



## **A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**

*Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*

*Fatima Sueli Neto Ribeiro*

### **Introdução**

No presente capítulo, buscamos evidenciar o surgimento da área de saúde do trabalhador como um movimento institucional emergente no setor saúde na década de 1980, acompanhando a mudança de paradigma das relações saúde-trabalho no Brasil.

Desde a criação dos primeiros programas de saúde do trabalhador, inseridos no aparelho institucional da saúde pública, em vários estados brasileiros foi se consolidando, pouco a pouco, uma cultura institucional da saúde do trabalhador. Nessa trajetória, buscamos analisar os modelos adotados na institucionalização, numa perspectiva crítica das dificuldades encontradas e suas razões.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a área da saúde do trabalhador

ganhou legitimidade normativa e se expandiu por dentro do sistema de saúde com características peculiares, das quais destacamos as contradições decorrentes da inserção periférica e marginal de suas políticas programáticas ao sistema como um todo. Destacamos, ainda, as dificuldades decorrentes de conflitos institucionais entre o campo da saúde e o campo do trabalho e da previdência, fruto de um cisma conceitual entre saúde do trabalhador e saúde ocupacional.

Além disso, analisamos a participação da sociedade no processo de construção da saúde do trabalhador, observando suas características de institucionalização até os dias atuais.

Finalmente, a partir da observação de sua trajetória institucional, evidenciamos o quanto a saúde do trabalhador configurou-se como um campo de políticas públicas não assumidas pelo Estado brasileiro de forma prioritária no enfrentamento de um dos problemas mais relevantes de saúde pública no país: o das relações saúde-trabalho.

### **Saúde do trabalhador: um novo paradigma**

A saúde do trabalhador, com a conotação de campo de conhecimentos vinculados a programas de saúde, surge no final dos anos 1970, no Brasil, especialmente após o início dos debates sobre a reforma sanitária brasileira.

Influenciada pelo movimento da reforma sanitária italiana, de forte inspiração operária, e moldada nos pilares da medicina social latino-americana, a expressão “saúde do trabalhador” se assume como campo de conhecimentos e de intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença originados nos processos produtivos e suas implicações sociais diretas e indiretas sobre os trabalhadores, suas vidas e suas famílias.

Até então, as referências técnico-científicas e político-institucionais sobre as questões da relação saúde-trabalho repousavam,

exclusivamente, sobre os campos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (*Occupational Health*, na literatura internacional), compreendida esta última como campo de abrangência sobre a própria medicina do trabalho e outros campos afins, tais como a engenharia de segurança e a ergonomia.

Além disso, desde as primeiras ações sobre as relações saúde-trabalho, ainda no início do século XX, os desenhos organizativos configurados no aparelho de Estado brasileiro não identificavam as doenças e acidentes de trabalho como problemas a serem considerados nas políticas de saúde pública. Somente com a efervescência do debate da reforma sanitária e a emergência de um novo conceito de saúde do trabalhador é que a questão da saúde no mundo do trabalho veio à tona como um eventual problema de saúde pública.

Na literatura, a saúde do trabalhador só começou a ganhar um *status* distinto das tradicionais medicina do trabalho, engenharia de segurança e saúde ocupacional na medida em que a produção de conhecimentos técnico-científicos do campo das relações saúde-trabalho passou a se vincular ao conhecimento empírico e à experiência vivenciada pelos trabalhadores e suas representações sindicais.

Fato marcante, nesse sentido, foi a criação, em 1979, da Cisat (Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador), que foi responsável pela organização das primeiras Semsat (Semanas de Saúde do Trabalhador), ainda em 1979, e pela criação, em 1980, do Diesat (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho) (Ribeiro e Lacaz, 1984). A partir dessas iniciativas, as articulações entre técnicos e trabalhadores na produção de novos conhecimentos sobre as relações saúde-trabalho-direito começaram a ganhar corpo, de certo modo, reproduzindo o princípio da validação consensual do Modelo Operário Italiano. De todo modo, as publicações do Diesat que se seguiram à sua criação (*De*

*que adoecem e morrem os trabalhadores e Insalubridade: morte lenta no trabalho*, respectivamente, em 1984 e 1989) não utilizavam a expressão “saúde do trabalhador”. Não se vinculava ainda, naquele período, a saúde do trabalhador à ação em saúde pública. O enfoque interventor do Estado sobre os ambientes e processos de trabalho era reservado, exclusivamente, ao Ministério do Trabalho (Vasconcellos, 2007).

Menções sobre uma *passagem* conceitual e institucional da saúde ocupacional para a saúde do trabalhador, numa perspectiva ideológica sanitária e reformista, já eram efetuadas em diversas obras (Guimarães, 1978; Possas, 1981; Braga e Paula, 1981; Ibase, 1983), mas ainda sem a utilização mais contundente da expressão “saúde do trabalhador” com o caráter de área da saúde pública.

O movimento pela reformulação dos sistemas de saúde, em curso nos anos 1970-1980, especialmente nos países em desenvolvimento, incluía também a relação saúde-trabalho em seu rol de preocupações:

Ainda em 1983 [...] a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), lança o Documento Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores (OPAS, 1983) com diretrizes para a implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários e voltadas para aqueles que trabalham. (Lacaz, 1997, p. 9.)

Após 1984, recomendações de ações voltadas para a saúde dos trabalhadores no âmbito do setor saúde já apareciam, ainda que sob a conotação de saúde ocupacional, em publicações como as de Nogueira (1984) e Mendes (1986).

Só em 1986, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1ª CNST), como desdobramento proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), é que a expressão “saúde do trabalhador” ganhou contornos mais contundentes no campo da

saúde pública, na medida de sua vinculação ao paradigma sanitária da própria 8ª CNS. Ainda assim, o relatório final da 1ª CNST assinalava a necessidade de “Diagnóstico da Situação de Saúde e *Segurança* dos Trabalhadores e Política Nacional de Saúde e *Segurança* dos Trabalhadores” (Brasil, 1986; grifamos).

