, intensamente dinâmico e sujeito a oscilações conjunturais que subordinam o Brasil a regras de mercado cada vez mais hegemônicas nas relações internacionais, a ótica da saúde do trabalhador tende a perder terreno como política de saúde. Nesse cenário, para se pensar uma PNST a partir do SUS, é preciso avançar para estratégias mais condizentes com preocupações hoje plenamente assumidas pelo mercado – como é o caso do desenvolvimento sustentável. Assim, supomos que as relações saúde-trabalho, como política de saúde, encontrem brechas significativas de entrada nas políticas de Estado direcionadas para as relações saúde-produção-desenvolvimento. Esse parece ser o grande desafio atual do campo da saúde do trabalhador.

No Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, coordenada pelo ministro Bresser Pereira, realizada no primeiro governo Fernando Henrique

Cardoso (1995-1999), a inclusão da “fiscalização de normas sanitárias” como atividade exclusiva do Estado (Brasil, 1995) sinaliza para alguns aspectos. Em primeiro lugar, corrobora a compreensão de que é possível, mediante a utilização de normas sanitárias e mecanismos de vigilância (portanto, no campo da saúde pública), estabelecer políticas mais sólidas de intervenção sobre os fatores determinantes de adoecimento e morte localizados nos processos produtivos. Em segundo lugar, indica que essa política de vigilância pode ser consolidada mesmo em um contexto de reforma neoliberal do Estado brasileiro, que o governo Lula claramente veio mantendo em sua agenda, nos moldes propostos por Bresser Pereira. O fato situa a vigilância em saúde do trabalhador como ponto estratégico de avanço, desde que marcada pela chancela do desenvolvimento sustentável e com a remodelação metodológica necessária para enfrentar novos desafios.

Na verdade, a natureza política da saúde do trabalhador já era prevista em seus primórdios:

há (...) dois elementos políticos novos. O primeiro é que os trabalhadores, defendendo na fábrica a sua saúde, defendem também a saúde da comunidade (...) conscientes desta nova relação entre a “condição operária” e a condição humana em geral, fogem das tendências corporativas e assumem (...) sua função de vanguarda e de libertação. O segundo (...), de que a biosfera tem uma unidade mundial, e que qualquer perturbação do equilíbrio adquire uma dimensão planetária. Tudo isto cria uma nova base objetiva para o internacionalismo, sublinha a exigência de acelerar em todos os países o movimento de libertação dos homens, impõe a associação da ação política com a iniciativa técnico-científica, sugere formas de ligação mais profundas das lutas nos diferentes países. (Berlinguer, 1978: 72)

Tambellini e Câmara (1998: 52) reafirmam a superação do paradigma clássico naturalista da saúde:

pensar o acontecimento e o conceito/a realidade e sua explicação levou à configuração de novas possibilidades de intervenção técnica no campo da saúde (...) a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ambiental, intrinsecamente unidas, como as dimensões técnicas da intervenção do campo de preocupações Produção/Ambiente/Saúde.

Os nítidos contornos de uma desfocalização da relação saúde-trabalho do mundo da saúde pública e do desenvolvimento sustentável, tanto no campo político quanto no da produção de saberes, são os obstáculos a serem vencidos

na construção de uma política nacional centrada em uma refocalização da saúde do trabalhador.

uma ausência de estratégias de atenção à saúde dos trabalhadores (...) pode ser caracterizada como uma estratégia de negação, estabelecida para resultar em ocultamento dos conflitos ambientais e de saúde resultantes do processo de desenvolvimento em curso (...). Se as políticas públicas fecham os olhos para estes problemas, o governo engendra sua exclusão das prioridades do setor saúde, e dificulta sua visibilidade para a sociedade: na mídia, na pauta de negociação entre trabalhadores e empregadores, entre os temas de pesquisas (...). O compromisso com um processo de desenvolvimento sustentável deveria significar (...) um intenso e profundo investimento no controle dos riscos ocupacionais e ambientais gerados pelas indústrias, iniciado na seleção dos ramos de atividade menos nocivos, no acompanhamento do projeto das instalações, no monitoramento da qualidade ambiental, na normatização e fiscalização, na preparação do setor saúde, trabalho e meio ambiente (...) da abertura de canais de democratização e de participação da sociedade civil nos processos decisórios. (Rigotto, 2004: 234-235)

Assim, a constituição de uma agenda de construção da PNST passa pela refocalização da relação saúde-trabalho no campo político e no da produção de conhecimentos. Algo semelhante ao ocorrido no movimento pela Reforma Sanitária, em que o conhecimento técnico-científico infiltrou o pensamento político, e a ação política deu a devida relevância a esse conhecimento. Pensar na centralidade do processo de produção como condicionante sanitário significa uma nova estruturação radical no campo das práticas.

