

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRISTIANE PEREIRA BORGES

**O COMPROMISSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM A SAÚDE DO
TRABALHADOR: REVISÃO DA LITERATURA**

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2014**

CRISTIANE PEREIRA BORGES

**O COMPROMISSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM A SAÚDE DO
TRABALHADOR: REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Jandira Maciel da Silva

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2014**

CRISTIANE PEREIRA BORGES

**O COMPROMISSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM A SAÚDE DO
TRABALHADOR: REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Jandira Maciel da Silva

Banca examinadora

Jandira Maciel da Silva – NESCON – UFMG
Antônio Thomaz Matta Machado – NESCON - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 16/01/2014

“Cada ser tem sua beleza e sua nobreza. Fazer comparações é ser incapaz de ver além das aparências. Cada ser tem sua vocação. Segui-la é o caminho para a realização. As pessoas com habilidade para ser felizes não se obrigam a fazer aquilo para o qual não têm vocação apenas porque as levará ao sucesso. Elas não se comparam a ninguém, muito menos cobram de si mesmas o que não são.”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

As equipes de atenção primária têm recebido uma demanda cada vez maior de trabalhadores nas unidades básicas, muitas vezes com doenças ocupacionais já instaladas ou quadros clínicos decorrentes do estresse no trabalho, da repetitividade, das longas jornadas e da falta de ações preventivas. Este estudo tem como objetivo principal analisar a produção científica de vários autores, referentes a relação entre a saúde do trabalhador e o trabalho das equipes de atenção primária. Pretende-se buscar estratégias para a reorganização do atendimento, desde a procura por demanda espontânea até a reabilitação do indivíduo. O estudo foi realizado sob a forma de revisão narrativa abordando temas pertinentes ao problema priorizado no diagnóstico situacional do território. Os autores citados enfatizam a importância da atenção em toda a rede do SUS, e utilizam como embasamento teórico, as portarias e as políticas nacionais. Também citam a importância da unidade básica como porta de entrada e o apoio das equipes multiprofissionais. Conclui-se, portanto que o levantamento do perfil ocupacional do território é capaz de dar subsídios para conhecer a realidade e traçar estratégias capazes de atingir individual e coletivamente os trabalhadores. Vale ressaltar a importância da abordagem multiprofissional e intersetorial e a organização dos fluxos. O compromisso da atenção primária à saúde está em viabilizar estratégias para melhoria da saúde e da qualidade de vida do trabalhador.

Descritores: Atenção primária à saúde. Trabalhador. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The primary care teams have received an increasing demand for workers in basic units, often with occupational diseases already installed or clinical conditions resulting from stress at work, the repetitiveness, the long hours and lack of preventive actions. This study aims to analyze the scientific production of various authors concerning the relationship between the health of the worker and the work of primary care teams. We intend to seek strategies to reorganize the service, since the demand for spontaneous demand to the rehabilitation of the individual. The study was conducted in the form of narrative review addressing relevant to the problem prioritized the situational analysis of the area themes. These authors emphasize the importance of attention throughout the SUS network, and use it as a theoretical basis, ordinances and national policies. Also cite the importance of the basic unit as a gateway and support of multidisciplinary teams. It follows therefore that lifting the occupational profile of the territory is capable of giving subsidies to know the reality and strategize able to achieve individual and collective workers. It is worth mentioning the importance of multidisciplinary and intersectoral approach and organization of flows. The commitment of primary care is feasible strategies to improve the health and quality of life of the worker.

Keywords: Primary health care. Worker. Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO DA LITERATURA	13
5.1 Planejamento das ações em saúde.....	13
5.2 A saúde do trabalhador e o SUS	15
5.3 As doenças relacionadas ao trabalho.....	21
5.4 Os acidentes de trabalho.....	23
5.5 A rede nacional de atenção à saúde do trabalhador (RENAST).....	25
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Na prática de trabalho na atenção primária observa-se uma grande demanda de pacientes com queixas importantes e quadros clínicos decorrentes do tipo de atividade que exercem em seus ambientes de trabalho. Tais funções que exigem esforço repetitivo prolongado e turnos extensos, sendo que, muitas vezes não existe período de descanso necessário, acarretando estresse no trabalho, queda na produtividade, dentre outros. Tais quadros clínicos, quando não são abordados corretamente levam ao aparecimento de doenças ocupacionais que exigem longos tratamentos, gastos elevados para o sistema de saúde, aumento da taxa de absenteísmo e diminuição da vida produtiva do indivíduo.

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Trabalho entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituições e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais saudáveis, num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sociopolítico de uma determinada sociedade. (AUGUSTO, 2011).