O termo “segurança”, complementar à expressão “saúde”, ao não reconhecer que segurança no trabalho é parte indissociável da condição de saúde no trabalho, demonstrava com seu conteúdo simbólico a forte influência corporativa do campo da engenharia de segurança (e, por extensão, da saúde ocupacional) no discurso técnico-político de condução das práticas interventoras e a autopercepção de hegemonia sobre o campo das relações saúde-trabalho por parte da tecnoburocracia formuladora, então presente naquela conferência (Vasconcellos, 2007).

De qualquer modo, naqueles anos, um emergente campo da saúde do trabalhador agregava novas variáveis de abordagem aos conceitos clássicos da saúde ocupacional, das quais destacamos a ampliação do objeto de intervenção sobre os processos de produção, incorporando outras variáveis sociais, econômicas e políticas; a subordinação do mundo do trabalho à capacidade de intervenção da saúde pública; a incorporação do trabalhador enquanto sujeito e protagonista do desenvolvimento de um campo de produção de conhecimentos e de intervenção; e a superação do contrato de trabalho como enfoque normativo exclusivo de garantia da saúde no exercício cotidiano de trabalhar.

Em documento preparado para a mesma 1ª CNST, em 1986, Tambellini ressaltava uma nova concepção: “Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores é a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho” (1988, p. 12).

No contexto da medicina social latino-americana, Laurell e Noriega assinalavam que a saúde do trabalhador representava um avanço, demarcando a distinção acadêmica com os países capitalistas avançados, em que predomina a hegemonia das abordagens da medicina ocupacional e da engenharia de segurança industrial. Os autores destacavam, na base de entendimento da saúde do trabalhador, “uma concepção teórica que situa o processo de trabalho como o cenário primário da exploração e da confrontação de classe” (Laurell e Noriega, 1989, p. 49-50).

Assim, na década de 1980, podemos situar a emergência de um discurso reformista, assentado na expressão “saúde do trabalhador” como área da saúde pública, e contra-hegemônico ao da saúde ocupacional, inserindo-se no espírito da reforma sanitária brasileira, que, por sua vez, vinha se firmando com o fim do período autoritário, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a 1ª CNST, ainda em 1986, com o processo constituinte no biênio 1987-1988 e com a Constituição Federal de 1988, que cria o SUS.

## **A saúde do trabalhador e a sua exclusão do campo da saúde**

Santos, analisando os conflitos gerados no processo de acumulação, em que incumbe ao Estado administrar e estabelecer procedimentos legais e administrativos para *domá-los*, utiliza como eixo balizador a questão da saúde no trabalho na perspectiva histórica. Estabelecendo um paralelismo, em sua análise, entre políticas sociais compensadoras e o processo de acumulação, a questão da saúde no trabalho ganha relevância quando o autor assinala que “a regulamentação dos acidentes de trabalho foi conquistada antes da data que se considera, simbolicamente, como o início de uma política social e previdenciária no Brasil” (1998, p. 75). No caso, o

autor está se referindo ao Decreto-Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, ano em que, não por coincidência, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Causa estranheza, ainda hoje, que os impactos sociais, econômicos e políticos resultantes das relações saúde-trabalho não sejam alvo do mundo da saúde pública. Corrobora, ainda, esse sentimento a manutenção da questão da saúde do trabalhador com um *status* não sanitário, mesmo depois que o citado decreto-lei de 1919, que estabelecia a responsabilidade potencial do empregador pelos acidentes de trabalho, antes inspirada na teoria subjetiva do risco profissional (em que o acidente era considerado como de responsabilidade do empregador, desde que comprovada a sua culpa), após sucessivas modificações, perde esse caráter original para alcançar a condição de risco social, com a Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967 (que “integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências”). Assim, a incorporação de um caráter social do risco à saúde no trabalho não foi capaz de conferir relevância a essas questões como problema de saúde pública.

O principal indício para a compreensão da cristalização, no Brasil, de uma cultura público-institucional de que a saúde no trabalho não seria um problema sanitário foi a trajetória contratual-trabalhista-previdenciária da relação saúde-trabalho como questão conflitiva a ser *domada* pelo Estado (Vasconcellos, 2007).

Afora uma observação de Oliveira (1994) sobre a criação do Ministério do Trabalho, quando a área de higiene industrial (equivalente, à época, às relações saúde-trabalho) transitou entre as diferentes estruturas estatais da saúde pública e da recém-criada área do trabalho, entre os anos de 1930 e 1931, não há registros bem fundamentados de grandes polêmicas quanto ao fato de o tema da saúde do trabalhador não estar vinculado a políticas públicas de saúde.

No tocante aos registros sobre a saúde dos trabalhadores, estes se restringem a políticas previdenciário-trabalhistas, fortemente influenciadas pela OIT. Esta, por seu turno, atenderia à

necessidade de criação de uma legislação internacional de proteção ao trabalho, de forma que pudesse ser acatada pela maioria dos países, sem ferir as leis de igualdade de competição, e distribuindo igualmente o ônus dos investimentos e custos de produção. (Oliveira, 1994, p. 26.)

Ou seja, na regulação internacional das transações de mercado, a garantia dos direitos à saúde no trabalho passa de uma motivação econômica implícita (Graça, 1999; Mendes e Waissmann, 2003; Vasconcellos e Pignati, 2006) para uma motivação econômica explícita, inaugurando um padrão de acumulação que incorpora custos de transação à concessão de direitos à saúde. Esse fato é significativo para observar que o marco do direito previdenciário-trabalhista, substantivado no contrato de trabalho, diverge profundamente do marco do direito à saúde que rege o SUS.