Alguns dos pontos de uma possível agenda para a deflagração do processo de construção da política são imprescindíveis: a saúde pública como o seu campo de atuação, com o SUS como sistema efetor transectorial, sob comando único e universal quanto ao plano e à logística em cada esfera de governo local.

Entre as diversas iniciativas destaca-se, *a priori*, a transformação do modelo de intervenção do Estado sobre os riscos dos processos e ambientes de trabalho, colocando as vigilâncias sanitária e epidemiológica de todos os municípios brasileiros como primeira linha de enfrentamento dos danos à saúde do trabalhador, reservando às demais estruturas de governo – trabalho, previdência, meio ambiente e universidades – o apoio técnico-operacional, o treinamento e as ações de maior envergadura e complexidade. E, concomitantemente, na criação de planos estratégicos de ação baseados em uma política sintonizada com toda a estrutura do Estado, nas áreas do meio ambiente, planejamento, educação, indústria e comércio, transporte, agricultura e todas as demais

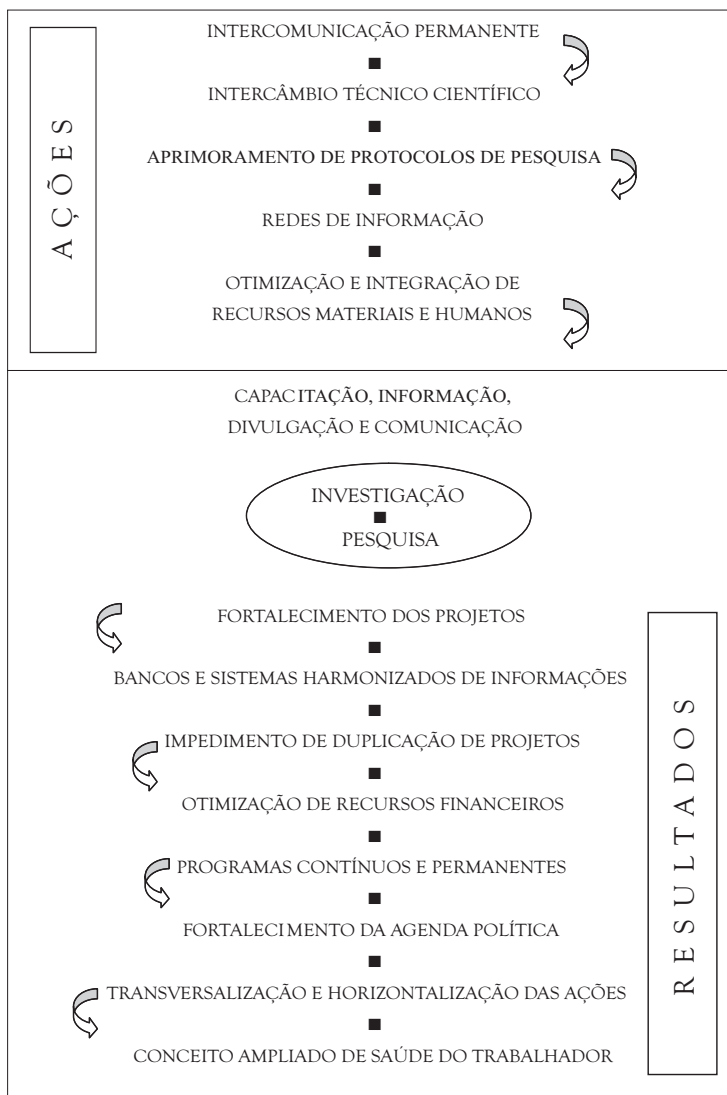
capazes de inserir o tema na agenda dos compromissos nacionais e internacionais do Brasil, no marco da globalização econômica e do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2002; Vasconcellos, 2007).

A vertente da produção de conhecimentos, da mesma forma estratégica para dar suporte técnico-científico ao desenvolvimento da política, empresta sua relevância na medida de mudanças e aprimoramentos de seus enfoques usuais, sintonizados com a nova ordem global que exige uma revisão de paradigmas. A produção científica também é essencial para o adequado embasamento das iniciativas de formação em saúde do trabalhador, sejam elas dirigidas a alunos de graduação e pós-graduação, sejam a profissionais de saúde, lideranças sindicais ou trabalhadores. A análise do cenário atual no mundo do trabalho e de suas perspectivas em um futuro próximo poderá facilitar bastante o esforço em definir prioridades para a saúde do trabalhador (Rêgo *et al.*, 2001).