A população brasileira testemunhou grandes vitórias relacionadas aos direitos e deveres dos trabalhadores, principalmente no que diz respeito às condições de trabalho. O documento Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes (Brasil, 2010), ressalta que o processo sociopolítico e técnico de desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde no Brasil foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. As ações de Saúde do Trabalhador são fundamentadas nos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) e consideram as relações de produção e consumo, fatores ambientais e de saúde como determinantes do processo saúde-doença, para a organização do cuidado da saúde dos trabalhadores. Reforça ainda que a atenção integral à saúde dos trabalhadores abrange as ações de promoção e proteção da saúde, de vigilância e de assistência incluindo a reabilitação. Portanto, nos últimos vinte anos, as ações de Saúde do Trabalhador têm sido desenvolvidas em diferentes estratégias e formas de organização institucional nas três esferas de gestão do SUS.

A aprovação de leis e políticas públicas que protegem a saúde do trabalhador são exemplos de ganhos que foram obtidos no decorrer de vários anos de lutas entre classe trabalhadora, empregadores e poder público. Mas no início, como cita DIAS (2011), as primeiras ações de saúde pública voltadas para os trabalhadores, que foram organizadas a partir da década de 1980, contavam com equipes e serviços especializados em estreita relação com o movimento sindical e, muitas vezes, funcionavam como espaços isolados na rede de saúde. Isso dificultava o esforço de construção da integralidade e da intersetorialidade, que pressupõe a integração dos serviços do sistema de saúde, com a atenção primária, devendo ser resolutiva em 80% das situações de saúde.

A atenção à saúde do trabalhador é recente no sistema público de saúde brasileiro e mesmo após a implantação do SUS ainda não houve cobertura capaz de garantir acesso à maioria dos trabalhadores acometidos por agravos relacionados ao trabalho. Portanto, ainda nos dias de hoje, alguns pontos negativos ainda são observados nos postos de trabalho, dentre eles, a sobrecarga física e psicológica, a falta de valorização profissional, a exposição a riscos ocupacionais e outros. (Dias, 2011).

Este estudo propõe um levantamento bibliográfico capaz de descrever o cenário atual da saúde do trabalhador inserida na atenção primária, descrever tópicos importantes da legislação vigente e, conseqüentemente, buscar estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços das equipes de saúde. Espera-se que as ações de promoção e prevenção sejam priorizadas e que as equipes conheçam sua população-alvo, pois quando não há conhecimento da realidade, não existe meio de transformá-la.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo se torna importante, pois visa levantar e analisar dados bibliográficos referentes à saúde do trabalhador e, conseqüentemente encontrar estratégias para conscientização dos profissionais de saúde sobre medidas preventivas capazes de diminuir a incidência de doenças ocupacionais e a ocorrência de acidentes no trabalho. Busca-se, com essas ações, a reorganização no atendimento na atenção primária, desde o momento da procura por demanda espontânea de pacientes com queixas agudas, até sua reabilitação. Pode-se observar que a unidade básica é a porta de entrada também para o grupo dos trabalhadores e devido à incompatibilidade de horários, muitas vezes precisam faltar ao trabalho, o que gera insatisfação de empregadores e estresse no empregado que não encontra tempo para cuidar de sua saúde.

De acordo com IBGE (2010) o município de São Sebastião do Paraíso, localizado no sudoeste do estado de Minas Gerais, tem população estimada para o ano de 2013 de 68.518 habitantes. Desenvolveu-se acentuadamente na última década, principalmente após a instalação de várias indústrias têxteis, de materiais hospitalares, de tratamento de couro, dentre outras. Atualmente possui 2.469 empresas atuantes. A população assalariada está em torno de 14.650 pessoas. Juntamente com o crescimento dos setores industriais do município, conseqüentemente houve aumento da força de trabalho destinada a esses tipos de serviços que, em sua maioria, organizam-se em grandes linhas de produção. Apesar da adoção de tecnologias avançadas no controle da produção, ainda é necessária a força manual de cada trabalhador, muitas vezes exigidas em quantidades além da capacidade física e mental dos indivíduos. Portanto, os trabalhadores das linhas de produção são cobrados para o cumprimento de metas, acarretando sofrimento, adoecimento e acidentes de trabalho.

Ao formular ações para saúde do trabalhador, pode-se diminuir o impacto das más condições de trabalho na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, contribuir para melhorar as relações na família e no trabalho, diminuir aposentadorias precoces e mortes evitáveis por acidentes de trabalho. Novas práticas poderão ser implantadas e desenvolvidas tendo como base este estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a produção científica sobre ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde.
- Pesquisar na literatura, estratégias para melhorar o atendimento à saúde do trabalhador na atenção primária;
- Demonstrar para profissionais de saúde e gestores, a importância de se investir em ações de promoção da saúde do trabalhador e de prevenção aos principais agravos, tendo por base as evidências observadas na bibliografia levantada.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi construído na forma de revisão bibliográfica narrativa sobre os temas relacionados ao problema priorizado. Conforme Cordeiro (2007), o método do estudo de revisão narrativa é utilizado quando o problema é uma temática aberta, não partindo de uma questão específica bem definida. Assim definiram-se etapas para a revisão narrativa: questão problema, objetivos da pesquisa, descritores; critérios de inclusão e exclusão das publicações, definição das bases de dados, seleção dos estudos; extração das informações, formação do banco de dados; avaliação dos estudos incluídos na revisão, aplicação de análise temática, interpretação, discussão e criação de um quadro com os resultados encontrados.

