

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE/ ESCOLA DE GOVERNO
DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO- ESPPE**

NAYANNE LEITE BEZERRA

**ANÁLISE DA GOVERNANÇA REGIONAL SOBRE A POLÍTICA DE
SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO DA IX REGIÃO DE SAÚDE**

OURICURI

2016

Nyanne Leite Bezerra

**ANÁLISE DA GOVERNANÇA REGIONAL SOBRE A POLÍTICA DE
SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO DA IX REGIÃO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco/ Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco como requisito à obtenção do título de Sanitarista.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Doutorado e PhD em Políticas Públicas
garibaldi.gurgel@hotmail.com

OURICURI

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele eu não teria chegado até aqui e traçado o meu caminho fazendo a escolha pela Saúde Coletiva. Aos meus pais que me apoiaram e me deram força para continuar nessa caminhada, sem eles nada disso seria possível, eles foram a peça fundamental para a concretização da Residência. Aos funcionários da IX GERES, onde criamos um vínculo de companheirismo e amizade e os que compartilharam seus saberes, enriquecendo cada vez mais o meu aprendizado. Muito Obrigada por tudo, pela paciência, pela amizade e pelos ensinamentos que levarei para sempre! Agradeço principalmente aos amigos que a residência me presenteou, por terem me apoiado e ficado ao meu lado nas horas que eu mais precisava, construímos uma nova família. A todos os professores e em especial ao meu orientador Garibaldi Gurgel, por exigir de mim muito mais do que eu supunha ser capaz de fazer. Agradeço por transmitir seus conhecimentos e por fazer deste trabalho a concretização de uma experiência positiva.

À todos, muito obrigada!

Nayanne Leite

NAYANNE LEITE BEZERRA

**ANÁLISE DA GOVERNANÇA REGIONAL SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO
TRABALHADOR: ESTUDO DA IX REGIÃO DE SAÚDE**

Aprovada em: ____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^o Garibaldi Dantas Gurgel Jr.

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE

Pedro Costa Cavalcanti de Albuquerque

Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE

Emília Teles

Universidade de Pernambuco - UPE

RESUMO

Nas últimas décadas, estão sendo realizadas iniciativas para consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador que incluem ações envolvendo assistência, vigilância, promoção e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No ano de 2012, a Portaria GM/MS nº 1.823/2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho tem como principal objetivo analisar o processo de governança que ocorre na Comissão Intergestores Regional (CIR) quanto às decisões sobre a PNSTT na IX Região de Saúde. O estudo seguiu o delineamento exploratório-descritivo, com análise interpretativa, do tipo documental, das pautas e atas da CIR nos anos de 2013 e 2014. De acordo com os documentos analisados, no período citado, constatou-se que o tema estava inserido em três pautas e duas atas. Com base na análise do conteúdo dos documentos oficiais, percebe-se que a CIR, em estudo, vem discutindo e tomando decisões pontuais para a organização do sistema regional de Saúde. Portanto, pode-se dizer que a CIR é um espaço para a organização do sistema regional de saúde. Contudo, necessita agir no intuito de organizar e planejar os sistemas municipais e regional referentes à Saúde do Trabalhador.

Palavras-chaves: Governança, Saúde do trabalhador, Sistema único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO	9
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. MATERIAIS E MÉTODOS	13
5. RESULTADOS	14
6. DISCUSSÃO	17
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1. INTRODUÇÃO

A atividade industrial de mineração de gipsita desenvolvida no Sertão do Araripe Pernambucano é responsável por mais de 90% da produção de gesso de todo o país, por isso o local é conhecido como maior polo gesseiro do país, faz parte do polo os municípios de Araripina, Ipubi, Trindade, Ouricuri e Bodocó. Essa atividade gesseira, formada por empresas de mineração, calcinação e fábricas gera na região cerca de 12 mil empregos, constituindo a principal atividade econômica da Região (MEDEIROS, 2003).

As relações entre o trabalho e saúde fazem parte da vida e cultura da humanidade. Os determinantes sociais referentes às condições de trabalho, que são preconizados pela Constituição Federal de 1988 e de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), fortaleceram a consolidação legal e institucional do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil (DIAS, 2005).

A I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores marcou politicamente o campo Saúde do Trabalhador (ST) com a proposta de incorporar os princípios do SUS na perspectiva da saúde como direito de todos (LACAZ, 2007; DIAS, 2005).

Nas últimas décadas, estão sendo realizadas iniciativas para consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em ST que incluem ações envolvendo assistência, vigilância, promoção e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho (LACAZ, 2007). As ações de prevenção tem grande impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Nesse sentido, como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da ST constitui-se como espaço interdisciplinar e interinstitucional que entende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde.