A pesquisa em saúde do trabalhador, via de regra, atua sobre campos territoriais delimitados, cujos eventuais resultados que geram transformação de processos e ambientes limitam-se aos mesmos campos territoriais. A incapacidade político-estrutural de valorizar a pesquisa como instrumento da transformação impede que a identificação de problemas de caráter singular, mas frutos de relações sociais e produtivas similares, dimensione agravos e problemas em outros processos diversos, outros momentos e outros territórios (Vasconcellos & Ribeiro, 1995). Ou seja, a pesquisa perde o pragmatismo da reprodutibilidade e economia de tempo e recursos. Contribui para isso a formação medicocêntrica do pesquisador, cuja avaliação de preferência e relevância do objeto da pesquisa é mais da alçada da orientação acadêmica do que propriamente sua.

Na ampliação do campo de investigação e pesquisa da saúde do trabalhador, com a incorporação de variáveis relacionadas ao desenvolvimento sustentável, é imperioso pensar em metodologias capazes de imprimir um maior nível de articulação, mesmo porque outros campos do conhecimento serão requeridos. “Disciplinas utilizadas de forma esporádica em pesquisas no campo da saúde do trabalhador, como a economia, o direito e as ciências políticas, passarão a ser imprescindíveis em qualquer investigação na área das relações saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável” (Vasconcellos, 2007: 233). A Figura 1 apresenta algumas variáveis no campo da produção de conhecimentos, na perspectiva de uma PNST.

Figura 1 – Multiprojetos concêntricos de pesquisa nas relações saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável no SUS



Fonte: Vasconcellos, 2007.

Quanto à vertente da formação de recursos humanos, tendências e consensos se referem a alguns pontos: importância do investimento em capacitação; estratégias adotadas em razão das peculiaridades regionais e da diversidade dos processos produtivos; contextos políticos e culturais; heterogeneidade



dos serviços; e heterogeneidade da formação, relacionada às oportunidades e às singularidades dos que atuam na área (Rigotto *et al.*, 2001). Em síntese, uma PNST deve creditar relevância ao processo de formação, considerando a necessidade de se definir o papel das instâncias do SUS e das instituições formadoras, calcada na lógica sistêmica da descentralização, e agregando conteúdos temáticos coerentes com a ampliação do objeto da saúde do trabalhador.

Nesse contexto, cabe

definir uma política nacional de capacitação, a partir das bases, de concepção descentralizada e acompanhar sua implantação; estabelecer as diretrizes estratégicas que considera fundamentais, como a questão da Globalização e da Reestruturação Produtiva e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores e a intervenção dos serviços; as inter-relações entre trabalho, meio ambiente e saúde; a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional; a intersetorialidade, etc. (Rigotto *et al.*, 2001: 145-146)

Outro ponto é o papel de excelência da Renast na elaboração, na execução e no acompanhamento da política, por se tratar da rede estrutural, por dentro do SUS, com capacidade instalada e linhas de financiamento bem estabelecidas. Para dar conta de se tornar instância estratégica na redefinição e elaboração de uma PNST, a Renast deveria ser alvo de uma remodelação de seus objetivos e meios. Sabendo-se que a solução para os problemas decorrentes do modelo Renast não está no nível de governabilidade da própria Renast, o nível de decisão será o da resolutividade na estrutura de gestão, não só do SUS como também na do próprio aparelho de Estado em seu todo, segundo as variáveis antes assinaladas.

Um eventual projeto de uma Renast revigorada deve partir de uma padronização estrutural para os centros de referência/Renast, em uma inserção capaz de dialogar com instâncias do planejamento estratégico dos três níveis de gestão do SUS.

Nas aproximações que faz o discurso teórico entre saúde/trabalho-produção/consumo/meio ambiente e desenvolvimento sustentável, uma Renast revitalizada e condizente com uma política de Estado mais abrangente, que contemple essas variáveis, encontra-se na linha de um SUS sistêmico, em transição para o transdisciplinar, transetorial, transversal e transpondo a gestão.

Como pontos de enfoque de atuação da Renast, no contexto de uma nova PNST, podem-se considerar: a ampliação do objeto para uma rede de atenção às relações saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, articulando organicamente na rede as variáveis antes implicadas; a ampliação das estruturas,

especialmente daquelas relacionadas às instâncias de meio ambiente do SUS, situadas nas três esferas de gestão, em um novo locus de planejamento com maior capacidade decisória; intrasetorialmente, a capacidade de estabelecer diretrizes conjuntas com a atenção básica, as vigilâncias e a rede assistencial; transetorialmente, a coordenação compartilhada com outras estruturas do Estado em nova instância de planejamento, pactuação e estabelecimento de diretrizes políticas, subordinando programaticamente estruturas efetoras do aparelho de Estado mais próximas dos objetos da política: saúde, trabalho, previdência, educação e meio ambiente, entre outras.

Além disso, algumas caixas de diálogo esparsas como o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat), as comissões intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist), os grupos de trabalhos (GTs) da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) – GT de Saúde do Trabalhador e de Meio Ambiente –, a Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP), as instâncias de controle social, entre outras, poderiam estar articuladas, elaborando conjuntamente o plano das políticas públicas. Nesse contexto, a Renast e seus centros, com seu papel redirecionado, poderiam servir como pontas de lança das políticas locais de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável em todo o país, inclusive servindo como *campi* avançados de pesquisa, formação e educação permanente para a área, em conjunto com as universidades.