À semelhança da influência do mercado no desenvolvimento sustentável, a proteção à saúde dos trabalhadores, no âmbito das relações internacionais, nasceu sob o signo dos custos de transação no mercado, repassando-os aos produtos e de modo a garantir níveis similares de competitividade entre os países.

Em parte, o fato também explica o *peso* econômico alegado pelos Estados de *welfare*, cujo *custo do direito* dificilmente poderia continuar se transferindo aos produtos no comércio internacional. Considerando que existe uma “relação entre o desenvolvimento do *welfare state* e o controle político das organizações de trabalhadores [e uma] relação do *welfare state* com a mercantilização da força de trabalho” (Souza, 1999, p. 3), essa contabilização econômica do direito, com ênfase nas questões de saúde, é um dos principais fatores de desmonte dos *welfare states*, a partir da década de 1980, na

medida da perda do poder de reivindicação e luta do sindicalismo no processo de globalização.

A construção histórica de uma ideologia de saúde no trabalho com o viés contratualista, cuja responsabilidade esteve e está, todavia, a cargo das estruturas trabalhista e previdenciária dos Estados nacionais, aprofundou suas raízes e inculcou-se nas estruturas patronais, sindicais, políticas, jurídicas e tecnoburocráticas. O Brasil seguiu a regra dessa lógica internacional.

A nosso ver, essa foi uma das principais razões pelas quais a saúde no trabalho alijou-se (ou foi alijada) do campo da saúde pública. Esse fenômeno, de ocorrência internacional, justifica a omissão dos organismos internacionais de saúde frente ao tema da saúde no trabalho. Somente após a Conferência de Alma-Ata, no Casquistão (OMS-Unicef, 1978), o tema foi timidamente introduzido como recomendação para as políticas públicas de saúde dos países membros da Organização das Nações Unidas. Mesmo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) se manifestando um pouco mais em relação ao tema da saúde do trabalhador, a OIT segue sendo o organismo legitimado, inclusive pela própria OMS, como regulador internacional da saúde no mundo do trabalho (Vasconcellos, 2007).

No Brasil, com a inclusão das primeiras ações de saúde do trabalhador no setor saúde, especialmente aquelas vinculadas à vigilância dos processos e ambientes de trabalho, emergiu com vigor uma reação de setores empresariais e de segmentos corporativos dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social. Destacamos, além de vários trabalhos que trataram do tema (Vasconcellos, 1994; Oliveira, 1994; Vasconcellos, 1996; Oliveira, 1996; Santos, 2000; Vasconcellos, 2007), uma ação direta de inconstitucionalidade contra o SUS, quanto à atuação em saúde do trabalhador, perpetrada pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) e que repousa no Supremo Tribunal Federal à espera de definição. O apoio, ora velado, ora explícito, de setores corporativos do Ministé-

rio do Trabalho e Emprego à iniciativa da CNI é fato divulgado em debates públicos sobre a questão.

A despeito da abordagem estatal trabalhista-previdenciária do processo saúde-trabalho-doença, no conjunto de políticas públicas de saúde, as prestações contratuais referentes a processos de adoecimento dos trabalhadores nunca eximiram o setor saúde de responsabilidades institucionais no tocante a ações preventivas, educativas, interventoras e articuladoras com a sociedade, desde que os agravos à saúde não fossem diretamente relacionados à atividade laboral, como os acidentes e as doenças ocupacionais.

A introdução do conceito de “cidadania regulada”, assinalada por Santos, agrega alguns pontos para uma compreensão histórica do problema. “Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional” (Santos, 1998, p. 103). Desse modo, o conceito de regulação inscreve o cidadão trabalhador numa tutoria, de cunho contratual, retirando do Estado responsabilidades mais objetivas e transferindo aos setores empresariais a tutela de seus cidadãos regulados, segundo as normas estabelecidas por esses próprios setores com o aval do Estado, dentro dos padrões aceitos de acumulação, conforme as regras do mercado.

É nesse momento que se restringe o tema ao marco do direito previdenciário-trabalhista, cujos contornos são estabelecidos por uma cultura de limites (Waissman, 2000), e se impede a consignação de um direito à saúde, cujo marco é o direito humano fundamental (Dodge, 2006). Objetivamente, a capacidade de influir nas transformações requeridas para a melhoria das condições de trabalho é, automaticamente, retirada dos trabalhadores, devido aos mecanismos reguladores, mantendo, por conseguinte, inalterados os padrões de acumulação.

Esse aspecto, historicamente consolidado e referendado pelas políticas públicas das áreas trabalhista e previdenciária, ao ser *maculado*

pelas legislações de saúde do trabalhador, na esfera do SUS, no período pós-Constituição de 1988, causou e vem causando profundo mal-estar na aliança tácita efetuada entre algumas corporações no âmbito do Estado brasileiro (trabalho e previdência) e os setores empresariais. De qualquer modo, é no campo da saúde pública que a relação saúde-trabalho estabelece o desafio de mudar o modelo e põe o SUS diante de si mesmo no enfrentamento do novo, só timidamente assumido até agora.

## **Os programas de saúde do trabalhador**

Simultaneamente ao debate sobre a reforma sanitária brasileira na década de 1980, análises mais sistematizadas sobre o campo da saúde do trabalhador, na perspectiva de sua inclusão como conjunto de práticas no âmbito do setor saúde, estimulavam iniciativas de criação de programas de saúde do trabalhador nos serviços de saúde de algumas cidades brasileiras, muitas das quais no estado de São Paulo. Considerando-se 1984 como ano-chave de uma *nova safra* desses programas, as experiências eram assim analisadas:

O surgimento dos programas de saúde dos trabalhadores e algumas mudanças de comportamento dos órgãos de fiscalização [...] são expressões das alterações que se vêm processando na relação capital/trabalho [...] são esclarecedores em demonstrar a falência do velho sistema (saúde e fiscalização) e o surgimento das novas ações. (Costa *et al.*, 1989, p. 28.)