Considerando a complexidade de seu objeto, o campo da ST preconiza um modo de agir de integração que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 1996). A ST, portanto, propõe uma nova forma de compreensão das relações entre trabalho e saúde e novas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho.

No ano de 2012, a Portaria GM/MS nº 1.823/2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas nas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos

trabalhadores e a redução da morbi-mortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 estabelecem a regionalização como um dos princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). A Regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. A partir da publicação do Decreto nº 7.508/2011 foram instituídas as Comissões Intergestores, como instância de decisões colegiadas discutidas de modo compartilhado no espaço regional, onde gestores municipais e estaduais pactuam e deliberam acerca de questões importantes para a realidade sanitária da região.

A CIR é o órgão de instância colegiada, não paritário, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399 de 22 de Fevereiro de 2006), constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais. Essas instâncias institucionalizam o relacionamento horizontal entre os governos municipais e o emprego dos processos decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional, trazendo a possibilidade de importantes alterações na dimensão política do planejamento do SUS a partir de um novo modelo de funcionamento das relações intergovernamentais no campo da saúde.

Em razão da necessidade de se compreender e analisar através da CIR, se existem ações voltadas à saúde das pessoas que trabalham no contexto sócio-técnico-ambiental de produção de gesso no sertão pernambucano, e pela existência de grande quantidade de fábricas e empresas de mineração e calcinação que são locais que requerem atenção redobrada, pois, neles os riscos podem ser fatais. Este trabalho pretende investigar como está se constituindo as discussões e a atuação em Saúde do Trabalhador na IX Região de Saúde através da Comissão Intergestores Regional, e os desafios colocados aos serviços pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS.

A IX Região de Saúde tem a sede no município de Ouricuri e abrange 11 (onze) municípios localizados no alto sertão do Araripe, sendo: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (Município sede) Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade (SES, 2015).

Pretende-se assim considerar as pactuações em Saúde, conhecendo os múltiplos movimentos que atravessam em sua construção. Também é importante realizar novas pesquisas neste campo Saúde do Trabalhador em função da importância e relevância do tema

com contribuições, no sentido de proporcionar respostas aos problemas propostos e/ou ampliar as formulações teóricas a esse respeito.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, afirma que:

“Entende-se por Saúde do Trabalhador, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.”

Segundo Dias e Hoefel (2005), no Brasil, a Saúde do Trabalhador, entendida como campo de práticas apoiadas no modelo da Saúde Pública, se disseminou mais intensamente com o Movimento da Reforma Sanitária e se desenvolveu mais amplamente a partir da promulgação da nova Constituição do País em 1988, e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Corroborando com os autores acima, Vasconcelos e Oliveira (2008) afirmam que a Saúde do Trabalhador, enquanto conquista histórica, é uma conquista também proveniente da Constituição Federal de 1988, e o SUS que considera saúde para além dos aspectos biológicos. É a construção de uma ponte que abre caminho para uma saúde no trabalho.

Conforme o Ministério da Saúde (2004), a área de Saúde do Trabalhador se caracteriza por uma multiplicidade disciplinar e temática, refletindo no desafio de construir uma política transdisciplinar que dê conta da dinâmica do trabalho na sua relação com o processo saúde/doença. Sendo assim, as políticas públicas no âmbito da Saúde do Trabalhador devem se constituir em ações implementadas pelo Estado que garantam que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Como fato relevante, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), contemplando uma proposta que entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde vêm almejando desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012).

De acordo com Minayo (2013), tem-se uma política que se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Ela abrange como sujeitos todos os

trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural; de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal; e de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.

Segundo Santos e Andrade (2009), o SUS, nascido com a Constituição de 1988, foi gestado no formato de rede de serviços, como forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território. Nestes moldes dizem ser imperioso haver gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento tripartite. E é com essa configuração jurídico-administrativa do SUS que somente colegiados interfederativos de âmbito nacional, estadual e regional serão capazes de operar uma rede de entes federados autônomos e interdependentes na realização de serviços integrados, com base em consensos de saúde.

Mendes (2011) diz que *“os Sistemas de atenção á saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias”*. Daí considera que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma nova forma de organizá-los em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

Teixeira e Duverney (2007), ao tratarem dos modelos de governança democrática, dizem que o exercício da governança por meio de redes traz a necessidade de construir relações de interdependência e intercâmbio de recursos com base numa visão de complementaridade de interesse e confiança.

Para a governança pública ser efetiva de acordo com o World Bank (2007) pressupõe a existência de um Estado de Direito; de uma sociedade civil participativa no que tange aos assuntos públicos; de uma burocracia mergulhada de ética profissional; de políticas planejadas de forma previsível, aberta e transparente; e de um braço executivo que se responsabilize por suas ações.