Em síntese, uma Renast ampliada e remodelada seria uma instância de planejamento, gestão de informações e coordenação de ações diversas – capacitação, educação permanente, vigilância, articulação, comunicação etc. – em rede nacional, abarcando as interfaces saúde, trabalho, produção, ambiente, consumo e desenvolvimento sustentável, de modo transetorial integrado.

Como já se observou, a partir do Plano de Reforma do Estado a vigilância em saúde do trabalhador se tornou o locus, talvez mais privilegiado, para desenvolver ações de uma política de Estado em saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável. No entanto, no Brasil temos vigilâncias demais, cujo somatório tantas vezes resulta em nenhuma. Então, para uma nova política, uma nova vigilância.

A Visat, como a compreendemos, é parte intrínseca da vigilância em saúde e, se guarda especificidades da relação saúde-trabalho, transcende o objeto da saúde pública vertical e horizontalmente.

As distintas transcendências, com base na análise do modelo de vigilância em saúde, são desejadas na sua territorialização e distritalização (Mendes, 1993;

Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998; Monken & Barcellos, 2005), na revisão de suas práticas (Teixeira, 1999) e do seu marco conceitual (Sabroza, 2006), na sua constituição como rede (Santos & Bittencourt, 2005), na consideração a territórios de exclusão e contextos vulneráveis (Porto, 2007) e, ainda, na integralização de todas as vigilâncias, entendendo-as como atenção básica no sentido da prevenção, da proteção, da promoção e da precaução em saúde (Augusto, 2005).

Mais perto do objeto da Visat, os desejos recaem na inclusão de outras variáveis em um novo paradigma, acrescentando-lhe maior abrangência e amplitude (Franco Netto & Carneiro, 2002; Brasil, 2005; Barcellos & Quitério, 2006), na observação de cadeias produtivas (Dias *et al.*, 2002), na implicação de sujeitos sociais (Breilh, 2003) e na radicalização do processo participativo com ampliação do controle social no planejamento e no acompanhamento de ações (Brasil, 1998).

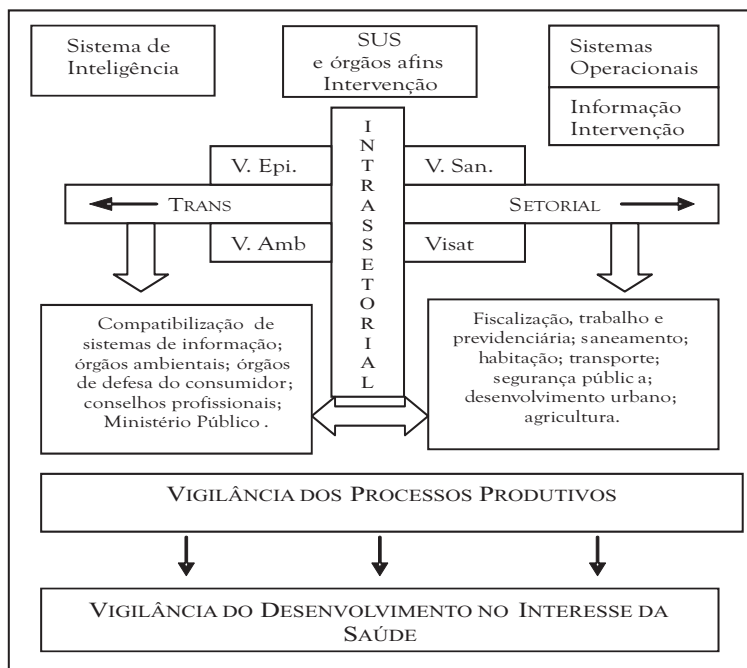
De há muito, a Visat vem sendo debatida e estudada por diversos pesquisadores (Santos *et al.*, 1990; Lacaz, 1992, Wunsch Filho *et al.*, 1993; Vasconcellos, 1994; Oliveira, 1994; Pinheiro, 1996; Machado, 1996; Santos, 2000; Lacaz, Machado & Porto, 2002; Machado & Porto, 2003; Pinheiro, Ribeiro & Machado, 2005), analisando as interfaces entre a política, o método, as práticas e os conflitos da Visat. Na

situação atual, em termos gerais, poderíamos afirmar que o modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador brasileiro possui um caráter híbrido, calcado em experiências institucionalizadas e generalizadas de múltiplas facetas, repletas de ações voluntaristas e de personalismos, em contexto institucional desestabilizado. (Machado & Porto, 2003: 129)

Sintonizada com a revisão do papel do SUS para um horizonte efetivamente sistêmico, em um contexto de ação sistêmica da vigilância em saúde em um dado território transetorial, unido de ações transversais para fora dos equipamentos de saúde e garantido pela transposição da gestão, a vigilância em saúde do trabalhador poderia ser assumida como um braço técnico-operacional no teatro de operações do território político.

