

# 1

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE

---

Simone Santos Oliveira  
Jorge Mesquita Huet Machado  
Luciana de Assis Amorim  
Roberta Alamonica de Oliveira

A perspectiva do *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde* é contribuir para a formulação de um modelo de vigilância em saúde do trabalhador da saúde. Tal modelo busca subsidiar as ações de implantação de processos de intervenção visando à transformação das condições de trabalho no setor sanitário, considerando os riscos e as situações críticas identificadas tanto na esfera pública quanto na privada.

No Brasil, a saúde do trabalhador surge no processo histórico de lutas sociais da década de 1970, no movimento pela redemocratização do país. Este novo campo de práticas e saberes originou-se na luta dos trabalhadores pelo direito à saúde, no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, com inspiração no Movimento Operário Italiano, tendo como premissa a valorização da experiência e do conhecimento do trabalhador por melhores condições de trabalho (Oddone *et al.*, 1986; Brito, 1997).

Baseada também no conceito ampliado de saúde oriundo da medicina social latino-americana, a saúde do trabalhador busca romper com as concepções hegemônicas, uni ou multicausais, que desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença (Minayo-Go-

mez & Thedim-Costa, 1997; Laurell & Noriega, 1989; Lacaz, 1996).

Entre as características do campo de saberes e práticas da saúde do trabalhador destacam-se: a busca pela compreensão das relações entre trabalho, saúde e doença, visando à promoção, proteção, prevenção, assistência e reabilitação; a necessidade de transformação dos ambientes e dos processos de trabalho; a incorporação da humanização do trabalho; a abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde-trabalho seja entendida em toda a sua complexidade; a participação dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e na implementação do trabalho; e a articulação com o componente ambiental, já que os riscos dos processos de trabalho afetam o meio ambiente e a população geral (Lacaz, 1996; Machado, 1996, 2005; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997).

**Baseada também no conceito ampliado de saúde oriundo da medicina social latino-americana, a saúde do trabalhador busca romper com as concepções hegemônicas, uni ou multicausais, que desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença.**

## 1. ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A vigilância em saúde do trabalhador (Visat), devido a seu potencial transformador, busca a superação da dicotomia existente entre a assistência individual e coletiva, entre as ações preventivas e curativas e a falta de articulação das vigilâncias. Como campo de atuação, distingue-se da vigilância em saúde em geral e de outras disciplinas por delimitar seu objeto específico na relação do processo de trabalho com a saúde, e tem como pressuposto de atuação a articulação entre os controles de exposição e efeito (Machado, 1997).

A concepção de vigilância da saúde do trabalhador surge com a perspectiva de combinar os componentes das vigilâncias sanitária e epidemiológica e das inspeções em ambientes de trabalho, de forma a facilitar uma abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde, ressaltando aspectos como tecnologias utilizadas nos processos de produção; epidemiologia para a avaliação de risco; elementos sociais, por exemplo, as condições econômicas e de organização dos trabalhadores. Essa concepção requer abordagem ampliada e deve ser exercida pelos diferentes atores

que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde (Balista, Santiago & Corrêa-Filho, 2011). Portanto, a vigilância em saúde do trabalhador é um processo social contínuo que engloba vários atores em níveis distintos de ação (Machado, 2005).

A regionalização tem sido apontada, por diversos autores, como a possibilidade de se avançar na consolidação da vigilância em saúde do trabalhador de acordo com as experiências locais advindas de diversos pontos do país (Santos & Rigotto, 2011; Machado, 1996, 1997; Vasconcellos & Ribeiro, 1997).

No âmbito municipal e microrregional, o maior desafio, de acordo com o estudo de Teixeira (2002), seria envolver os diversos atores (secretários de saúde, prefeitos municipais, gestores e a sociedade civil organizada) em um movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde que se desdobre em ações intersetoriais de promoção e de melhorias das condições de vida, ao lado da reorganização da atenção básica e da regulação da assistência de média e de alta complexidade.

O controle social é outra premissa básica para a discussão das ações de vigilância em saúde do trabalhador. De acordo com Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010), a participação do trabalhador adiciona um ingrediente facilitador na institucionalização da vigilância justamente por legitimar a inclusão dos sujeitos, no caso os trabalhadores, como atores do processo metodológico para atuar na vigilância em saúde do trabalhador.