De acordo com a portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a governança das Redes de Atenção à Saúde tem o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações (BRASIL, 2010).

Segundo Aguillar, (2009), a governança envolve diferentes aspectos: significa o processo de governo da sociedade; é produto de uma atividade coletiva em que participam múltiplos atores; requer uma instância coordenadora; é um processo de direção estruturado institucional e tecnicamente; a dimensão técnico-gerencial lhe é inerente e essencial; inclui os planos de decisão sobre os valores societários e, em função deles, decide as regras de relação entre os atores; é um processo social aberto, racional, simétrico e incluyente, mas deve ser, por suas falhas, um processo suscetível de autocrítica e aprendizagem; é um processo diretivo cuja estrutura intencional e técnica é produto da participação da sociedade e do governo no qual são mutáveis o peso e a influência que o governo e sociedade civil dispõem; é o modo diretivo que corresponde a uma sociedade de organizações e atores independentes e interdependentes, possuidores de capacidades cognitivas, informativas, financeiras, tecnológicas, gerenciais, empresariais e éticas, capazes de auto-organização, autorregulação e de realização de suas preferências.

O conceito de governança deve ser complementado pelo conceito de governança de redes que está entrelaçado com o conceito de políticas de redes.

A política de redes pode ser definida como os padrões de relações sociais, mais ou menos estáveis, entre atores interdependentes que tomam forma em torno de problemas ou programas políticos. Assim, a política de redes forma o contexto em que o processo político opera (KLINJ, 1999).

Vianna, Lima e Ferreira (2010) relatam que os modos de coordenação e condução política da rede regionalizada do SUS são de enorme complexidade. Seus estudos demonstraram que há muitas regiões cuja governança é função de alguns poucos municípios que possuem papel diferenciado na rede de prestação de serviços, que em outras, as Secretarias de Estado de Saúde (SES) assumem papel de destaque ao implantarem e/ou reconfigurarem estruturas regionais (coordenadorias, diretorias, escritórios ou núcleos regionais), e que a maioria é conformada por arranjos e instrumentos de gestão compartilhada (comissões intergestores regionais, consórcios de saúde), visando ampliar a coordenação federativa do processo de regionalização.

A NOB-SUS/1996 foi publicada pela Portaria GM/MS nº. 2.203, de Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Teve por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes.

A Norma acima explicita que as ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, devem ser desenvolvidos em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede

regionalizada e hierarquizada. Aos municípios cabe a missão de garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral, através de unidades estatais ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas). Aos Estados de mediar as relações entre os sistemas municipais, e o federal de mediar entre os sistemas estaduais.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estaduais e municipais – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/ Comissão Intergestores Regional (CIR). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade. (BRASIL, 1996)

A Governança Institucional consolida-se com a publicação do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), nas instâncias gestoras do SUS por meio do reconhecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR), das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Sobre o papel das Comissões Intergestores Regional (CIR) os autores acima corroboram dizendo que elas podem ser uma inovação da política de saúde, criando um fluxo permanente de negociação e decisão intergovernamental com regras definidas e funcionamento estável, podendo ser um instrumento poderoso para a constituição de objetivos compartilhados, embora, enquanto espaços de negociação de decisão envolvendo as secretarias municipais e estaduais, ainda sejam incipientes.

Segundo Viana e Lima (2011), a importância da comissão intergestores regional e seu papel estratégico no processo de regionalização possibilitam identificar tipos específicos de governança. A governança depende do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a CIR quanto as suas decisões e negociações sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador na IX Região de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear as decisões da CIR sobre a Política de Saúde do Trabalhador, considerando a importância e a prioridade na agenda da governança Regional;
- Identificar os desafios para implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador a partir dos processos de governança na CIR.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo seguiu o delineamento exploratório-descritivo, com análise interpretativa, do tipo documental, que se caracteriza pela busca de informações em documentos, identificados como fontes primárias. A análise do estudo foi feita a partir dos documentos oficiais, as atas da Comissão de Intergestores Regional, nos anos de 2013 e 2014. Considera-se que a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de conceitos, conhecimentos, comportamentos, práticas, entre outros. Foi empregado o método estudo de caso, uma vez que se buscou investigar o processo de tomada de decisão na CIR sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e seus resultados.

Justifica-se a análise das atas, por ser o documento oficial que registra ocorrências, deliberações e decisões do espaço colegiado. A partir da publicação do decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a lei 8.080/90, a CIR foi reconhecida como uma ferramenta importante do processo decisório regional. Neste sentido, foram analisadas as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias disponíveis na IX Gerência Regional de Saúde (GERES) Ouricuri – PE, nos anos de 2013 e 2014.