Eram experiências, ainda tateantes, que refletiam uma produção teórica escassa de embasamento sistemático de parâmetros metodológicos de ação, demonstravam a ausência de uma cultura institucional de saúde no trato com a categoria trabalho como determinante do processo de adoecimento e traziam à tona um tipo de ação inovadora dependente de um voluntarismo de pessoas abnegadas, mas distantes do processo decisório de estabelecer políticas mais perenes.

De qualquer modo, os diversos programas que foram se multiplicando para o Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul foram trazendo aportes interessantes para o estabelecimento de parâmetros instituintes de um modelo de atenção à saúde que buscava romper com o paradigma da saúde ocupacional clássica, no qual era reservado ao setor saúde somente o recolhimento e encaminhamento das vítimas dos acidentes e doenças do trabalho. Na época anterior ao SUS, o papel essencialmente assistencial cabia ao Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), por intermédio de clínicas privadas conveniadas de atendimento a acidentados de trabalho, enorme fonte de fraudes contra a previdência.

Nesse tempo de criação de programas de saúde do trabalhador, ocasião em que se aglutinava uma massa crítica ao modelo vigente, desde a criação do Diesat, a emergência do debate sobre a relação saúde-trabalho na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o engajamento de diversos intelectuais, trabalhadores e profissionais em várias frentes – sindicatos, órgãos de fiscalização do trabalho, serviços de saúde, faculdades de medicina, entre outras – moldaram as iniciativas na luta pela mudança do modelo.

A criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), em 1985, vinculado à então Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, contribuiu para a formação de especialistas em saúde do trabalhador, a partir de 1986, fato que agregou novos atores institucionais à luta pela mudança.

Com a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1ª CNST), em 1986, no contexto do debate que influenciou o processo constituinte, a superação do modelo vigente de atenção à saúde dos trabalhadores incorporou-se à revisão dos marcos conceituais do setor saúde, em sintonia com a reforma sanitária.

No tocante aos programas, o relatório final da 1ª CNST recomendava a inclusão no SUS de “programas específicos de atendimento ao trabalhador, realizados pela rede pública, com condições de pleno acesso aos diversos níveis de atendimento à saúde” (Brasil, 1986, p. 14). Embora guardasse um caráter assistencial, a recomendação legitimava o movimento de criação dos programas que vinha ocorrendo.

A Constituição Federal de 1988, as Constituições estaduais de 1989 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 ratificaram boa parte do discurso da mudança, contemplando algumas das grandes questões de saúde do trabalhador, especialmente a ação interventora de vigilância da saúde sobre os ambientes e processos de trabalho, o que se configurou como uma novidade normativa em matéria de saúde pública. Outras questões consideradas legalmente foram a incorporação do próprio conceito de saúde do trabalhador e as interfaces de sua abordagem com a sociedade, em especial com o movimento sindical, consignando o controle social nas práticas cotidianas dos serviços.

Com a legislação de saúde referendando e, mesmo, estimulando ações de saúde do trabalhador no setor saúde, foram sendo criados novos programas de saúde do trabalhador praticamente em todo o território brasileiro, chegando-se em 1994 a uma centena e meia de programas (Dias, 1994). Mantendo um potencial de crescimento, essas estruturas foram se consolidando, em virtude de uma expansão da formação de quadros e da institucionalização das práticas no setor saúde, durante a década de 1990, quando ocorreram vários fatos significativos até a criação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em 2002.

Nesse percurso desde os anos 1980, os programas de saúde do trabalhador adquiriram um formato de área programática de saúde calcados numa mudança de base conceitual que, todavia, não foi suficiente para agregar valores mais ousados de transformação do modelo que se pretendia.

Os problemas mais evidentes na trajetória da área de saúde do trabalhador, no âmbito da saúde pública e coletiva instituída no SUS, diziam respeito à sua incapacidade de inserir o tema na formulação das políticas, na configuração institucional de organização de serviços, na formação de recursos humanos do SUS e na delimitação e intervenção dos fatores determinantes do processo saúde-trabalho-doença.

A despeito dos diplomas legais de saúde que legitimavam a área, as dificuldades de exercer ações mais rotineiras de articulação setorial, notificação de agravos, vigilância e capacitação de profissionais nas diversas esferas de complexidade do sistema de saúde propiciaram um estado permanente de recriação da área por parte dos atores comprometidos com a mudança do modelo, pois as conquistas trazidas pela inclusão da área no SUS não se traduziam em ações mais efetivas e permanentes. Os programas de saúde do trabalhador, em sua intenção de mudar o modelo, foram insuficientes para alcançar o êxito que o discurso transformador da área esperava: mudar o quadro epidemiológico gravíssimo de doenças e acidentes de trabalho no Brasil.

## **Saúde do trabalhador e o SUS**

Nesse cenário, com os programas de saúde do trabalhador funcionando como espécie de instâncias de resistência por dentro do sistema de saúde, a década de 1990 viveu uma série de iniciativas que buscavam dar maior tessitura à área.

A criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist) foi uma das iniciativas que, por força dos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1991), passou a existir como instância de controle social do SUS, com o objetivo de assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Instituída pela Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro de 1991, como o seu próprio nome aponta, a Cist é uma comissão intersetorial que, embora não possua poder deliberativo ou resolutivo,

por dever subordinação ao CNS, estabelece propostas de formulação política para a área, especialmente nos temas que digam respeito a instituições não dependentes do setor saúde propriamente dito.