Portanto, na prática, essas questões ainda não estão incorporadas em seu sentido amplo, explicitando o pequeno grau de articulação existente entre os atores diretamente envolvidos.

Nessa conjuntura, a atuação do setor saúde ainda é enfraquecida em virtude das ações dos outros poderes responsáveis pela fiscalização dos ambientes de trabalho. Para Machado (1997), há uma dualidade no modelo brasileiro de vigilância em saúde do trabalhador referente à ampliação das ações institucionais, aliada, de um lado, ao movimento sindical e às ações implantadas no SUS, e, de outro, às ações das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs) e à visão tecnicista de análise do processo (Vasconcellos & Ribeiro, 1997). Algumas ações do setor saúde em vigilância em saúde do trabalhador

são relatadas como desintegradas e por vezes conflituosas, com práticas diferenciadas e choques de competências em diversas ações.

Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010), ao considerar a falta de capacitação técnica dos agentes públicos como um dos fatores que tornam a vigilância em saúde do trabalhador ainda 'inusual', elaboraram uma proposta metodológica para a capacitação na área. Para isso, as bases teóricas conceituais que norteiam a construção da saúde do trabalhador, assim como a pedagogia problematizadora utilizada no processo de educação permanente do SUS, são discutidas. O ponto chave dessa proposta é a capacitação conjunta dos agentes públicos com os trabalhadores, harmonizada tanto ao princípio do controle social do SUS quanto à ideia do campo da saúde do trabalhador, que tem no trabalhador o sujeito ativo e central das ações.

A capacitação das equipes também é sinalizada por Ramos (2008), que identifica a necessidade de o campo da saúde do trabalhador contar com profissionais qualificados e com conhecimento crítico e reflexivo sobre a relação saúde-trabalho e o processo saúde-doença, de modo a contribuir com práticas inovadoras

---

voltadas para uma perspectiva da integralidade, vigilância e humanização da atenção.

A informação é outro ponto de grande relevância para consolidar subsídios às ações de planejamento de vigilância em saúde do trabalhador. Facchini e colaboradores (2005) ressaltam a necessidade de organizar as informações em saúde do trabalhador, para que as ações de vigilância possam ser orientadas e otimizadas. Reportam ainda sobre a não valorização da informação sobre o trabalho no SUS, a não existência de um setor que efetivamente colete, analise e interprete sistematicamente as condições de saúde e de trabalho. Verificam-se problemas de qualidade advindos do sistema de informação existente, como a inconsistência dos dados, a não padronização de variáveis, a diferenciação existente sobre os dados reais e a notificação. Ressaltam-se também a escassez de recursos existentes – sejam eles tecnológicos, sejam de recursos humanos e organizacionais –, além da crescente necessidade de capacitação para a otimização do sistema.

A subnotificação representa um problema a ser transposto, tendo em vista a impossibilidade de gerar inspeções sanitárias preventivas e a

grande dificuldade de obter informações que não sejam em prol de pagamentos previdenciários (Vasconcellos & Ribeiro, 1997).

O Sinan-NET, ferramenta de notificação utilizada pelo Ministério da Saúde, embora implantado para o recebimento de informações referentes aos agravos em saúde do trabalhador desde 2006, está ainda em um processo de construção e de consolidação, devido à falta de instrumentos e à incapacidade técnica dos estados no manuseio do programa e à dificuldade dos profissionais de ponta para preencher os campos necessários. Estudos realizados no estado do Paraná, segundo Scherer e colaboradores (2007), com dados do Sinan-NET, sobre agravos relacionados à saúde do trabalhador, mostram pontos negativos, como a restrição ao acesso, a morosidade, a segmentação, a parcialização de informações e a falta de informação entre os dados do prontuário e as informações solicitadas nesse banco de dados, o que dificulta a visualização dos problemas relacionados à saúde do trabalhador. Porém, a utilização correta dos dados disponíveis no Sinan-NET a respeito da vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador oferece condições para articulações, respaldo para planejamentos, avaliações de ações de impacto

à saúde, controle e monitoramento, ações de vigilância sanitária entre outras, para intervir e melhorar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Segundo estes autores, o planejamento de estratégias para a implantação da vigilância epidemiológica é o primeiro passo para a estruturação da atenção em saúde do trabalhador. Destacamos também necessidade de interação com a mídia, veiculadora de informações e formadora de opiniões, tendo os trabalhadores da saúde importante papel na publicização dos dados e no acompanhamento dos eventos junto à população (Machado & Porto, 2003).