A IX Gerência Regional de Saúde (Figura 1), é localizada no Sertão do Araripe, Estado de Pernambuco, distante 602 km da capital do Estado, Recife, e em 2013 possuía uma estimativa de 342.809 habitantes (IBGE, 2015).

Figura 01– Mapa da Localização Geográfica da IX Região de Saúde no Estado de Pernambuco.



Fonte: Mapa de Saúde IX Região, 2013.

A pesquisa procedeu com as seguintes etapas: catalogação das pautas e atas da CIR dos anos de 2013 e 2014, leitura minuciosa destes documentos, identificação e marcação das partes dos textos tidos como relevantes e análise. O prosseguimento foi dado com a realização de comparação dos resultados com os possíveis encaminhamentos pactuados. A região do sertão do Araripe foi selecionada por ser conhecida como o maior Polo Gesseiro do Brasil, onde existem inúmeras fábricas de produção de gesso que geram mais de 12 mil empregos. A IX Região é composta por onze municípios, onde foram focalizados principalmente as pactuações dos municípios que fazem parte do polo gesseiro, são eles: Araripina, Bodocó, Ipubi, Ouricuri e Trindade. O período (2013-2014) foi escolhido por considerar uma margem de tempo razoável, recente, e pós-instituição da Política Nacional de Saúde do trabalhador e da Trabalhadora, pela Portaria GM/MS nº 1.823, de 2012.

O presente trabalho foi realizado de acordo com os preceitos éticos, sendo utilizada carta de anuência para se permitir o acesso a informações contidas nos documentos oficiais da CIR da instituição, além disso, o trabalho está dentro do escopo da pesquisa de acordo com o projeto CAEE: 0037.0.095.000-11.

5. RESULTADOS

A busca para análise dos documentos (pautas e atas) da Comissão Intergestores Regional-CIR referente aos anos de 2013 e 2014 se deu em todas as reuniões ordinárias e extraordinárias. Foram utilizadas as etapas: catalogação das pautas e atas da CIR, leitura minuciosa destes documentos, identificação e marcação das partes dos textos tidos como relevantes e análise baseada em uma leitura crítica do conteúdo. Os documentos que descreviam alguma relação com o tema Saúde do Trabalhador foram destacados. Foi realizada, então, uma releitura desses achados.

De acordo com os documentos analisados, no período citado, foi constatado que o tema estava inserido em três pautas e duas atas dispostos nos meses como mostra o Quadro 1.

QUADRO 1: Pautas e Atas das reuniões ordinárias da CIR IX GERES dos anos de 2013 e 2014 que contemplam o tema Saúde do Trabalhador.

Mês	2013		2014	
	Pauta	Ata	Pauta	Ata
Fevereiro				
Março				

Abril				
Mai				
Junho				
Julho				
Agosto				
Setembro				
Outubro				
Novembro				
Dezembro				

Tema ST Presente



Tema ST Ausente

Ressalto que o tema não esteve presente nas pautas e atas das sessões extraordinárias dos anos em análise.

Analisando as informações referentes ao que foi encontrado nos documentos, percebe-se que no ano de 2013, foi encontrado o tema em uma pauta e uma ata que se correspondem (jun/2013), contendo que foi apresentado na CIR da IX Região de Saúde a Política de Saúde do Trabalhador, ressaltando a sua importância e obtendo um olhar especializado visto o seu impacto social.

Ainda em análise, no ano de 2014, o tema foi encontrado em duas pautas (abril e dezembro de 2014) e em uma ata (dezembro de 2014). Na pauta de abril consta o tema Conferência Saúde do Trabalhador, em contrapartida adentrando na sua ata correspondente para obter informações sobre o que foi discutido e pactuado, não foi encontrado relatos do que foi programado com o tema proposto, ficando interrogado o acontecido, se houve mudança de pauta retirando o tema da Conferência ou falha na relatoria da CIR, não sendo contemplado o momento de debate.

Na pauta e na ata de dezembro de 2014 foi encontrado o tema como destaque das ações realizadas no ano em alguns municípios, esses, se destaca o município de Araripina, que faz parte do polo gessero, constando que ele realizou ações voltadas aos trabalhadores das indústrias de gesso.

Aprofundando na leitura destes documentos, foi verificado que apenas no ano de 2013 o tema teve relevância, sendo apresentado e discutido junto aos municípios a Política de Saúde do Trabalhador e os seus objetivos, estratégias e fluxo de atendimento, firmando que a legitimidade da proposta se constitui por meio de vários pressupostos, como, por exemplo, buscar as causas dos agravos e nelas intervir, ou seja, transcender as ações curativas para as de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador.