É nesse cenário de novos caminhos que uma Visat ampliada, algo como uma Vigilância dos Processos Produtivos (VPP), poderia se tornar mais agregadora e mais atualizada em seus parâmetros metodológicos. Na Figura 2, observamos uma síntese do componente de vigilância de uma nova PNST.

Figura 2 – O SUS e uma nova vigilância em saúde: o sistema de vigilância dos processos produtivos e do desenvolvimento



Fonte: Vasconcellos, 2007.

A operacionalização de uma VPP, agregando vigilâncias e fiscalizações em graus de complexidade da ação, contaria com o apoio técnico, estrutural e logístico dos Cerests/Renast, cujas estruturas estão disseminadas em rede por todo o território brasileiro. A potencialidade dessas estruturas é inusual no SUS como reserva técnica estratégica.

Nesse contexto, seriam parâmetros para sua adoção: o político-gerencial, dado pela decisão (*decision-making*) de assumir uma política de Estado na área de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, utilizando a capacidade sistêmica do SUS; o teórico-metodológico, dado principalmente pela portaria n. 3.120/98, cujo objeto de vigilância seria ampliado da saúde do trabalhador para os processos produtivos, com as adaptações e agregações necessárias; o técnico-administrativo, dado pela adoção de níveis de complexidade da ação, utilizando a capacidade instalada das vigilâncias, da Renast, da atenção básica e dos órgãos afins fora do setor saúde propriamente dito (Vasconcellos, 2007).

## CONCLUSÃO

Uma PNST, com cara de política de Estado, passa pela remodelação de sua identidade, reafirmando a centralidade da categoria trabalho, sem dúvida, mas saindo da intimidade do mundo do trabalho para o mundo da produção e do desenvolvimento.

O grande desafio, em tudo semelhante ao da Reforma Sanitária, é como compatibilizar uma construção de saberes, ainda conservadora, com a luta dos trabalhadores pela saúde, hoje entorpecida, e com a gestão macropolítica, desde sempre insensível às relações saúde-trabalho.

Sem fórmulas ao alcance imediato das mãos, o primeiro esforço, na nossa alçada, é o da revisão de paradigmas fortemente consolidados na inteligência acadêmica.

O custo Brasil relacionado às doenças e mortes decorrentes do trabalho, da produção e do desenvolvimento constitui-se de perdas incalculáveis que a produção científica do mundo da saúde pública, da economia, do direito e das ciências sociais e políticas não tem sequer a dimensão aproximada. Alguns estudos iniciam essa discussão ainda limitados às estimativas de mortes por acidentes e ao somatório de anos perdidos (Machado, 1991; Santana *et al.*, 2006).

A luta pela saúde, cuja marca registrada italiana foi adotada nas origens da saúde do trabalhador brasileira, por questões diversas e conhecidas, perdeu força e hoje se restringe a lutas pontuais. Por seu turno, a associação entre o saber técnico e o saber empírico dos trabalhadores e sua subjetividade, exercitado nos primórdios dos Programas de Saúde do Trabalhador dos anos 80, parece confinar-se, hoje, aos espaços de controle social, muitas vezes de modo cartorial.

Em revisão recente sobre o modelo operário italiano, Ángel Cárcoba Alonso (2007: 191) nos rememora:

*Se establece una relación dialéctica entre el conocimiento experto y el conocimiento profano, basado en el principio de consenso entre ambos: “validación consensual”. El criterio de aceptabilidad o no de determinadas situaciones de riesgo, así como las medidas preventivas a adoptar ha de ser consensuado. No se privilegia la opinión de un técnico sobre el grupo de trabajadores ni lo contrario. Era necesario el consenso.*

Associar os saberes na construção de uma política nacional é um desafio que repousa mais em iniciativas da academia do que do movimento sindical e social. E são poucas essas iniciativas.

Quanto à gestão macropolítica, cuja insensibilidade a essas questões é notória, os poucos espaços de formulação nos poderes Executivo e Legislativo

não têm sido palco de proposições criativas, capazes de gerar novas alternativas à constituição da política.

A relação saúde, produção e desenvolvimento não é incluída, por exemplo, nas políticas de investimento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).<sup>4</sup> Dentre os seus objetivos sociais, é assinalada a expansão de serviços de saúde, associada ao desenvolvimento, reduzindo desigualdades regionais, por meio de projetos estruturantes, arranjos produtivos locais e projetos e atividades de natureza social, paradigmáticos, que possam vir a se tornar políticas públicas (BNDES, 2006).