**...a utilização correta dos dados disponíveis no Sinan-NET a respeito da vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador oferece condições para articulações, respaldo para planejamentos, avaliações de ações de impacto à saúde, controle e monitoramento, ações de vigilância sanitária entre outras, para intervir e melhorar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.**

As ações de vigilância em saúde do trabalhador acontecem de forma localizada de acordo com o comprometimento da equipe e dos gestores locais. Machado e Porto (2003: 127) caracterizam a prática da vigilância em saúde do trabalhador como sendo de

“caráter híbrido e, calcado em experiências institucionalizadas e generalizadas de múltiplas facetas, repletas de ações voluntaristas e de personalismos, em contexto institucional desestabilizado”.

Os balanços realizados pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), de 2009 e 2011, mostram que a vigilância em saúde do trabalhador vem se qualificando e se estruturando no cenário brasileiro, apesar de tal cenário estar cerceado pela crise política e financeira existente nos municípios. Há um choque de competências, relacionado tanto aos órgãos fiscalizadores quanto aos interesses políticos regionais, na realização de algumas ações, visto que o cenário não se diferencia do quadro da vigilância em saúde do trabalhador apresentado em 2003 e presente no relatório da oficina de trabalho “Políticas de saúde do trabalhador no SUS”, do

---

grupo de saúde do trabalhador da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Portanto, as ações ainda se encontram fragmentadas e focadas na assistência à saúde dos trabalhadores (Lourenço & Bertani, 2007). Há a

necessidade de transcender as ações curativas para as de prevenção e promoção da saúde; as experiências que puderam ser observadas por Machado e Porto (2003), referentes ao estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil, revelam um rico potencial

## 2. INSTRUMENTOS LEGAIS E NORMATIVOS QUE REFERENCIAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

---

A discussão sobre saúde e trabalho encontra, no Movimento de Reforma Sanitária, um momento privilegiado de enfrentamento, em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, que culmina na realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a formulação da Lei Orgânica da Saúde, as ações de saúde do trabalhador passam a ser reconhecidas por lei como responsabilidade do Estado.

Então, pela Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser inscrita como direito de todos e dever do Estado, e adota-se o conceito ampliado do processo saúde-doença. A regulamentação dos deveres do Estado em relação à saúde garante a integração de políticas sociais e econômicas para redução do risco

de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços que devem integrar estratégias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com articulação interna ao próprio setor saúde, assim como da previdência e assistência social.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 (Brasil, 2005a) prevê a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”; além disso, estabelece que os municípios, coordenando suas atuações com a União, com os estados e com as entidades representativas dos trabalhadores,

desenvolverão ações, visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos trabalhadores.

Desse modo, é a partir da implantação do SUS que a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho dá ao setor saúde a prerrogativa de exercer a vigilância em saúde do trabalhador nos locais de trabalho de forma multidisciplinar e interinstitucional, com objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas ações.

No entanto, conforme destaca Vasconcellos (2007), o campo da saúde do trabalhador não foi plenamente acolhido pela saúde pública e vive um permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico operacional por dentro das práticas de saúde em geral. Dessa forma, um dos principais desafios consiste em considerar a centralidade da categoria trabalho nos determinantes sociais dos agravos da população

Em março de 1994, foi realizada a Segunda Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador com o tema: “Construindo uma política de saúde do trabalhador”. Esse momento foi marcado por uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço suprassetorial de consolidar

e provocar o desencadeamento de ações concretas no âmbito do SUS (Vasconcellos, 2007).

**...é a partir da implantação do SUS que a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho dá ao setor saúde a prerrogativa de exercer a vigilância em saúde do trabalhador nos locais de trabalho de forma multidisciplinar e interinstitucional, com objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas ações.**

Na Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em novembro de 2005, reportou-se novamente à estruturação de uma política de Estado e à necessidade de sua incorporação nas questões do desenvolvimento sustentável, condizente com os rumos das políticas globalizantes. Contudo, as recomendações da conferência permanecem sem receber acolhida no próprio Ministério da Saúde como pauta de agenda política. A possibilidade de efetivação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) depende de uma profunda revisão do significado político estrutural do SUS como instância articuladora e sistêmica do Estado brasileiro no interior da saúde pública. Para a construção de uma PNST no SUS, uma concepção sistêmica que transponha os limites da setorialidade, é necessário criar novos objetos estruturais, pautados

na transetorialidade e na transversalidade, para a implementação de uma política que rompa com a cultura de fragmentos 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 introjetadas 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: 37).