A análise da revisão narrativa segue a modalidade proposta por Minayo (2007), análise temática, que seguirá as etapas: pré-análise, que consiste na escolha dos artigos a serem utilizados, retomada de hipóteses e objetivos do estudo; exploração do material, que consiste na operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto.

As principais bases de dados utilizadas foram SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), pois essas bases contemplam a produção nacional e internacional de trabalhos conceituados na área da saúde. Também foram utilizadas publicações do Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos de pesquisa em português que abordassem o tema proposto e que ajudassem a alcançar os objetivos do estudo. Os descritores utilizados para encontrar os artigos foram: saúde do trabalhador, atenção primária, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. O período de publicação dos artigos selecionado foi entre 2000 e 2012, pois neste período foram encontrados o maior número de documentos publicados com o tema do estudo. Os critérios de exclusão foram: documentos que não possuem acesso gratuito ao texto completo on-line, textos em outros idiomas que não citadas nos critérios de inclusão.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Planejamento das ações em saúde

É preciso organizar para planejar. A maioria das equipes tem grande dificuldade em traçar estratégias para enfrentamento de problemas de saúde comuns encontrados na comunidade devido a obstáculos do dia-a-dia, como por exemplo, a grande rotatividade de profissionais, descumprimento de horários, escassez de recursos materiais e financeiros, dentre outros.

Campos (2010) cita que planejar é um pensar antes de agir, não é improvisar. A ação improvisada é aquela sobre a qual não houve tempo de pensá-la previamente. São ações voltadas para o imprevisto. Planejamento envolve raciocínio, portanto é um cálculo obtido através de ações racionais apoiadas em teorias e métodos. O autor também ressalta que existem vários atores sociais com diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos quando estão diante de uma situação ou problema qualquer. São essas diferenças que colocam a possibilidade de conflito. É necessário que se raciocine estrategicamente para que os objetivos sejam alcançados.

Em relação à saúde do trabalhador, Silveira (2009, p. 25) ressalta que:

(...) no passado, a oferta de ações voltadas para a saúde dos trabalhadores era bastante irregular. Na maioria das vezes, os profissionais não se sentiam plenamente habilitados para a execução de ações de assistência, proteção e promoção da saúde no trabalho. Ainda, não se preocupavam em investigar a relação dos agravos apresentados com o trabalho e, desta forma, implementar ações de prevenção. Essas ações constavam de orientações ao trabalhador e ao empregador e de vigilância nos ambientes de trabalho. Não existiam ferramentas para notificação de agravos relacionados ao trabalho e isso não era obrigatório (...).

Vale ressaltar que o diagnóstico situacional em saúde é uma ferramenta importante para conhecer a realidade de saúde de determinado local e, segundo Campos (2010), para cada problema levantado no diagnóstico situacional, deve ser elaborado um único projeto de intervenção sempre considerando a viabilidade de gerenciá-lo. Os primeiros passos a serem dados são a definição de problemas e a priorização dos principais problemas de saúde da área de abrangência. O conhecimento e o estudo das causas e das consequências desses problemas também é um ponto essencial para a continuidade do estudo. Na maioria das vezes,

essa lista de problemas é muito extensa, por isso é necessário que a equipe de saúde discuta e estabeleça coletivamente as prioridades atribuindo a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe.

Em relação ao planejamento de ações de saúde do trabalhador, as estratégias deverão ser desenvolvidas pelo nível local de saúde e qualquer proposta será incorporada na rede básica municipal. Atualmente, a maioria dos municípios organiza-se em equipes de Saúde da Família lotadas nas Unidades Básicas. As propostas não devem ser compreendidas como uma simples lista de tarefas e sim um conjunto de ações que devem ser discutidas e adaptadas em função da dinâmica de trabalho dos grupos de profissionais que atuam na atenção básica no nível municipal de saúde. A assistência à saúde do trabalhador deve desenvolver-se integrada às ações de vigilância epidemiológica e sanitária, pois, dessa forma, a dinâmica do processo saúde/doença decorrente do trabalho poderá adquirir contornos mais definidos. A partir de informações resumidas, analisadas, interpretadas e divulgadas, pelos níveis de atenção, levantadas através da atuação integrada da assistência/vigilância, certamente o papel atribuído ao SUS que é o de orientar as ações, será cumprido. (BRASIL, 2002)