Posto o desafio, a política da saúde do trabalhador no SUS constitui um novo paradigma de atenção à saúde, transcende a abordagem individual curativa tradicional e propõe abordagens interdisciplinares, intersetoriais e de fortalecimento da sociedade rumo a mudanças eficazes para a promoção da saúde de quem trabalha.

A CIR da IX Região promoveu a apresentação pela Gerente em Saúde do Trabalhador do Estado, da Política de Saúde do Trabalhador, apresentou também a rede de Saúde do Trabalhador (RENAST). A proposta que foi dada é a inclusão da Saúde do Trabalhador na vigilância. Logo em seguida, foi apresentado os objetivos e as estratégias da rede que conta com um Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), mantido com recurso do governo federal, e um Centro de Referência Especializada em Saúde de Trabalhador (CRESAT) para macrorregião.

A RENAST foi instituída pelo SUS em 2002. Conta com uma rede de informações e práticas de saúde organizada para realizar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde; compreende CEREST, estaduais, regionais e municipais, as unidades sentinelas, núcleos de saúde do trabalhador e demais serviços do SUS voltados para esse campo de atuação em saúde (RENAST, 2006).

O estado de Pernambuco conta atualmente com oito CEREST regionais, localizados de forma mal distribuída pelo território. O CEREST de Ouricuri têm uma cobertura territorial que chega até a divisa entre as regiões Agreste e Sertão do estado, como se observa no Quadro 2.

Quadro 2: Municípios que compõem o CEREST Regional Ouricuri.

CEREST REGIONAL OURICURI : 36 MUNICÍPIO DE ABRANGÊNCIA
Ouricuri, Araripina, Sta. Filomena, Sta. Cruz, Trindade, Ipubi, Bodocó, Parnamirim, Granito, Exu, Moreilândia, Serrita, Cedro, Verdejante, São José do Belmonte , Mirandiba, Serra Talhada, Sta. Cruz da Baixa Verde, Triunfo, Calumbi, Flores, Custódia, Sertânia, Arcoverde, Carnaíba, Afogados da Ingazeira, Quixaba, Igaracy, Solidão, Ingazeira, Tabira, Tuparetama, São José do Egito, Sta. Terezinha, Itapetim e Brejinho.

O CEREST Regional de Ouricuri, tem um território com uma extensa área geográfica de abrangência, com grande quantidade de municípios, os quais apresentam perfis produtivos divergentes.

6. DISCUSSÃO

Desde o final dos anos oitenta, vem sendo construída dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), ela parte da análise do papel do trabalho no processo de determinação social da saúde/doença, devido aos impactos econômicos e sociais gerados pela relação do homem com o seu trabalho, como também, pelas transformações ocorridas nos ambientes e nas relações de trabalho que contribuíram para mudanças no processo de adoecimento dos trabalhadores (DIAS, 1993; LACAZ, 2007; LAURELL e NORIEGA, 1989). Essa política, tem tentado implantar uma nova lógica de trabalho em vários municípios do Brasil, se baseando na construção de ações intersetoriais entre os serviços de saúde, como a atenção primária e a vigilância em saúde.

A discussão do tema na CIR, pautou uma abordagem conceitual que situa a saúde do trabalhador como política de Estado e que busca ou tenta buscar a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente (BRASIL, 2004a).

Neste sentido, a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a criação da RENAST e dos CEREST estabeleceu um novo modelo para a atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, pois agora visualiza-se como uma questão de saúde pública, tendo como eixos fundamentais a intersetorialidade, a transversalidade e integralidade das ações do Estado e, ainda, o controle social (DIAS E HOEFEL, 2005).

Apesar da abordagem da política junto aos gestores municipais, que foi procurado registrar e debater acerca da construção da saúde do trabalhador no SUS na IX Região de saúde, é percebido, porém, que a discussão não prosseguiu com pactuações ou encaminhamentos para os municípios. Ficando o adiantamento dos fluxos e propostas da Política de Saúde do trabalhador muito abertos para serem iniciados e desenvolvidos. Deveria haver reivindicações pelo estado em sua representação pela Geres, de inclusão na agenda do desenvolvimento das propostas principalmente nos municípios prioritários que compõem o polo gesseiro. É essencial a construção de uma agenda de discussão permanente na região de saúde para realizar pactuações e encaminhamentos como também monitorar as ações de

Saúde do Trabalhador deste território com a CIR, controle social, e órgãos e entidades que tem interface na área da saúde e segurança do trabalho.