Entretanto, o desenho da atual PNST mantém como características a formulação normativa plurinstitucional e desarticulada; a execução de ações também plurinstitucional e desarticulada; 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 modelo médico-centrado; e, entre outras variáveis, a manutenção do sujeito trabalhador como corpo-objeto (Vasconcellos, 2007).

A portaria n. 3.120/MS de 1998 (Brasil, 2005b), que fornece sub-

sídios básicos para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS, apesar de trabalhar com o conceito de plurinstitucionalidade e intersetorialidade, avança ao propor também, como princípios básicos na orientação das ações de vigilância, a integralidade das ações, o controle social, a hierarquização, a descentralização, a pesquisa-intervenção e o caráter transformador, na perspectiva da melhoria da qualidade de vida no trabalho, bem como um movimento em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e coletivas de vigilância (Brasil, 1998).

De acordo com esta portaria, as estratégias de ação pressupõem uma rede de articulação que passa pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação. Sua abordagem calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos e na avaliação de riscos no planejamento e avaliação das ações, visando ao estabelecimento de prioridades no desenvolvimento de ações de vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores (Brasil, 1998).

Partindo do olhar da epidemiologia, Machado (1997) propõe matriz para priorização e planejamento das estratégias de vigilância em saúde do trabalhador por tipo de efeito, agravos; por tipo de exposição, riscos ou atividades; e por delimitação espacial / território.

A busca ativa de casos e a criação de um programa de vigilância permitem a identificação dos determinantes dos agravos à saúde, uma das formas de abordar os objetos da vigilância, através da análise da história ocupacional e da delimitação de novas estratégias de controle de riscos. Essa estratégia pode vir a direcionar os programas de saúde do trabalhador de acordo com a prioridade diagnóstica (Machado, 1997).

Complementarmente, a abordagem de riscos à saúde permite o controle de acidentes (agentes químicos, físicos e biológicos) causadores de agravos à saúde dos trabalhadores. Para isso, prevê a identificação de indicadores que possibilitem o acompanhamento permanente dos riscos. Essa estratégia tem como desvantagem a redução do contexto de riscos a uma cadeia de eventos preestabelecidos. Desse modo, as possíveis interações com outros riscos e os contornos sociais da exposição só

poderão ser estabelecidos a partir da articulação a outras formas de abordagem da relação entre processo de trabalho e saúde (Machado, 1997).

A abordagem por território está em consonância com o modelo de distritos sanitários, ou seja, em consonância com a atuação local, com o planejamento de ações e com a avaliação de prioridades e efeitos das ações sanitárias em uma determinada região, contribuindo ao planejamento de ações mais adequadas, voltadas para a atuação intersetorial e para intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, que superem os paradigmas médico-assistencial e sanitários vigentes no SUS (Machado & Porto, 2003).

A atuação da vigilância por ramo de atividade econômica segue a lógica da organização dos trabalhadores, o que viabiliza a participação sindical nas ações de vigilância. Essa abordagem tem como característica mais marcante um potencial de intervenção sistêmica e participativa, levando à eficácia da prevenção. Machado (1997) ainda propõe uma abordagem por pontos cruzados – agravos, riscos, território e atividade –, entendendo que uma atividade pode estar associada a vários tipos de danos, ou, ao con-

trário, distintas atividades podem produzir o mesmo agravo.

Por sua vez, trabalhadores realizando procedimentos distintos podem vivenciar o mesmo tipo de exposição, e grupos, realizando o mesmo procedimento, podem estar expostos a situações nocivas de natureza diversa. Na perspectiva da visualização da relação entre o processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores, o território permite identificar as dimensões das vulnerabilidades, dos riscos e das exposições e desse modo reconhecer as singularidades e multiplicidades das atividades e tarefas.