5.2 A saúde do trabalhador e o SUS

O trabalho marca profundamente a identidade dos indivíduos, que frequentemente são reconhecidos pela profissão ou ofício que exercem ou exerceram. No trabalho ou por meio dele os indivíduos interagem, estabelecem relações de camaradagem, amizade, cooperação, responsabilidade. Não ter trabalho comumente é fonte de sofrimento, não apenas pelo fato de excluir os indivíduos do universo do consumo, mas por afastá-los de uma fonte de dignidade e respeito valorizada em nossa sociedade. Isso por si só justifica várias situações de adoecimento relacionadas, ou não, ao trabalho – o estresse, a depressão, a insônia, o suicídio, entre outros. Mas, o trabalho também pode ser fonte de problemas que afetam a saúde, quando exercido em condições perigosas, exposto a produtos químicos tóxicos, ao ruído, com jornadas longas e estafantes, em ritmo acelerado, em ambientes inadequados, submetido à pressão por produtividade, entre outras condições adversas, o trabalho pode tornar-se origem de acidentes e doenças. (SILVEIRA, 2009)

Segundo Porto (2001), durante muito tempo acreditava-se que o problema dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho era um tema voltado só para certos especialistas, como engenheiros de segurança, médicos do trabalho e outros técnicos especializados. Estes seriam os únicos detentores do conhecimento e os únicos que seriam capazes de analisar os riscos nos locais de trabalho e proporem soluções. Nessa visão, os trabalhadores seriam meros e passivos coadjuvantes, ora fornecendo informações aos especialistas, ora indo aos exames e respondendo perguntas aos médicos, ou mesmo sendo acusados como responsáveis pelos acidentes. Essa visão atrasada de segurança e saúde ocupacional atuava somente após a ocorrência de eventos como acidentes e doenças, e no controle dos próprios trabalhadores.

As transformações que se processam no cotidiano dos postos de trabalho e as novas formas de adoecimento dos trabalhadores, decorrentes da incorporação de tecnologias e estratégias gerenciais, bem como o aumento acelerado da força de trabalho inserida no setor informal, exigem dos serviços de saúde ações que contemplem políticas de saúde e segurança no trabalho mais eficazes. As ações de Saúde do Trabalhador devem ser assumidas pelo sistema como um todo, tendo como porta de entrada a rede básica de saúde e como retaguarda técnica os

Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os níveis mais complexos desse Sistema (BRASIL, 2001).

Segundo Vasconcellos (2011) a quebra do modelo centrado na doença levou ao desenvolvimento de uma doutrina que fundamenta a criação do SUS, e trouxe a consolidação da vigilância em saúde como a principal estratégia que vai contra a hegemonia a um sistema que vê a medicina e o hospital como a solução dos problemas de saúde. Para ser coerente com o SUS, a vigilância deveria ser entendida como um de seus alicerces de construção e valorizada como um dos pilares de suas práticas cotidianas no nível dos serviços. O SUS se pauta em bases organizacionais e legais, regidas pelos seus conhecidos princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade, citados no artigo 198 da Constituição brasileira de 1988.

A portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora define que:

[...] uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

Complementando o que foi citado anteriormente, Shimizu (2011) diz que foram introduzidas inovações significativas no sistema de saúde com a criação do SUS, alterando-se o foco das ações de saúde, que já não se limitam ao combate da doença e seus agravos, mas passam a privilegiar a promoção e prevenção da saúde. Almejava-se um modelo de atenção que, além de outras garantias, objetivasse a construção de um sistema universal, integral e descentralizado. Esse modelo começou a se revelar com a criação da ESF (Estratégia Saúde da Família), criada em 1994, a partir dos resultados positivos obtidos com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), propunha um novo eixo estruturante, para a reorientação do modelo, sobretudo a reorganização e a articulação da Atenção Básica com os demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde. Esta nova estratégia trouxe a família como o foco da atenção à saúde e buscou

atender a uma população inserida a um território definido, com especificidades no que tange à saúde e à qualidade de vida.

Silveira (2009) reforça que houve profundas modificações no movimento organizado dos trabalhadores em função da perda de postos formais e do desemprego. Diante desse novo cenário, reduz-se o poder de barganha das entidades sindicais junto aos empregadores. Quando existem muitos desempregados dispostos a trabalhar por salários mais baixos e, quase sempre, em piores condições de trabalho, compete com os trabalhadores empregados que veem, assim, diminuir sua força para pressionar os empregadores. A grande rotatividade entre empregos, muitas vezes de setores produtivos diferentes, também dificulta que os trabalhadores se mantenham filiados a uma entidade sindical específica e que constituam uma identidade como trabalhadores.