Na década de 1990, algumas iniciativas da Cist foram importantes contribuições para a área, mas confinadas a objetivos pontuais da política. Entre elas destacamos a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (Brasil, 1998); a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS) (Brasil, 1998); a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Brasil, 1999); e a proposta de preenchimento de autorizações de internação hospitalar nos casos compatíveis com acidente de trabalho (Portaria 1.969/GM, de 25-10-2001).

Todavia, muitas dessas iniciativas tiveram origem na própria área técnica do Ministério da Saúde, a antiga Cosat, que as apresentava à Cist para o aval do controle social.

Desde sua origem, a relação entre a Cist e o Conselho Nacional de Saúde foi excessivamente formal e dependente de acomodações da agenda do Conselho para apresentação das propostas e eventual aprovação. Enquanto instância do controle social em saúde do trabalhador, a Cist sempre careceu de mecanismos mais representativos e mais articulados com outras instâncias, inclusive com o próprio controle social nas diversas instâncias estaduais e municipais, agravado pelo alongamento entre o tempo formulador e o tempo executor.<sup>1</sup>

---

1. A Cist foi reestruturada pela Resolução do CNS nº 387, de 14 de junho de 2007, com a seguinte composição: Central Única dos Trabalhadores (CUT) (coordenação); Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (coordenação adjunta); *ministérios titulares*: Saúde (MS); Previdência Social (MPS); Trabalho e Emprego (MTE); Educação (ME); *ministérios suplentes*: Meio Ambiente (MMA); Agricultura e Abastecimento (MAA); Indústria e Comércio (MIC); Ciência e Tecnologia (MCT); Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR); Secretaria Especial de Política para Mulheres (SEPM); *de-mais titulares*: Conass; Conasems; confederações nacionais de trabalhadores:

Embora se configure como um espaço rico de reflexão da política, a Cist atua de modo restrito tanto pela abrangência qualitativa e quantitativa de sua representatividade, quanto pela baixa repercussão de suas representações sobre as bases.

Outra iniciativa, no início da década de 1990, decorreu da dificuldade de se estabelecerem articulações intersetoriais mais sólidas e efetivas entre os setores governamentais de saúde, trabalho e previdência, para ficar apenas nos mais diretamente ligados à questão. Assim, a criação do Geisat (Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador), em 1993,<sup>2</sup> foi motivada pela necessidade de romper com a fragmentação de atribuições nas estruturas de saúde, trabalho e previdência, especialmente mais visível após a Constitui-

---

seguridade social (CNTSS), agricultura (Contag), saúde (CNTS), CUT, Força Sindical (FS), Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); Confederação Nacional da Indústria (CNI)-Sesi; Central de Movimentos Populares (CMP); Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); União Brasileira de Mulheres (UBM); entidades médicas; *demais suplentes*: Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (Confetam); Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (Fasubra); representante da economia informal; representante da CNA ou CNC ou CNF; Fórum de Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; Movimentos dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST); Fórum de Entidades dos Trabalhadores na Área da Saúde (Fentas); Articulação das Mulheres Negras; Federação Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Fenafito); Representante do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS-Fentas) (Brasil, 2007).

2. Portaria Interministerial 18, de 9 de novembro de 1993: “Institui Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador – GEISAT, de caráter permanente, incumbido de buscar, promover ações integradoras, harmonizadoras e sinérgicas entre os vários órgãos de execução, na implantação concreta das políticas emanadas dos respectivos Ministérios e dos Conselhos Nacionais de Saúde do Trabalho e da Previdência Social, visando melhorar os serviços públicos oferecidos” aos usuários (Brasil, 1993).

ção Federal de 1988, quando se interpenetram atribuições estabelecidas no SUS com outras áreas. Criado por portaria interministerial e composto pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, o Geisat tinha como propósito estabelecer a integração ministerial para buscar “o atendimento integral dos trabalhadores” (Brasil, 1993, p. 77).

A comissão interministerial que lhe deu origem (Brasil, 1993) gerou uma série de portarias interministeriais e havia uma intenção concreta de estabelecer uma articulação mais sólida entre essas instâncias do Estado. Sua composição inicial, em nível de escalão de poder decisório, fazia crer que se avançaria nessa direção. Entretanto, o grupo executivo interministerial, criado a partir da comissão original, com as mudanças governamentais ocorridas a partir do período 1993-1994, perdeu sua força inicial e se transformou num espaço formal, de nível técnico, sem capacidade político-institucional de encaminhar propostas concretas de articulação intergovernamental.<sup>3</sup>

A despeito das intenções dos participantes, não se conseguiu qualquer medida impactante que superasse a desarticulação interministerial na área, fato que se mantém até hoje. Concretamente, o Geisat superpõe-se à Cist, compreendendo praticamente as mesmas representações pessoais, e não possui capacidade decisória para

---

3. Embora seja instituído até hoje, o registro em ata de sua última reunião formal data de 6 de junho de 2007 (disponível em: <[http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/atas\\_conselho\\_curador.asp?D=CTN&C=723&menuAberto=716](http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/atas_conselho_curador.asp?D=CTN&C=723&menuAberto=716)>; captado em: 10-5-2010). No site da Fundacentro, constam as seguintes ações a serem desenvolvidas pelo Geisat: desenvolvimento e integração das ações e programas; compartilhamento dos sistemas de informação; aposentadoria especial SAT (novo modelo); fiscalização-vigilância; assistência ao acidentado e portador de doenças; sistemas de informações de acidentados e doenças do trabalho; reabilitação profissional (Fundacentro, 2010).

operacionalizar mudanças de nível ministerial, consoante sua motivação original.