É válido supor que os Secretários de Saúde da região podem estar presos as emergências de suas cidades, nos municípios observa-se a inexistência de cargos responsáveis pela saúde do trabalhador. Então é necessário dar início a um mapeamento para pensar na realidade e real necessidade local, para começar a visualizar de fato como se faz saúde do trabalhador. O que deve ser levado em consideração é a construção de uma política centrada nas relações saúde-trabalho, que incorpore o trabalhador enquanto sujeito, que no entanto, vem enfrentando grandes dificuldades. Dentre elas, pode-se destacar a atuação centrada na assistência curativa e a fragmentação das ações políticas.

Alguns estudos apontam que a consolidação da PNST vem enfrentando dificuldades decorrentes da frágil inserção periférica das suas ações no sistema de saúde e isso se deve ao fato desta não ser considerada uma área prioritária pelos gestores. No cotidiano do SUS esses impasses podem ser observadas no âmbito da gestão, da assistência, da vigilância, na condução local da política e na pouca articulação com as demais políticas de saúde (DIAS, HOEFEL, 2005; VASCONCELLOS e RIBEIRO 2011; VASCONCELLOS e MACHADO, 2011).

Considera-se, neste trabalho, a vigilância em saúde do trabalhador como um dos lócus mais privilegiados para pensar e executar a política de Estado em saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável. Vigilância, nesse contexto, como estrutura capaz de intervir sobre os processos de trabalho, por conseguinte, sobre os processos produtivos e, portanto, sobre os processos de desenvolvimento.

A política de saúde do trabalhador em Pernambuco passou a ser instituída a partir dos anos dois mil pela RENAST, com a implantação dos CEREST regionalizados, e de alguns equipamentos de saúde nos municípios, denominados de unidades sentinela com a proposta de atuar enquanto referência para as doenças e acidentes de trabalho e organizar o fluxo de atendimento para os trabalhadores nas demais instâncias do SUS (HOEFEL; DIAS, 2005; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Os CEREST, no âmbito de um determinado território, são polos irradiadores do conhecimento sobre a relação processo de trabalho/processo saúde-doença, com responsabilidade de oferecer suporte técnico e científico às demais unidades do SUS, em especial às da atenção básica. Esses Centros detêm a responsabilidade de notificar, investigar e dar respostas sensíveis aos agravos relacionados ao trabalho, visando ao controle e melhoria das condições deste (DIAS; HOEFEL, 2005).

O CEREST Regional de Ouricuri tem um território de abrangência muito extenso, com vários municípios de perfis produtivos divergentes. Essas condições dificultam a realização das ações legalmente atribuídas a estes equipamentos. Isso faz com que em um mesmo CEREST Regional estejam municípios que pertencem a diferentes Gerências Regionais de Saúde, exigindo um maior esforço para a realização da articulação com os municípios e das pactuações no âmbito da gestão estadual nos territórios.

Estas questões decorrentes do processo para a atuação dos CEREST junto à rede de saúde, tem prejudicado o desenvolvimento local das ações voltadas para saúde do trabalhador. A rotatividade dos técnicos dos CEREST, a pouca articulação setorial e intersetorial e a dependência política dos gestores municipais tem contribuído para a pouca efetividade das ações de saúde do trabalhador na região.

O campo da Saúde do Trabalhador é uma área de conhecimento que vem sendo construída e ainda apresenta um impacto de pouca repercussão. Apesar de terem ocorrido avanços nas ações da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, ainda se percebe a falta de articulação entre a rede básica e o suporte técnico oferecido pelos CEREST (MINAYO, LACAZ; 2005).

Estudos recentes assinalam que apesar da denominação de rede, não há uma uniformidade nas ações desenvolvidas, por mais que existam diretrizes a serem cumpridas, o que tem comprometido a efetividade das ações (LEÃO e VASCONCELLOS, 2011).

Esse contexto remete, portanto, ao desafio de refletir sobre a formulação da Política de Saúde do Trabalhador na Região, para isso é necessário realizar uma análise e dar ênfase nas discussões da construção da política a partir das suas carências, avanços e tendências.

Apesar das dificuldades, o SUS apresenta uma maior capacidade operativa devido à descentralização de sua rede de serviços, entretanto ainda persistem fragilidades nas ações devido a pouca relevância da Saúde do Trabalhador para os gestores municipais dentro do sistema.

Para Hoefel (2005), o SUS ainda não incorporou o trabalho enquanto fator determinante do processo saúde/doença. Desta forma, não houve uma quebra do caráter assistencial das práticas da medicina do trabalho. A superação desta visão requer uma maior integração entre os serviços e principalmente a inclusão das ações de saúde do trabalhador no cotidiano dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (HOEFEL; DIAS, 2005; SANTOS; LACAZ, 2011).