A saúde do trabalhador está intimamente ligada à saúde das famílias, portanto, as equipes de saúde devem estar capacitadas para atender as demandas da população trabalhadora, assegurando que seus problemas sejam abordados corretamente, levando em consideração os princípios de integralidade, universalidade e equidade já ressaltados por autores citados anteriormente. A saúde dos trabalhadores sempre será assegurada pelo SUS e garantida mediante políticas com o apoio de governos estaduais e municipais, tendo como porta de entrada a atenção primária. Portanto, vale ressaltar o que diz Porto (2001 p. 145):

No campo da saúde pública, dentro da luta pela criação do Sistema Único de Saúde, foi desenvolvido o campo da saúde do trabalhador, com vários programas e ações desenvolvidos no âmbito dos estados e municípios. Estes programas vêm trabalhando junto com os trabalhadores e suas organizações na implementação de suas atividades, tendo por referência inicial a experiência do movimento sindical e da reforma sanitária. Dentro do SUS, destacam-se as ações de vigilância dos ambientes de trabalho exercidas pelos serviços públicos de saúde com a finalidade de controlar ou eliminar os riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho. Também o Ministério do Trabalho, fortemente criticado nos anos 80 pelo movimento sindical por práticas burocráticas e patronais, vem buscando incorporar em diversas ações a participação ativa do trabalhador.

Em relação à atenção básica, criada com o objetivo principal de fortalecer e melhorar a aplicação dos princípios do SUS, Borges e Baptista (2010) reforçam que desde a entrada da Atenção Básica em Saúde na agenda de prioridades, essa política mobilizou recursos e incluiu milhares de novos atores na disputa política de

organização do sistema. A prioridade proposta para essa política se contrapõe a um cenário de fragilidades na atenção à saúde, especificamente na atenção básica, apontando para a necessidade de análise da direcionalidade e da construção de um caminho capaz de viabilizar a mesma.

O Ministério da Saúde elaborou e aprovou vários documentos ligados à saúde do trabalhador que ajudam a nortear as práticas e a implantação de ações no SUS e trouxe a este conjunto de políticas públicas o desafio de oferecer saúde integral e igualitária aos trabalhadores. Portanto, o Pacto pela Saúde trouxe adequação às mudanças trazidas pela reorganização das ações de saúde pública e propõe um novo arranjo do modelo de atenção, definindo a APS (Atenção Primária à Saúde) como eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Neste contexto, surgem algumas questões: Como garantir a resolutividade de ações complexas, que envolvem interesses conflitantes entre capital e trabalho? Como capacitar os profissionais da APS para qualificar as ações que já desenvolvem, na perspectiva da Saúde do Trabalhador de modo a garantir a integralidade da atenção? (BRASIL, 2006).

A intenção reformadora do SUS na direção da mudança do modelo classifica a educação em saúde, genericamente, em dois grandes eixos: o da educação para fora dos serviços de saúde, voltada para a educação popular, especialmente conduzida na atenção básica; e o da educação para dentro do setor saúde, ou seja, a educação permanente de seus técnicos, investidos da missão de agentes de mudança do modelo. (VASCONCELLOS, 2011)

Segundo a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do

vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2007).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, (BRASIL, 2012) já foi citada anteriormente e está entre os documentos importantes elaborados pelo Ministério da Saúde, e tem o objetivo de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos indivíduos e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

Nesse documento, são considerados como trabalhadores:

[...] homens e mulheres, independentemente de sua localização urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

Levando em consideração a definição de trabalhador, Balista et.al (2011) reforça que a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e garantiu o direito à saúde para toda a população brasileira, aí incluídos os trabalhadores, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade no acesso às ações e serviços de saúde, para promoção, prevenção e recuperação da saúde e com diretrizes para que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único da saúde, além de se organizarem de modo descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade.

Vale ressaltar que a questão da integralidade da assistência e da intersectorialidade não deve ser restrita à atenção primária, porém sendo esta a porta de entrada do trabalhador ao sistema de saúde, a equipe deve ser capaz de assistir ou referenciar de forma adequada, conforme a demanda daquele usuário. Ainda sobre a atenção primária, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela portaria 1.823 de 23 de Agosto de 2012, tem como um de seus principais objetivos, garantir a integralidade da atenção à saúde do

trabalhador. Independentemente do ponto da rede de atenção na qual este trabalhador esteja inserido, a assistência deverá ser garantida mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento. (BRASIL, 2012)

Vasconcellos (2009) complementa sobre a aplicação dos princípios do SUS na saúde do trabalhador e afirma que a universalidade, trata da assistência de todos os trabalhadores em qualquer situação; a integralidade das ações, incluindo a assistência, a recuperação, a prevenção e a promoção; o controle social, incorporação dos trabalhadores em todas as etapas da vigilância; hierarquização e descentralização, consolidação do município e macrorregiões de saúde com autonomia para desenvolver as ações; interdisciplinaridade, integração do saber técnico de diferentes áreas do conhecimento; pesquisa como processo contínuo de produção de conhecimentos e, finalmente, o caráter transformador dos processos e ambientes de trabalho superando a própria legislação.