Esse objetivo, adequado à perspectiva de um SUS sistêmico com responsabilidades mais diretas sobre as relações saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, carece de se desvincular da compreensão de que a expansão de serviços de saúde trata apenas de ampliar os serviços assistenciais e hospitalares.

Alguns dispositivos legais não são utilizados como instrumentos capazes de dar suporte jurídico a iniciativas políticas, mais por omissão do que por oportunidade. São casos emblemáticos: a lei n. 11.196, de 21/11/2005, que dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica;<sup>5</sup> a lei n. 8.666, de 21/6/1993, que estabelece normas sobre licitações e contratos administrativos; e a lei n. 11.079, de 30/12/2004, que trata das parcerias público-privadas no âmbito da administração pública.

O Estatuto da Cidade, estabelecido pela lei n. 10.257, de 10/7/2001, que trata das diretrizes gerais da política urbana, não cita em momento algum a palavra saúde. A Lei dos Crimes Ambientais (lei n. 9.605, de 12/2/1998), não faz menção à saúde, ao trabalho, à produção e ao desenvolvimento.

A Política Nacional de Ordenamento Territorial (PNOT) e o festejado PAC, anotados na introdução deste texto, também são exemplos da irrelevância da saúde nas políticas de desenvolvimento. Nesse sentido, desde o advento do SUS, de Collor a Lula, não existe, a rigor, interlocução operacional e de planejamento entre as políticas públicas de produção e desenvolvimento e o sistema de saúde.

O fato se reveste de uma profunda gravidade, pois nos revela a incompreensão do SUS no seu contexto de origem. A meu ver, esse é o maior debate

---

4 O decreto n. 4.418, de 11 de outubro de 2002, que aprova o novo estatuto social do BNDES como empresa pública, estabelece em seu artigo 3 que o banco “é o principal instrumento de execução da política de investimento do Governo Federal e tem por objetivo primordial apoiar programas, projetos, obras e serviços que se relacionem com o desenvolvimento econômico e social do País”.

5 O regulamento da atual lei é dado pelo decreto n. 5.798, de 7 de junho de 2006, aplicado tanto às medidas de inovação tecnológica quanto às atividades de pesquisa tecnológica.

que podemos, os profissionais que vêm estudando o sistema de saúde, desencadear nos próximos tempos, se pensarmos em preservar a idéia de uma Reforma Sanitária em movimento. (Vasconcellos, 2007: 357)

Numerosas seriam as situações em que o Estado brasileiro poderia intervir e propor soluções, seguindo uma linha política de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, houvera a sensibilidade e o compromisso com a mudança do quadro sanitário do país. Por exemplo, poderiam ser propostos sistemas integrados de gestão (Tor, 2006) e aplicadas medidas integralizadoras, como a inclusão de contrapartidas: nos dispositivos legais anteriormente descritos; nas certificações, do tipo Selo Verde; nos Termos de Ajustamento de Conduta pelos ministérios públicos; nos empréstimos do BNDES para os setores produtivos; na certificação de manejo florestal e cadeia de custódia, já consolidada nacional e internacionalmente; no Sistema Brasileiro de Certificação do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro); no redimensionamento do seguro previdenciário do acidente de trabalho; nos critérios da Superintendência de Seguros Privados (Susep) para a regulamentação de prêmios de seguro das empresas do setor produtivo; na avaliação, no dimensionamento e no licenciamento em cadeias produtivas de setores economicamente estratégicos; na plataforma de apoio à inovação tecnológica para pequenas e médias empresas do Ministério da Ciência e Tecnologia; na concessão de microcrédito em setores específicos (Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e Ministério da Fazenda); na inclusão de setores no Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte (Simples); e, ainda, na criação de modalidades de incentivo, do tipo Empresa Saudável (Brasil, 2000; Oliveira *et al.*, 2000).

Finalmente, considerando a crise global do emprego e do mercado de trabalho, diante das perspectivas de flexibilização trabalhista, é extemporâneo excluir a massa de trabalhadores do mercado informal em políticas públicas de saúde, trabalho e desenvolvimento.

As políticas de desenvolvimento sustentável, normalmente dirigidas ao trabalho formal, impõem o desafio de desenhar políticas que não subestime a informalidade e sua importância nesse contexto, especialmente nos países com grande densidade de trabalho informal, como é o caso do Brasil (Briassoulis, 1999).

Assim, a precondição de um SUS sistêmico, transtetorializado e que transponha a gestão em saúde, é ponto de partida para planejar e desenvolver políticas de Estado abrangentes, no campo da produção e do desenvolvimento com

interesse hegemônico na saúde pública. E além, “estabelecendo mecanismos de inteligência sistêmica, revendo paradigmas do enfoque sanitário, redimensionando o teatro de operações do SUS, inserindo-o nas diversas arenas de conflito de interesse da saúde, com capacidade decisória no *policy-making*” (Vasconcellos, 2007: 384).