A abordagem por pontos cruzados entre os riscos, agravos e atividade representa uma possibilidade de estabelecer ações de vigilância mais integradas, que levem em consideração as necessidades de saúde de um dado território. Dessa forma, prioridades podem ser constituídas de acordo com a realidade do *locus* em questão, estando assim em consonância com a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador n. 3.908/98 (Nost) que tem como pressuposto, entre outros, a regionalização. Essa proposta pode contribuir para uma participação mais efetiva dos trabalhadores pela maior probabilidade de reconhecimento das questões sanitárias envolvidas em seu cotidia-

no. Demonstra também consonância com a proposta de regionalização contida na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), adotada pelo Ministério da Saúde em 2001, que representa uma oportunidade de se avançar na construção de sistemas microrregionais que garantam a integralidade da atenção à saúde (Teixeira, 2002).

**A abordagem por pontos cruzados entre os riscos, agravos e atividade, representa uma possibilidade de estabelecer ações de vigilância mais integradas, que levem em consideração as necessidades de saúde de um dado território.**

Esse processo de regionalização influenciou a criação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CRSTs), serviços específicos e especializados, de nível secundário, que buscam incorporar maior densidade tecnológica, de apoio diagnóstico e de vigilância, em seu quadro de profissionais (Lacaz, 1996). Esses serviços foram criados inicialmente em importantes municípios do país, como São Paulo, Campinas, Santos, Porto Alegre, Belo Horizonte e Volta Redonda (Lacaz, Machado & Porto, 2002; Minayo-Gomez & Lacaz, 2005).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, a partir da Secretaria de Assistência à Saúde, cria a Renast por meio da portaria n. 1.679/GM de 2002 (Brasil, 2002), considerada principal estratégia do SUS para a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Em 2005, esta portaria é revisada por meio da portaria n. 2.437/GM, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Renast no SUS (Brasil, 2005). As principais medidas estabelecidas por essa portaria foram a criação e a expansão dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que passaram a ser conhecidos pela sigla Cerests (Santos & Lacaz, 2011). Apesar dessas mudanças, os Cerests, na prática, vêm funcionando como porta de entrada, e as suas ações carecem de articulação intra e intersetorial (Machado, 2011). É preciso encarar o desafio da intrasetorialidade, redefinindo a porta de entrada por meio da articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujas ações se organizam com referência em uma base territorial e em critérios epidemiológicos, priorizando os problemas mais comuns em uma dada comunidade e visando a maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas (Dias *et al.*, 2010). A partir da APS se organizariam os encaminhamentos

aos Cerests e à rede assistencial de média e alta complexidade (Brasil, 2002). Destaca-se a necessidade de construir “um corpo técnico capaz de formular e apoiar a efetivação de ações programáticas para consolidar o campo de saúde do trabalhador,” além da necessidade de promover uma efetiva articulação transetorial (Minayo-Gomez & Lacaz, 2005: 798).

Nesse sentido, Minayo-Gomez & Lacaz (2005) acenam para a ausência efetiva de uma Política Nacional, com princípios norteadores, diretrizes, estratégias e metas capazes de garantir a efetividade das ações para prevenir e promover a saúde dos trabalhadores.

A PNST visa à redução dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na portaria n. 1.125,<sup>2</sup> compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em saúde do trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Com vistas a superar a lacuna anteriormente apontada é que se

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>>.

vem construindo a reformulação da PNST. Esta política, que tem abrangência e define diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, tem o objetivo de propiciar

“promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio de eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (Brasil, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006, também caminha na direção da assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, bem como à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer:

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual se confere visibilidade às situações de risco, aos diferentes grupos sociais e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, com objetivo de estabelecer mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, que defendam a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (Brasil/MS, 2010: 12)

Uma importante medida, seguindo esse mesmo rumo, voltada a promover melhorias do trabalho no setor saúde, adotada pelo Ministério da Saúde em maio de 2011, foi a assinatura das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS – Protocolo da Mesa de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – SUS n. 08/2011. Esta política tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do setor de saúde, por meio do controle dos fatores de risco e da facilitação do acesso, por parte desses trabalhadores, aos serviços de atenção integral à saúde.

Considera-se também relevante a Política Nacional de Humanização (PNH), voltada à produção da saúde, que, a partir de 2004, preconiza a construção de redes cooperativas, estimulando o protagonismo e a autonomia de sujeitos e coletivos e sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção (Brasil/MS, 2004).

Ressalta-se a necessidade de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde que valorizem o protagonismo dos trabalhadores da saúde, importante para que o direito constitucional à saúde para todos seja garantido e urgente porque tal

debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos (Brasil/MS, 2004).