Outro ponto crucial que vale ser exposto se trata da educação permanente em saúde, que deve ser entendida como ferramenta essencial para melhoria da qualidade dos serviços. Neste contexto, a portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 a qual institui a política de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor (Brasil, 2004) é ressaltado que o Ministério da Saúde é responsável pela consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS; de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico. Reforça ainda que o gestor federal do SUS deve estar responsável por formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde.

Vasconcellos (2009 p. 447) enfatiza que:

Dentre os objetivos, enumeram-se os conhecimentos da realidade sanitária da população trabalhadora e de seus perfis históricos, dos riscos e cargas de trabalho, das novas formas de adoecer e morrer no trabalho; e a intervenção sobre os fatores determinantes de agravos, eliminando-

os, atenuando-os ou controlando-os, por meio da fiscalização e da negociação coletiva, subsidiando decisões nas esferas do governo, para o estabelecimento de políticas públicas e aprimoramento das normas legais. Entre os objetivos está, ainda, a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos para a área.

De acordo com a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador, a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares. Pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”; doenças que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificada pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho” e; doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 2004)

Dias *et al* (2004), ressalta que, para cumprir o seu papel, as equipes de atenção básica necessitam do apoio permanente de equipes especializadas que atuem não somente como serviço de referência que recebe o usuário e o trata isoladamente, mas que trabalhem de forma articulada, dividindo o cuidado dando subsídios para a ampliação do repertório de cuidados das equipes de atenção básica. Para garantir a integralidade da atenção e a ampliação do acesso para os trabalhadores, as ações não podem ser desenvolvidas exclusivamente pelos serviços especializados. Precisam ser incorporadas não só pelas equipes de atenção básica, como também pelos serviços de vigilância, garantindo ações de prevenção e controle de riscos nos ambientes de trabalho, conforme previsto em diversas normas e recomendações do SUS. Porém, apesar dos vinte anos de história do SUS, ainda existe certa distância entre o que está normatizado e o que ocorre no cotidiano dos serviços, pois o processo de construção de um sistema que tem como princípios a universalização do acesso e a integralidade da atenção enfrenta resistências, e sua construção vem ocorrendo na contramão do modelo político hegemônico e dos interesses do capital.

5.3 As doenças relacionadas ao trabalho

Embora o SUS tenha avançado na questão do acesso aos serviços de atenção à saúde, atualmente, novas demandas são exigidas pelos trabalhadores. Num país grande e desigual como o Brasil, onde são exigidos cada vez mais habilidades e melhores níveis de escolaridade colocam os trabalhadores que não atendem a esses requisitos, numa situação onde são forçados a entrarem no mundo da informalidade.

Assunção e Vilela (2009) ressaltam que nem sempre estão presentes atitudes que buscam conhecer as situações reais de trabalho na formulação das ações de saúde do trabalhador no Brasil. Como se os saberes atuais relacionados à medicina do trabalho, à higiene e toxicologia, focados geralmente em fatores unicausais de risco, fossem suficientes para embasar estas ações. Percebe-se que os conhecimentos atuais da medicina, segurança e saúde ocupacional, por mais contribuições que apresentem, passam longe do necessário conhecimento sobre o que é e como o trabalhador com dor musculoesquelética crônica enfrenta o trabalho e o risco de perder o trabalho.

A partir da Revolução Industrial, quadros clínicos ligados a dor decorrentes de movimentos contínuos configuraram-se claramente como decorrência de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais, tornando-se mais frequentes. A partir da segunda metade do século XX, adquiriram relevância social. Atualmente, as expressões de desgaste de estruturas do sistema musculoesquelético atingem várias categorias profissionais e têm várias denominações, entre as quais as LER (lesões por esforço repetitivo) e DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), adotadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social. (BRASIL, 2012)

A política e a experiência em saúde do trabalhador, que também é fundamental para uma visão ampliada das ocorrências no mundo do trabalho, sem métodos e conceitos sobre o ser humano em situação de trabalho e sobre a atividade torna-se difícil visualizar a situação concreta de trabalho. A realidade está onde se manifesta a força da organização do trabalho e onde acontecem as pressões pela produção. Enfim, são necessários conhecimentos para compreender o trabalho real dos indivíduos concretos e singulares; como eles agem, por que agem, quais são suas

margens de manobra, suas estratégias e regulações. Sem um diagnóstico da causalidade, sem conhecer os determinantes do trabalho, e sem alterar a representação dos diversos atores sociais implicados na situação, é impossível pensar na mudança. (ASSUNÇÃO e VILELA, 2009).