A 1ª CNST, que ocorreu em 1986, tinha um caráter singular por ter sido realizada no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, como seu desdobramento temático, num momento de efervescência da reforma sanitária. Seus temas centrais foram: “Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores”; “Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores”; e “Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores” (Brasil, 1986). À época, a preocupação com a formulação de uma política para a área, considerada dispersa, fragmentada e não relacionada ao sistema de saúde, surgia com a força reivindicatória da 8ª CNS. Contudo, o elenco de propostas não configurava um desenho mais acabado de política de Estado, nem seu relatório final foi trabalhado nesse sentido. De todo modo, realizada previamente ao processo constituinte, o conjunto de proposições da 1ª CNST, reafirmando o sistema de saúde como lócus da política de saúde do trabalhador, por certo exerceu alguma influência para que se a consignasse na Constituição Federal de 1988, no âmbito do SUS.

Já a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em 1994, deu-se num momento de afirmação da área e de legitimação mais contundente dos programas de saúde do trabalhador como instâncias orgânicas do SUS. A 2ª CNST tinha como chamada central “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” e teve como temas complementares: “Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde; Cenário de Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; e Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador” (Brasil, 1994). Na conferência definiram-se as linhas de uma política nacional de saúde do trabalhador.

As principais marcas dessa conferência foram a definição da Unificação das Ações de Saúde do Trabalhador no SUS, e a discussão das dimensões políticas, sociais, econômicas, técnicas e gerenciais deste caso particular de política pública. (Silva, 2001, p. 7.)

As mesmas dificuldades observadas na 1ª CNST, de configurar um desenho mais acabado de política de Estado, ocorreram na 2ª CNST. Seu mérito foi levantar questões sobre as relações entre desenvolvimento, meio ambiente e saúde e provocar uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais no esforço comum de desencadear ações concretas no SUS.

No final da década de 1990, outra iniciativa relevante foi o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador – Desafio da Construção de um Modelo Estratégico, que tinha como objetivo, ao se chegar à primeira década de saúde do trabalhador no SUS, repensar a área e extrair subsídios para a construção-reconstrução da política nacional e de um modelo estratégico.

Foi uma iniciativa singular, por suas características de balanço, diagnóstico e perspectivas. Nele estiveram cerca de 500 participantes, na sua maioria atores institucionais que viviam até aquele momento a saúde do trabalhador tanto no cotidiano das práticas dos serviços, no espaço do pensamento acadêmico, em posições gerenciais, quanto nas instâncias de controle social e nos movimentos organizados de trabalhadores.

A análise desse encontro, por meio dos textos encomendados e apresentados e das falas dos participantes, mostra um particular acervo de conhecimentos sobre a evolução da área, desde o seu advento no SUS. Os textos, as apresentações e os debates colocaram em cena grande parte de personagens históricos que construíram e seguem construindo a área no Brasil e são de extrema relevância para a sua compreensão.

O Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador (ENST), em 1999, refletia dois olhares dos que pensam e constroem a área da saúde do trabalhador: um voltado para dentro do próprio país, com as iniciativas crescentes de formulação de um modelo estratégico; e outro para os países latino-americanos, com uma situação tão ou mais dramática e sem o grau de organização e acúmulo de iniciativas para um enfrentamento mais sistemático dos problemas comuns aos países.

Os grandes temas abordavam: o modelo assistencialista, o papel do controle social, a institucionalidade da área, a questão das informações, a vigilância, a investigação e a pesquisa e a questão dos recursos humanos. A qualidade dos textos e a discussão travada naquela oportunidade foram emblemáticas e ressaltavam uma “crise no campo dos saberes” (Machado, 2004, p. 7), cujo embate de concepções no campo das intervenções do Estado sobre os ambientes e processos de trabalho tem gerado conflitos e disputa de competências executoras que se transferem ao campo formador e da produção de conhecimentos.

O debate travado no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador refletia as dificuldades da área de modo instigante, e os problemas levantados não foram superados.

Nos anos 2000, a institucionalização da saúde do trabalhador no SUS guardou algumas iniciativas relevantes, como foi o caso da criação da Renast (tema de análise mais detalhada no Capítulo 10), mas manteve-se fora do rol de prioridades das políticas públicas de saúde. Mantiveram-se a fragmentação da área e a desconsideração da categoria trabalho como determinante central de situações de saúde-doença, sem o devido componente articulador com a atenção básica, a epidemiologia, a vigilância e a assistência, a despeito do esforço daqueles comprometidos com a área.

Desde a reformulação do sistema de saúde na Constituição Federal de 1988, suas legislações regulamentadoras estabeleceram as diretri-

zes de uma política nacional de saúde do trabalhador. Várias foram as tentativas para esboçá-la, com o esforço de alguns técnicos inseridos nas estruturas do setor saúde. Mas as formas de estruturação e de produção das ações de saúde do trabalhador, dependentes de um intrincado embate entre o movimento sindical e o poder econômico, mediado por um Estado omissivo nas mais das vezes, não permitiram que se chegasse a uma política bem acabada para a área.

Após várias iniciativas malsucedidas, em 2004 foi colocado em consulta pública o documento *Política nacional de saúde do trabalhador*, fruto de uma elaboração a várias mãos que vinha sendo efetuada por diversas representações, mas sendo protelada em sua promulgação oficial, não chegando a ser oficializada. Em 2010, o Ministério da Saúde retoma a elaboração de um documento diretriz da política e cria um comitê assessor do SUS para retomar a elaboração (inconclusa) de uma diretriz política mais estruturada.

Em 2005, um outro documento sobre política foi subscrito e divulgado pelos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social, como subsídio para a 3ª CNST. Este representou antes um protocolo de ação conjunta, nos moldes do que havia sido proposto em 1993 pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador que gerou o Geisat, do que propriamente um documento que inovasse em termos de formulação de uma política de Estado.

O documento, intitulado “Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador”, foi disposto na Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005, para consulta pública. Seu texto, disponibilizado para os conferencistas, passou a ser a proposta oficial da política de governo até o momento atual.