É importante salientar que a Portaria GM/MS nº 2728/09 afirma que “as Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde

do Trabalhador no âmbito do respectivo Município” (BRASIL, 2009). A portaria GM/MS, a de número 1823/12, define como competência do gestor municipal coordenar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no seu município, de modo articulado à política local do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). Entretanto, na prática, verifica-se que essas atribuições não tem sido consideradas, de acordo com as atas (documentos oficiais) da CIR.

O não cumprimento das atribuições conferidas aos municípios por parte dos gestores tem impedido uma atuação efetiva da RENAST. Uma vez que, de acordo com a Política, a responsabilidade pela atenção integral à saúde dos trabalhadores é de toda a rede de saúde do município que precisa estar devidamente estruturada e qualificada para atender a essa demanda. Entretanto, para que isso ocorra, em primeiro lugar, é preciso incorporar a questão do trabalho como determinante do processo saúde-doença (DIAS e HOEFEL, 2005).

É necessário que os gestores conheçam qual o papel do município em relação à saúde do trabalhador, porque o CEREST entra como apoio técnico e não deve estar desenvolvendo ações de proteção, promoção e reabilitação nos municípios. Ele é um apoio técnico, tanto no município onde ele está inserido, quanto para os outros da região.

Mesmo diante da Política, há muitos desafios a serem superados, como, por exemplo: a lógica da RENAST centralizada na atuação regionalizada dos CEREST, o que não corresponde à organização do SUS, que é centrada na municipalização; a frágil articulação intrasetorial, visto que a Saúde do Trabalhador não foi ainda incorporada efetivamente na agenda do SUS nos âmbitos federal, estaduais e municipais; a falta de clareza sobre os diferentes papéis das coordenações municipais, estaduais e dos profissionais dos CEREST; e o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços (DIAS, HOEFEL; 2005).

Apesar das novas formulações da política, a rede de serviços do SUS da IX Região de saúde ainda não assumiu, de fato, a atenção voltada para o trabalhador. Alguns autores referem que a saúde do trabalhador tem sido colocada à margem das políticas do SUS devido à baixa articulação intersetorial, ao não reconhecimento do trabalho como determinante do processo saúde-doença e a pouca relevância dada ao tema pelos gestores no direcionamento das ações. (DIAS e HOEFEL, 2005; DIAS et al, 2011; LEÃO e VASCONCELLOS, 2011; VASCONCELLOS, 2007).

Diante desse quadro torna-se importante reafirmar que a intervenção sobre a dinâmica do processo de trabalho em favor da saúde dos trabalhadores requer uma ação contínua e

articulada dos atores envolvidos, respaldada pela atuação do Estado no desenvolvimento da política (MACHADO, 2011; SANTOS e LACAZ, 2011; LEÃO e VASCONCELLOS, 2011).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas análises dos conteúdos dos documentos oficiais (pautas e atas), conclui-se que a CIR em estudo vem discutindo e tomando decisões pontuais para a organização do sistema regional de Saúde.

A Política de saúde do trabalhador vem sendo formulada e reformulada continuamente na tentativa de superar suas dificuldades. Algumas dessas dificuldades têm origem tanto em aspectos estruturais da política quanto em aspectos voltados para as peculiaridades do processo de sua implementação na região.

Conhecer esse processo de constituição da Política na região certamente contribui para compreender o seu desenvolvimento e de que forma alguns aspectos importantes se reproduzem localmente, com suas especificidades. Foi dentro desse cenário, pois, que se justificou esta pesquisa. Por serem escassos os estudos sobre esta questão, o objeto desta investigação ganhou interesse. Desse modo, entendeu-se como estão ocorrendo as ações dirigidas à saúde do trabalhador, quais seus limites e principais desafios.

No âmbito político, há o descompromisso dos gestores em realizar as atribuições conferidas aos municípios para efetivação das ações de saúde do trabalhador no seu território, a partir da identificação dos problemas e prioridades, incluindo as ações de vigilância.

Outro fator contribuinte para a efetivação da política, é a distribuição dos CEREST que é de grande importância, uma vez que o CEREST regional abarca uma grande quantidade de municípios, ficando quase impossível sua efetiva atuação em todo o território componente. Nesse sentido, é preciso pensar estratégias de repactuação desses territórios para uma distribuição dos CEREST que melhor atenda as necessidades e as especificidades dos trabalhadores.