Ao se discutir sobre o papel do Ministério da Saúde na assistência ao trabalhador, seja no que diz respeito às doenças e agravos ou acidentes, a portaria 1.823 (Brasil 2012 p.4) enfatiza que o SUS deve garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a incorporação de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento, na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: atenção primária em saúde; atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; assistência farmacêutica; sistemas de informações em saúde; sistema de regulação do acesso; sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; sistema de auditoria; promoção e vigilância à saúde, incluindo a VISAT (vigilância à saúde do trabalhador).

São atribuições do nível local de saúde e das equipes de atenção primária em relação às doenças ocupacionais segundo o Caderno da Atenção Básica nº 5 (Brasil, 2002 p. 32):

Afastar o trabalhador imediatamente da exposição – o afastamento deverá ser definitivo para as doenças de caráter progressivo; realizar o tratamento nos casos de menor complexidade; encaminhar os casos de maior complexidade para a rede de referência, acompanhá-los e estabelecer a contra-referência; notificar o caso nos instrumentos do SUS; investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre a doença sob investigação e os fatores de risco presentes no local de trabalho; desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho. Para trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, acrescentar: acompanhar a emissão da CAT pelo empregador; preencher o item II da CAT, referente a informações sobre diagnóstico, laudo e atendimento; encaminhar o trabalhador para perícia do INSS, fornecendo-lhe o atestado médico referente ao afastamento do trabalho dos primeiros quinze dias; orientar sobre direitos trabalhistas e previdenciários.

5.4 Os acidentes de trabalho

Segundo o Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (Brasil, 2012), acidente de trabalho é todo aquele que ocorre no exercício da atividade laboral, no percurso do domicílio para o trabalho ou vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal. São também considerados como acidentes de trabalho aqueles que, embora não foram a causa única, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade laborativa. Alguns fatores estão frequentemente envolvidos na etiologia dos acidentes de trabalho. São eles: arranjo físico inadequado do ambiente; falta de proteção na operação de máquinas perigosas; utilização de ferramentas defeituosas; risco de incêndio e explosão, esforço físico intenso, levantamento manual de peso excessivo, posturas e posições inadequadas, pressão por produtividade, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimento, extensa jornada de trabalho, ausência de pausas adequadas, trabalho noturno ou em turnos, presença de animais peçonhentos e presença de substâncias tóxicas nos ambientes de trabalho.

Os acidentes de trabalho, em sua maioria, são evitáveis e causam um grande impacto sobre a produtividade e a economia, além de grande sofrimento para a sociedade. Segundo a OIT (Organização Internacional do Trabalho), ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e cerca de dois milhões de mortes por ano em todo o mundo. Por serem potencialmente evitáveis, podem demonstrar uma realidade de negligências e injustiça social. Vale ressaltar também que os custos dos acidentes de trabalho são raramente contabilizados, mesmo em países com importantes avanços no campo da prevenção. Estima-se que 4% do Produto Interno Bruto (PIB) seja perdido por agravos ocupacionais, o que pode aumentar para 10% quando se trata de países em desenvolvimento. No Brasil essas estimativas refletem a baixa efetividade das políticas e programas de prevenção de agravos à saúde no trabalho. Entretanto, os valores limitam-se aos custos econômicos e não incluem os prejuízos emocionais e familiares, dificilmente mensuráveis. Estudos sobre estimativas dos custos dos acidentes de trabalho têm se multiplicado nos últimos anos. Isso se deve ao desenvolvimento da área da economia da saúde, e a estreita

relação entre trabalho e economia, seja pelos fatores de risco para os acidentes, seja pelos seus efeitos sobre a capacidade produtiva. (SANTANA et al, 2006).

Um grande problema identificado em relação aos acidentes no trabalho é a subnotificação, conforme afirma Silveira (2009), o qual explica que as estatísticas brasileiras de acidentes de trabalho são elaboradas a partir dos registros de CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho) realizados junto à Previdência Social. Essas estatísticas dizem respeito apenas aos trabalhadores com carteira assinada, vinculados à alguma empresa, trabalhadores rurais e avulsos para os quais a lei exige a emissão desse documento. Estão excluídos dos dados oficiais os acidentes os trabalhadores domésticos, autônomos, servidores públicos, trabalhadores informais, ou seja, a maior parte deles. Portanto, acredita-se que o número real de acidentes que ocorrem no país seja bem mais elevado do que os divulgados periodicamente pelas estatísticas oficiais.