Dessa forma, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, ou seja, é a tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos (Brasil/MS, 2004).

A humanização estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na *pólis*, na relação entre os homens, que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz. (Brasil/MS, 2004: 8)

Adotar a PNH como uma política transversal – entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva – é imperativo para a produção da

saúde, de forma, que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno, com capacidade de criar novas ações e de poder participar como cogestores de seu processo de trabalho. Humanizar a atenção em saúde contribui para a qualificação da atenção e da gestão: é prover uma atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (Brasil/MS, 2004).

A preocupação com a saúde dos trabalhadores se amplia e, em 2010, por meio da portaria normativa n. 3 (Brasil, 2010) foram estabelecidas as orientações básicas sobre a Noss com o objetivo de definir as diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância nos ambientes e processo de trabalho e promoção à saúde do servidor. Entre tais diretrizes, temos: participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde; cogestão pelo compartilhamento do poder entre os diferentes atores sociais que participam e/ou integram o processo; formação e capacitação, mantendo uma política de formação permanente e capacitação nas áreas de vigilância e promoção à saúde do servidor; acesso à informação, sobretudo aquelas referentes aos

riscos e aos resultados de pesquisas a respeito da saúde. A portaria n. 3 propõe ainda como diretrizes a integralidade das ações; a regionalização e a descentralização; a transversalidade; a intra e a intersectorialidade; o embasamento epidemiológico; a transdisciplinaridade; e a pesquisa-intervenção como metodologia que permite a integração do saber científico com o saber prático.

A Noss integra a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor nos aspectos referentes à vigilância e à promoção da saúde, sustentando-se na interrelação entre os eixos de vigilância e promoção, perícia médica e assistência à saúde do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass) e no trabalho em equipe multiprofissional com abordagem transdisciplinar (Brasil, 2010).

A saúde e a segurança do trabalho do servidor público federal representam demandas a mais por políticas em função das particularidades desse grupo. Ao longo da história da administração pública, observa-se que sua conduta se restringia a normas de aposentadoria, remuneração de licenças para tratamento de saúde e instituição de adicional de salubridade e periculosidade, no que se refere aos direitos dos servidores

relacionados à saúde no trabalho (Andrade, 2009).

Nos últimos sete anos, esforços vêm sendo empreendidos no sentido resolver antigas questões relacionadas à saúde e à segurança no trabalho no serviço público. Assim, em 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e, em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (Sisosp) (Brasil, 2010). Mas foi a partir do ano de 2007 que se estabeleceu o compromisso de construir e de implantar, de forma compartilhada, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (Pass), sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. Esse movimento resultou na criação, por meio do decreto n. 6.833, do Siass, no ano de 2009, através da reformulação do Sisosp (Brasil, 2010).

Os avanços foram consequência de um processo de decisão coletiva, e a mudança da sigla buscou destacar o caráter de atenção integral à saúde do trabalhador. Desde então, o principal desafio tem sido

implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de direitos e benefícios, na uniformização de procedimentos, na otimização de recursos e na implementação de medidas que produzam melhorias na saúde dos servidores públicos federais (Brasil, 2010).

Na perspectiva de viabilizar possibilidades e de dimensionar as questões relacionadas à saúde dos servidores públicos, está em desenvolvimento e em uso parcial um sistema de informação com o objetivo de consolidar os registros sobre a saúde desses trabalhadores, para que se possa ter as informações com estrutura de análise da visão epidemiológica, a fim de produzir informação para ação. O sistema representa uma ferramenta adequada para estruturar um programa de capacitação e educação continuada para os atores relacionados à atenção a saúde dos servidores (Andrade, 2009). Trata-se, portanto, da construção e da consolidação de uma política transversal de gestão de pessoas, a ser sustentada a partir da vigilância, promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde e fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, no trabalho interdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho (Brasil/MS, 2010).

Entretanto, apesar de ser um avanço na perspectiva da saúde do trabalhador, o Siass ainda não foi incorporado integralmente pelos gestores institucionais e também pelo corpo funcional, o que contribui para não inclusão dessa temática na agenda de prioridades gerenciais (Andrade, 2009).

Por sua vez, os trabalhadores, cujos contratos de trabalho são regidos pela CLT, têm como marco regulatório de suas relações, no campo da segurança e medicina do trabalho, as normas regulamentadoras (NRs) criadas pela portaria n. 3.214 do Ministério de Trabalho em 1978, inicialmente com 28 NRs (Brasil, 1978).