A expressão “saúde do trabalhador”, antecedida do termo “segurança”, demarca um evidente re'trocesso conceitual, deixando explícito que a área de saúde do trabalhador seria insuficiente para dar conta das questões de segurança no trabalho. Podemos deduzir

o indicativo de que a assimilação do termo “saúde do trabalhador”, com a sua conotação amplificada e abrangente sobre a segurança no trabalho e, além desta, sobre as condições de vida, as questões sociais, a subjetividade e os direitos de cidadania que não é regulada, ainda não se mostram palatáveis para as áreas estatais do trabalho e da previdência social. E, de todo modo, os compromissos das áreas estatais expressos no documento mantêm-se como um protocolo de intenções não realizadas.

A 3ª CNST, realizada em 2005, tinha como lema central “Trabalhar Sim, Adoecer Não”. A expressão adotada no tema central de pronto retira a ênfase de uma política nacional direcionada à área, ao contrário das duas conferências anteriores.

Antes mais marcadamente presente, a questão da política nacional perdeu-se na estruturação temática fragmentada. A ênfase no “adoecer não” é de duvidosa interpretação, do ponto de vista da análise do modelo de organização dos processos produtivos. A relação trabalho-doença, embora seja relevante para a vida e saúde dos trabalhadores, direciona o debate para a medicalização da relação trabalho-saúde, cultura hegemônica de caráter antagônico ao da saúde do trabalhador. O foco no “adoecer não” é um sinal do direcionamento da política para práticas médicas, se não for enfatizada a revisão da base política e técnica de intervenção sobre os processos de produção como determinantes do não adoecimento (Vasconcellos, 2007).

Os três eixos diretivos da 3ª CNST, 11 anos depois da 2ª CNST, ao tratarem da garantia da integralidade e transversalidade da ação do Estado, da sua incorporação nas políticas de desenvolvimento sustentável e da efetivação e ampliação do controle social, reafirmavam as lacunas na política para a área.

Embora os eixos da conferência conferissem uma abrangência das necessidades para a consolidação de uma política, não há indi-

cativos de movimentação no âmbito do setor saúde em desencadear essa discussão, demonstrando a sua baixa capacidade de impulsionar uma ação política. Nesse contexto, “impõe-se o desafio de se repensar a praticidade da conferência temática como espaço de formulação e acatamento pelo Estado brasileiro de suas resoluções” (Lacaz, 2005, p. 48).

### **Uma institucionalização em crise**

Em número de três, as conferências nacionais de saúde do trabalhador, realizadas em 1986, 1994 e 2005, configuraram-se como espaços ricos de formulação de propostas, especialmente por parte do controle social, mas sem a concretização objetiva da maioria delas e sem continuidade no que tange à participação e acúmulo de reflexão.

A motivação particularizada e pontual da maioria das propostas acaba por impedir uma diretiva mais consistente do ponto de vista da configuração de uma política de Estado para a área. A realização de conferências municipais e estaduais antes da etapa nacional, especialmente a partir da 2ª CNST, foi um momento de mobilização importante para a difusão do tema, com uma participação plural e intensa, particularmente do movimento social organizado na área sindical. Todavia, essas conferências acabaram por externar de forma abrupta uma expectativa acumulada, por anos a fio, pela não resolução dos problemas de todos os segmentos de trabalhadores que delas participam. E, também, o não encaminhamento das propostas para sua efetivação pelo Estado acabou por torná-las repetitivas nas formulações. A 3ª CNST, de 2005, por exemplo, traz propostas exatamente iguais às da 1ª CNST, de 1986, ocorrida 19 anos antes.

Em virtude da crônica ausência de resposta do Estado às legítimas demandas trazidas pelo movimento social organizado e pelos técnicos, as propostas pulverizam-se, individualizam-se e, quando

muito, ao serem coletivizadas, trazem marcas corporativas intensas. Muitas das necessidades trazidas nas conferências transformam-se em espécie de catarse coletiva, no sentido de defendê-las ou rejeitá-las, e a organização das conferências não consegue sistematizar as propostas, guardando coerência entre elas.

Nesse aspecto, ressaltam os fatos de que o Estado tem a força para implementar as políticas que deseja, e o faz independentemente da participação social, e de que a mobilização social, de per si, da forma como está institucionalizada no SUS, ainda é insuficiente para movimentar o Estado no atendimento às suas demandas. Essa tendência nos mostra que as conferências temáticas de saúde do trabalhador pouca influência terão no rumo dos acontecimentos, aguardando por mecanismos inovadores de gestão participativa e de controle social.

A saúde do trabalhador, ao transcender 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. Desse modo, a saúde do trabalhador puxa para si o comando das relações saúde-trabalho no estado democrático de direito, e, para isso, a Constituição Federal de 1988 introduz a área no SUS, a quem o Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o direito à saúde. É nesse contexto, inclusive, que a saúde ocupacional, regida pelos contratos, é subalterna à área de saúde do trabalhador, no sentido da política pública que intervém sobre as relações de trabalho.

Em síntese, a institucionalização da saúde do trabalhador no SUS esbarra em alguns problemas dos quais destacamos alguns mais significativos.

A incompreensão do próprio SUS como a instância do aparelho de Estado responsável por uma política nacional para a área, cen-

trada no direito à saúde, é um deles. Outro aspecto é a formação de quadros técnicos voltados para um mercado da saúde ocupacional que acaba por modelar uma visão corporativa e empresarial não alinhada com um entendimento da relação saúde-trabalho como um problema relevante de saúde pública. As estruturas do Estado, fragmentadas entre si, a baixa intersectorialidade, a arena política dominada por bolsões de hegemonia corporativa da saúde ocupacional e o próprio comportamento intrainstitucional desarticulado no aparelho da saúde são problemas também presentes.