Com o andamento da reforma do Estado brasileiro, harmonizada às diretrizes do Banco Mundial de incentivo à globalização do mercado, o SUS, com sua relativa robustez às oscilações político-partidárias, sua extensa capilaridade e suas estruturas de controle social consolidadas, é uma boa trincheira para se contrapor à ideologia político-econômica que desvaloriza as relações saúde-trabalho-desenvolvimento.

Há uma zona de sombra entre ideologia, ciência e ação política, na qual se localizam teorizações sobre saúde do trabalhador que a mantêm desfocalizada do campo das políticas de desenvolvimento sustentável. Esse é um resgate imperioso.

Se saúde pública é, essencialmente, política pública, suas ciências agregadas não tangenciam a política, mas antes a alimentam e a impulsionam.

## REFERÊNCIAS

- ALONSO, A. C. *La Salud no se Vende ni se Delega, se Defiende: el modelo obrero*. Madrid: Ediciones GPS, 2007.
- ANDRADE, E. T. & KASSAWARA, M. E. *Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: variações sobre um modelo idealizado*, 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador), Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- AUGUSTO, L. G. S. O desafio da integração das vigilâncias no Brasil. *Revista Brasileira de Vigilância Sanitária*, 1(1): 75-78, 2005.
- BARCELLOS, C. & QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(1): 170-177, 2006.
- BASAGLIA, F. et al. *La Salud de los Trabajadores: aportes para una política de salud*. México: Editorial Nueva Imagen, 1980.
- BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1978.
- BERLINGUER, G. *A Saúde nas Fábricas*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1983.
- BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social). *Desenvolvimento Social: objetivos*, 2006. Disponível em: <[www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/empresa/download/Relat\\_Gestao\\_FINAME\\_2006.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/empresa/download/Relat_Gestao_FINAME_2006.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2006.



BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 5 set. 2007.

BRASIL. Lei n. 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 União*, 20 set. 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 14 out. 2010.

BRASIL. Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, 1993.

BRASIL. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1/7/1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Empresa Saudável*. Projeto desenvolvido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Brasília: Área Técnica de Saúde do Trabalhador/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, 2000. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do Trabalhador para um Novo País*. Documento encaminhado à equipe de transição do governo Lula. Brasília: Cosat, 2002. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)*. Texto em discussão. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape)/Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Cosat, 2005. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. *Política Nacional de Ordenamento Territorial (PNOT)*. (Versão preliminar para discussão). Recife, 2006a. Disponível em: <[www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/publicacoes/pnot.asp](http://www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/publicacoes/pnot.asp)>. Acesso em: 12 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. *Manual de Gestão e Gerenciamento*. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006b.

BRASIL. *Programa de Aceleração do Crescimento*, 2007. Disponível em: <[www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/1/22/materia.2007-01-2.1909859633/view](http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/1/22/materia.2007-01-2.1909859633/view)>. Acesso em: 6 set. 2007.

BRASIL. *Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*, 2007. Disponível em: <[www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf](http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2008.

BREILH, J. Eficacia del poder, retroceso del derecho y degradación del trabajo: el escenario regresivo de la Salud Laboral en América Latina. Conferência de abertura. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ESTRATÉGICO. Série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4): 937-951, 2003.

BRIASSOULIS, H. Sustainable development and the informal sector: an uneasy relationship? *Journal of Environment & Development*, 8(3): 213-237, 1999.

CUT (Central Única dos Trabalhadores). *Posição da CUT sobre a proposta de portaria (SAS) que institui a estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador na Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS*. São Paulo: CUT, 2002. (Mimeo.)

CORRÊA, M. J. M. et al. Política de atenção integral à saúde do trabalhador: a experiência do estado do Rio Grande do Sul. In: MERLO, A. R. C. (Org.) *Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

DIAS, E. C. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?*, 1994. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

DIAS, E. C. et al. Processo de trabalho e saúde dos trabalhadores na produção artesanal de carvão vegetal em Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 269-277, 2002.

FRANCO NETTO, G. & CARNEIRO, F. Vigilância ambiental em saúde no Brasil. *Ciência & Ambiente*, 25: 47-58, 2002.

FREITAS, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 679-701, 2005.

JAEGER, M. L. Texto apresentado pela representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ESTRATÉGICO, série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LACAZ, F. A. C. Vigilância em saúde do trabalhador. Texto de apoio. Curso pré-congresso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 3, 1992, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: Abrasco, 1992.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M. & PORTO, M. F. S. *Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil: relatório final*. Brasília: Opas, 2002.

LEFF, E. Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. In: PHILIPPI JR., A. et al. (Orgs.) *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus, 2000.