Assim, para garantir que as ações de saúde do trabalhador ocorram de forma sistemática e a política se torne efetiva em toda a rede de serviços do SUS da região, é necessário criar estratégias que assegurem o envolvimento e a atuação dos gestores (municipais e estaduais), para que possam estreitar as relações com as demais políticas de saúde do SUS a fim de priorizar as ações de acordo com as especificidades e necessidades da região, utilizando a CIR como estratégia para acompanhamento, discussão, busca de

resoluções, pactuação e negociação dos fluxos, de tal modo a garantir uma atenção qualificada para os trabalhadores.

Dada a relevância da análise, essa pesquisa deve instigar e subsidiar o planejamento das ações em saúde do trabalhador, com o respectivo aprimoramento das discussões para efetivação da Política. Ainda pode-se acrescentar que esse trabalho pode servir como guia orientador da Gerência Regional e seus respectivos municípios, fornecendo informações importantes para a construção de uma agenda nos espaços de governança que priorize o tema Saúde do Trabalhador, levando em consideração a característica e especificidade local do território (Polo gesseiro da Região do Araripe).

Finalmente, considera-se que a Comissão Intergestores Regional é um espaço para a organização do sistema regional de saúde. Contudo, necessita agir no intuito de organizar e planejar os sistemas municipais e regional referentes à Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILLAR, L. F. Gobernanza: normalización conceptual y nuevas cuestiones. Barcelona: ESADE; Cátedra Liderazgo y Gobernanza Democrática, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, art. 196 a 200. Seção. II. 1988.

BRASIL. Decreto no 7508, de junho de 2011. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº Portaria GM/MS 399 de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde. Documento em elaboração 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS. Brasília, DF, nov. 2004 a. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2016.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. NOB –SUS 1996 Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996).

BRASIL. Portaria nº 2728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2009.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

DIAS, Elisabeth Costa. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In. ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI (Orgs) Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.p. 138-156

DIAS, Elisabeth Costa; HOEFEL, Maria Da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. , p.817-828, 2005.

GERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, Pernambuco, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em: setembro, 2015.

KLINJ, E. H. Policy networks: an overview. In: KICKERT, W. J. M., KLINJ, E. H. KOPPENJAN, J. M. F. Managing complex networks: strategies for the public sector. London: SagePublications, 1999.

LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 02, n. 13, p.07-19, 1997.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública. 2007, abr, v.4, n.23, p.757-66.

LAURELL, Asa Cristina. A investigação latino-americana sobre o trabalho e a saúde. In. LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989. p.21-59.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Rede Nacional de Atenção Integral do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L.C.F; OLIVEIRA, M.H.B.(Orgs) Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. SAÚDE DO TRABALHADOR NA SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORANEA. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 67-85.

MEDEIROS, M. S. Poluição ambiental por exposição à poeira de gesso: impactos na saúde da população. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2003.

MENDES, E.V. As redes de Atenção à Saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, OMS, CONASS, 2011.

MINAYO, G. C., LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005, out/dez, v.4, n. 10, p.797-807.

MINAYO, G. C. & THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, n. 13. P.21-32, 1997.

MINAYO, G. C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Rev. bras. Saúde ocup, São Paulo, v. 38, n.127, p. 11-30, 2013.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST). Manual de Gestão e Gerenciamento. 1 ed. São Paulo, SP, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. SUS: O Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2.ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: . Acesso em: 17 dez. 2010.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Volume 16, nº 3, Rio de Janeiro, março de 2011.

SANTOS, Ana Paula Lopes Santos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. 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: Fiocruz, 2011. p. 87-105.

SES. Secretaria Estadual de Saúde. Mapa de Saúde da IX Região, 2013. Ouricuri, 2015.

TEIXEIRA, S.M.F; DURVNEY, A.M. *Gestão de Redes. A estratégia de Regionalização da Política de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

WORLD BANK. The International Bank for Reconstruction and Development. *Managing development: the governance dimension*, 1991. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/03/07/000090341_20060307104630/Rendered/PDF/34899.pdf>. Acesso em: 1 Out. 2013.

VIANA, A.L; LIMA, L.D; FERREIRA, M.P; *Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologias dos colegiados de Gestão Regional*. ABRASCO, v.15, n. 5, agosto, 2010.

VIANA, A.L.A, LIMA, L.D. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

VASCONCELOS, L.C.FI de; OLIVEIRA, M.H.B de. *Direitos Humanos e Saúde no Trabalho*. In *Saúde e Direitos Humanos*. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Ano 4, n.4, Editora do Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2008.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado*. In. MINAYO-GOMEZ, C; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L (Orgs) *Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 37-65.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; RIBEIRO, Fatima Sueli Neto. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In:
VASCONCELLOS, L.C.F; OLIVEIRA, M.H.B.(Orgs) Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 423-452