A NR 32 (Brasil, 2005), criada no final da década de 1990, tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação desta NR, entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível

de complexidade. Ao incorporar o conceito de edificação, todos os trabalhadores que exercem atividades nestas edificações, relacionadas ou não com a promoção e a assistência à saúde, são abrangidos pela norma. Por exemplo, atividades de limpeza, lavanderia, reforma e manutenção.

Esta norma tem por objetivo prevenir os acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho nos profissionais da saúde. Assim, recomenda, para cada situação de risco, a adoção de medidas preventivas e a capacitação dos trabalhadores. Abrange as situações de exposição aos diversos agentes presentes no ambiente de trabalho, como os agentes de risco biológico; agentes de risco químico; agentes de risco físico, com destaque para as radiações ionizantes. Trata ainda dos resíduos (descarte), lavanderia, limpeza, conservação do ambiente e capacitação profissional. Também cuida de orientar os profissionais sobre os riscos diários e a prevenção de acidentes, através da capacitação inicial, contínua e em face de mudança do local de trabalho.

A NR 32 abrange ainda a obrigatoriedade da vacinação a todo trabalhador dos serviços de saúde, que deverá ser fornecida gratuitamente, contra tétano, difteria, hepatite B e as demais vacinas especificadas no

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Considera-se, para fins de aplicação desta NR, como risco biológico, a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, ou seja, a micro-organismos, geneticamente modificados ou não; às culturas de células; aos parasitas; às toxinas e aos príons. Como risco químico, agentes químicos, substâncias, compostos ou produtos químicos em suas diversas formas de apresentação – líquida, sólida, plasma, vapor, poeira, névoa, neblina, gasosa e fumo.

**A NR 32 abrange ainda a obrigatoriedade da vacinação a todo trabalhador dos serviços de saúde, que deverá ser fornecida gratuitamente, contra tétano, difteria, hepatite B e as demais vacinas especificadas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).**

No caso do gerenciamento de resíduos, a NR 32 dedicou especial atenção ao seu tratamento, por suas implicações na biossegurança pessoal e no meio ambiente. Importante ressaltar que a NR não desobriga o cumprimento da Resolução Anvisa RDC

n. 306, de 7 de dezembro de 2004, e da Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005, que dispõem sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e sobre a necessidade da designação de profissional, com registro ativo junto ao seu conselho de classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de responsável pela elaboração e pela implantação do PGRSS.

Recentemente, o Ministério do Trabalho e do Emprego publicou a portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011 (Brasil, 2011). De acordo com essa portaria, o subitem 32.2.4.16 da NR 32 passa a vigorar com a seguinte redação:

32.2.4.16. O empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora.

32.2.4.16.1. As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança.

32.2.4.16.2. O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1.

Esta portaria aprova ainda o Anexo III da NR 32, Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, e ao empregador confere a responsabilidade de elaborar e implantar este plano. Dessa forma, visa à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para isso, o empregador deve constituir uma comissão gestora multidisciplinar responsável por elaborar, implementar e atualizar o plano de prevenção de riscos com materiais perfurocortantes. A esta comissão cabe ainda analisar as informações existentes no Plano de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no PCMSO, além das referentes aos acidentes ocorridos com materiais perfurocortantes, bem como estabelecer prioridades em relação à adoção de medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes, à seleção de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança e à capacitação dos trabalhadores.

### 3. IDENTIFICANDO OS DESAFIOS

Apesar de todo esse arcabouço regulatório, existe um profundo desconhecimento do dimensionamento do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores. Podemos considerar a ponta desse *iceberg* os dados do Ministério da Previdência e Assistência Social, que, no ano de 2010, divulgaram a ocorrência de 701.496 acidentes de trabalho em trabalhadores vinculados ao seu sistema, o que representa uma base populacional de cerca de 28 milhões de trabalhadores (Brasil/MPAS, 2011).

Essa situação indica a necessidade de investimentos em capacitação de recursos humanos, articulação e harmonização das bases de dados de interesse à saúde do trabalhador; implantação de infraestrutura de informática nos níveis locais e de coleta das informações na rede de serviços do SUS e integração e articulação interministerial (Facchini *et al.*, 2005). Reflete ainda a fragilidade da aplicação da legislação e de regulação das condições relativas à saúde dos trabalhadores.