MACHADO, J. M. H. *A Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho Registrados no Rio de Janeiro*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

MACHADO, J. M. H. *A Heterogeneidade da Intervenção: alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador*, 1996. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

- MACHADO, J. M. H. Ação transversal intersetorial: entre o racional e o conjuntural. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2004, São Paulo. (Texto contribuição da Abrasco para o encontro preparatório da conferência).
- MACHADO, J. M. H. & PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(3): 121-130, 2003.
- MACHADO, J. M. H. et al. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionados à exposição ao benzeno no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4): 913-921, 2003.
- MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.
- MENDES, R. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho, publicada na forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado, 1950-2002. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1(2): 87-118, 2003.
- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl. 2): 21-32, 1997.
- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 125-136, 2003.
- MIRANDA, A. C. *A Vigilância em Saúde na Indústria Naval: o caso dos trabalhadores em atividade de pintura em um estaleiro do Rio de Janeiro*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, 2005.
- NICOLESCU, B. *Projeto Ciret-Unesco: evolução transdisciplinar da universidade*. Congresso Internacional que Universidade para o Amanhã? Em busca de uma evolução transdisciplinar da Universidade. Locarno, Suíça, 1997. Disponível em: <<http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/locarno/locapor4.htm>>. Acesso em: 26 out. 2006.
- NICOLESCU, B. The transdisciplinary evolution of the university, condition for sustainable development. *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires (Ciret)*, 12, 1998. Disponível em: <<http://nicol.club.fr/ciret/bulletin/b12/b12.htm>>. Acesso em: 27 out. 2006.
- NOBRE, L. A prática atual de saúde do trabalhador: nós críticos. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ESTRATÉGICO, série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- OLIVEIRA, L. S. B. *A Intervenção do Estado nos Ambientes de Trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

OLIVEIRA, L. S. B. et al. *Projeto Empresa Saudável: desenvolvimento do projeto*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Mimeo.)

OLIVEIRA, M. H. B. & VASCONCELLOS, L. C. F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(2): 150-156, 1992.

PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*, 1996. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PINHEIRO, T. M. M.; RIBEIRO, F. S. N. & MACHADO, J. M. H. Vigilância em saúde do trabalhador. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Coletânea de Textos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social, 2005.

PORTO, M. F. S. *Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

RÊGO, M. A. et al. Investigação e pesquisa em saúde do trabalhador. In: ANAIS DO ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ESTRATÉGICO, série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

RIBEIRO, F. S. N. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador: o que está por vir..., série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

RIGOTTO, R. M. *O 'Progresso' Chegou: e agora? As tramas da (in)sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento*, 2004. Tese de Doutorado, Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará.

RIGOTTO, R. M. et al. Capacitação em serviço, graduação e pós-graduação em saúde do trabalhador. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ESTRATÉGICO, série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

SABROZA, P. *Vigilância em Saúde*. Disponível em: <[www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf](http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2006.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Revista de Saúde Pública*, 40(n. esp.): 101-111, 2006.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Revista de Saúde Pública [on-line]*, 40(6): 1.004-1.012, 2006.

SANTOS, A. & BITTENCOURT, R. R. Perspectivas para a construção de uma nova consciência coletiva que conceba a vigilância sanitária como rede: Redevisa. *Revista Brasileira de Vigilância Sanitária*, 1(2): 133-140, 2005.

SANTOS, L. *Saúde do Trabalhador: conflito de competência – União, estados e municípios – interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde-Representação do Brasil, Organização Mundial da Saúde, 2000.

- SANTOS, N. R. Exposição do representante do Conselho Nacional de Saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ESTRATÉGICO, série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- SANTOS, U. P. *et al.* Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes de trabalho: experiência na zona Norte do município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 24: 286-293, 1990.
- SILVA, J. M. *et al.* Informação e comunicação em saúde do trabalhador. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ESTRATÉGICO, série D, n. 10, 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- TAMBELLINI, A. T. Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1, 1986, Brasília. *Anais...* Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz, 1988. (Mimeo.)
- TAMBELLINI, A. T. & CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2): 47-59, 1998.
- TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 287-303, 1999.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7(2): 7-28, 1998.
- TOR, D. *Sistema Integrado Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional*. Montevideo (Uruguay): Sociedad de Ecología Médica y Social, 2006. Disponível em: <[www.ergonomia.cl/d\\_tor.html](http://www.ergonomia.cl/d_tor.html)>. Acesso em: 14 dez. 2006.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Os Caminhos do Caminho: a municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado*, 2007. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- VASCONCELLOS, L. C. F. & RIBEIRO, F. S. N. *A Pesquisa Epidemiológica no Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador: panorama atual do estado do Rio de Janeiro*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, III, 1995, Salvador. (Trabalho apresentado na Oficina de Trabalho de Saúde do Trabalhador).
- WÜNSCH FILHO, V. *et al.* Sistema de informação para a ação: subsídios para a atuação prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(2): 136-148, 1993.