Da baixa percepção social da categoria trabalho como determinante de saúde, no contexto de invisibilidade social do problema, decorre um baixo nível de resposta das organizações sociais, sindicais e do próprio controle social do SUS.

A saúde do trabalhador como utopia de mudança dos anos 1980, em que se buscava o enfrentamento mais firme dos determinantes dos agravos à saúde e à vida relacionados ao trabalho, ainda carece de um Estado brasileiro capaz de inovar suas estratégias políticas de saúde.

## Referências bibliográficas

- BRAGA, J. Carlos de Souza e PAULA, S. Góes (1981). *Saúde e previdência – Estudos de política social*. São Paulo, Cebes-Hucitec.
- BRASIL (1986). 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Relatório Final. Brasília, Fiocruz, Fundacentro, Ministério da Previdência e Assistência Social-Inamps, Ministério da Saúde-SG-Snabs, Ministério do Trabalho-SSMT.

- BRASIL (1991). Lei Orgânica da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL (1993). Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Brasília, Ministério da Previdência Social-Ministério da Saúde-Ministério do Trabalho.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (1994). 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde-Divisão de Saúde do Trabalhador.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). Portaria nº 3.120, de 1-7-1998. *Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999). Portaria nº 1.339, de 18-11-1999. *Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). Portaria nº 1.969, de 25-10-2001. *Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL – Ministério da Saúde (2005). Portaria Interministerial nº 800, de 3-5-2005. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (2007). Resolução nº 387, de 14 de junho de 2007. *Aprova a Reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/CIST*. Brasília, DOU, nº 8, de 30 de janeiro de 2008.
- COSTA, Danilo F; CARMO, José Carlos; SETTIMI, Maria Maeno; e SANTOS, Ubiratan P. (1989). *Programa de saúde dos traba-*

- lhadores – A experiência da Zona Norte: uma alternativa em saúde pública*. São Paulo, Hucitec.
- DIAS, Elizabeth Costa (1994). A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? Tese de doutorado. Campinas, Universidade Estadual de Campinas.
- DIESAT – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISA DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO (1989). *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo, Oboré.
- DODGE, Raquel Elias Ferreira (2006). Depoimento. *In: BRASIL. A construção do SUS – Histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Faleiros, Vicente de Paula; Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de; Silva, Jacinta de Fátima Senna; e Silveira, Rosa Maria Godoy (orgs.). Brasília, Ministério da Saúde.
- FUNDACENTRO (2010). Geisat – Grupo Interministerial de Saúde do Trabalhador. Atuação. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/conteudo.asp?D=CTN&C=150&menuAberto=>>>; captado em: 8-5-2010.
- GRAÇA, Luís (1999). Europa: uma tradição histórica de protecção social dos trabalhadores (Parte I). *In: Promoção da saúde no trabalho: a nova saúde ocupacional?* Lisboa, Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, Cadernos Avulsos, 1. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos25.html>>; captado em: 14-10-2005.
- GUIMARÃES, Reinaldo (org.) (1978). *Saúde e medicina no Brasil – Contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal.
- IBASE – INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS (1983). *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis, Vozes.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro (1997). Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, supl. 2, p. 7-19.
- (2005). Controle social e saúde do trabalhador. *In: 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador – São Paulo*.

- Trabalhar sim, Adoecer não. Relatório Final. Disponível em: <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/cms/0019/rel\\_final\\_3CMST.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/cms/0019/rel_final_3CMST.pdf)>; captado em: 8-5-2010.
- LAURELL, Asa Cristina e NORIEGA, Mariano (1989). *Processo de produção e saúde – Trabalho e desgaste operário*. São Paulo, Hucitec.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet (2004). Ação transversal interseccional – Entre o racional e o conjuntural. Texto-contribuição da Abrasco para o Encontro Preparatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. São Paulo, 17 e 18 de novembro (mimeografado).
- MENDES, René (1986). Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política. Tese de livre docência. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública-USP.
- MENDES, René e WAISSMANN, William (2003). Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, René (org.). *Patologia do trabalho*. São Paulo, Atheneu.
- NOGUEIRA, Diogo Pupo (1984). Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 495-509.
- OLIVEIRA, Luiz Sérgio Brandão (1994). 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. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.
- OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (1996). Política nacional de saúde do trabalhador (1980-1993) – Uma análise a partir do direito e da legislação específica. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.
- OMS-UNICEF – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (1978). Declaração de Alma

- Ata. *In*: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 de setembro.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque (1981). *Saúde e trabalho – A crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal.
- RIBEIRO, Herval Pina e LACAZ, Francisco Antonio de Castro (orgs.) (1984). *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo, Diesat.
- SANTOS, Lenir (2000). *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.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos (1998). *Décadas de espanto e uma apologia democrática*. Rio de Janeiro, Rocco.
- SILVA, Jacinta de Fátima Senna (2001). Apresentação. *Anais – 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, Ministério da Saúde, Divisão de Saúde do Trabalhador.
- SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho (1999). A transposição de teorias sobre a institucionalização do welfare state para o caso dos países subdesenvolvidos. *Texto para Discussão*, nº 695. Rio de Janeiro, Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).
- TAMBELLINI, Anamaria Testa (1988). Avanços na formulação de uma política nacional de saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde. Texto originalmente apresentado à 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (Brasília, 1986). Rio de Janeiro, Cesteh-ENSP-Fiocruz (mimeografado).
- VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (1994). Os caminhos do caminho: a municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.

————— (1996). A fiscalização das condições, dos ambientes e dos processos de trabalho, em sua relação com a saúde dos trabalhadores – Reflexões sobre a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) (mimeografado).

————— (2007). Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de e PIGNATI, Wanderley Antonio (2006). Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 1105-15.

WAISSMANN, William (2000). A “cultura de limites” e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.