Diante desse quadro, destacamos que apesar dos avanços significativos tanto no campo conceitual quanto na ampliação de recursos legais na saúde do trabalhador, a vigilância em saúde do trabalhador da saúde necessita

de articulação intra e interinstitucional, de ações interdisciplinares e transversais, de participação dos trabalhadores, de um sistema de informação capaz de nortear as ações de vigilância e de uma consolidação institucional, com um concomitante aprofundamento das ações com base em problemas originados das reais condições de trabalho (Machado, 2011; Santos & Lacaz, 2011).

**Apesar dos avanços significativos tanto no campo conceitual quanto na ampliação de recursos legais na saúde do trabalhador, a vigilância em saúde do trabalhador da saúde necessita de articulação intra e interinstitucional, de ações interdisciplinares e transversais, de participação dos trabalhadores, de um sistema de informação capaz de nortear as ações de vigilância e de uma consolidação institucional.**

Nos capítulos a seguir serão apresentados o arcabouço teórico, as abordagens metodológicas e os efeitos estudados no setor saúde. No capítulo 5 é desenvolvida uma proposta de organização das ações de Visat, que se fundamenta nos elementos citados anteriormente.

## 4. REFERÊNCIAS

---

ANDRADE, E. T. *O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da integralidade*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M. & CORRÊA-FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4): 759-768, 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, 2005. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D32401BA60132632362521B47/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D32401BA60132632362521B47/NR-32%20(atualizada%202011).pdf)>. Acesso em: 6 jun. 2012.

BRASIL. Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Portaria n. 1.679 /GM, de 19 setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Portaria n. 2.437/GM, de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast no Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Portaria Normativa n. 3, de 7 de maio de 2010. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – Sipec. Brasília: Disponível em: <[www.servidor.gov.br/noticias/noticias10/arq\\_down/100507\\_port\\_normat\\_3.pdf](http://www.servidor.gov.br/noticias/noticias10/arq_down/100507_port_normat_3.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BRASIL. Portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011. Brasília. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p\\_20110830\\_1748%20.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998. Dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhadores – Renast. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Estatísticas da Previdência Social: Anuário Estatístico da Previdência Social – Acidentes de Trabalho*. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/infologo/>. Acesso em: 6 nov. 2011.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(suppl. 2): S141-S144, 1997.

DIAS, E. C. *et al.* Construção da Renast em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2002-2007. *Revista Médica de Minas Gerais*; 20(suppl.2): S66-S74, abr.-jun. 2010.

FACCHINI, L. A. *et al.* Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 857-867, 2005.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Saúde e Produção e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1987.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*, 1996. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

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*, 2002. (Relatório Final – Mimeo)

LOURENÇO, E. A. S. & BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115): 121-134, 2007.

MACHADO, J. H. M. *Alternativa e Processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*, 1996. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(suppl. 2): 33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 987-992, out.-dez. 2005.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H & PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MACHADO J. M. H. & PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(3): 121-130, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (suppl.2): 95-109, 1997.

MINAYO-GOMEZ, C. & LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 797-807, 2005.

ODDONE, I. *et al.* *Ambiente de Trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

SANTOS, A. P. L. dos. & LACAZ, F. A. de C. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto estratégias e desafios. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. & PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SANTOS, A. L. & RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho Educação e Saúde*, 8(3): 387-406, 2010.

RAMOS, J. C. L. *Especialização em Saúde do Trabalhador no Brasil: estudo dos cursos realizados no período de 1986 a 2006, 2008*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, UFBA.

SCHERER, V. *et al.* Sinan-NET: um sistema de informação à vigilância na saúde do trabalhador. *Cogitare Enfermagem*, 12(3): 330-307, jul.-set. 2007.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suppl.): S153-S162. 2002.

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. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2): 269-75, abr.-jun. 1997.

VASCONCELLOS, L. C. F. & LEÃO, L. H. da C. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F. & OLIVEIRA, M. H. B. de. (Orgs.). *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Cândido Mendes, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B. de & GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3): 445-462, nov.2009-fev.2010.

VASCONCELLOS, M. C.; PIGNATTI, M. G. & PIGNATI, W. A. Emprego e acidentes de trabalho na indústria frigorífica em áreas de expansão do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. *Saúde Sociedade*, 18(4): 662-672, dez. 2009.