São algumas atribuições da equipe de atenção primária em relação aos acidentes de trabalho: Acompanhar e articular a assistência na rede de referência para a prevenção das sequelas; notificar o caso nos instrumentos do SUS; investigar os locais de trabalho, visando estabelecer relações entre o acidente ocorrido e situações de risco presentes; desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho; após a alta hospitalar, realizar acompanhamento domiciliar registrando as avaliações nos instrumentos adequados. (BRASIL, 2002)

5.5 A rede nacional de atenção à saúde do trabalhador (RENAST)

A partir da realidade de saúde do trabalhador no Brasil e da grande necessidade de organização dos serviços e da integração da rede de serviços do SUS, foi criada a RENAST através da portaria 2.728 de 11 de Novembro de 2009.

Segundo a Portaria Nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012, no contexto da Rede de Atenção à Saúde, a RENAST pressupõe as seguintes ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde:

- Reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;
- Reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território;

- Reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente;
- Identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território;
- Inclusão de situações de maior vulnerabilidade, como, chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo a saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;
- Identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde;
- Suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
- Notificação dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN (Sistema de Informação de Agravos Notificáveis) e no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;
- Subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;
- Articulação com as equipes técnicas dos CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial à toda rede SUS;
- Definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho;
- Incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde; (BRASIL, 2012)

A portaria 2.728, de 11 de Novembro de 2009 que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (BRASIL, 2009 p.

3) complementa ainda que:

As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação. A RENASt integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

No âmbito da Atenção Primária, especificamente no que diz respeito à estratégia de Saúde da Família que foi definida pelo MS como um dos eixos organizadores das ações do SUS, deverão ser concentrados esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer onexo causal entre o quadro de morbimortalidade verificado no âmbito dos processos de trabalho de um determinado território. Considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias, a abordagem das questões de Saúde do Trabalhador nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, pois envolve um olhar para a integralidade do sujeito, para a resolutividade, a responsabilização e o acolhimento. Nesse sentido, assim como as demais ações da Atenção Básica, as ações para saúde no trabalho são oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde relacionadas ou não ao trabalho. Para tanto, os gestores devem estar empenhados a fim de que os municípios, ao se qualificarem como polos da RENASt, possam garantir o processo de estruturação da rede de referências da região. (BRASIL, 2006)

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A saúde do trabalhador tem sido tema presente nas discussões sobre estratégias para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, por isso, vários autores têm contribuído na formulação das propostas e no enriquecimento do material bibliográfico que tem sido utilizado por vários estudiosos. Os órgãos ministeriais têm formulado políticas para organização dos fluxos de atendimento, com o objetivo de que, essa grande parcela da população brasileira possa ter seu direito ao acesso garantido.

No presente levantamento bibliográfico, foi abordado que o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador foram pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde, institucionalizado pela Constituição Federal de 1988, documento que, além de outras providências, trata do direito à saúde de todo cidadão brasileiro através da Lei Orgânica da Saúde. No início as ações estavam concentradas nos trabalhadores formais, particularmente, naqueles pertencentes às categorias mais organizadas. Isso impedia o alcance das ações, principalmente dificultava a junção dos outros serviços com a atenção primária. O acesso da maioria dos trabalhadores não era garantido e, cerca de trinta anos depois da formulação das primeiras ações voltadas para saúde do trabalhador, ainda observam-se a desvalorização profissional e a exposição aos riscos ocupacionais.

De acordo o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde sobre Doenças relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001), surgiram novas formas de adoecer no trabalho devido ao surgimento de novas tecnologias e ao aumento acelerados dos postos de trabalho informal. Essas novas demandas exigiram ações mais eficazes dos serviços de saúde. Porém, a proposta da atenção primária em suprir 80% das necessidades de saúde, barra com as fragilidades do sistema de saúde brasileiro. Entretanto, apesar da atenção primária ser vista como a porta de entrada do usuário, a garantia dos princípios da integralidade e equidade não deve ser restrita à atenção primária.

É importante que o diagnóstico situacional seja realizado para que se conheça a realidade de saúde de cada região e, como foi enfatizado, este deverá ser realizado no nível local de saúde, pois os profissionais estão mais próximos das famílias e dos pontos vulneráveis que elas apresentam.

A medicina e o hospital eram vistos como único caminho para a resolução de qualquer problema de saúde e o homem era visto como um ser fragmentado. Pode-se constatar no levantamento bibliográfico que a consolidação do SUS se deu devido à quebra do modelo curativo centrado na doença e a vigilância em saúde se tornou a principal estratégia capaz de implementar essa mudança de modelo. O foco de atenção à saúde mudou e, a partir dessas mudanças pode-se almejar um modelo de atenção. Portanto, iniciou-se o desenho da Estratégia Saúde da Família no Brasil, que dentre outros, tem como eixo norteador a promoção e prevenção, a adesão da população e a abordagem familiar.

Na Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2007) está descrito que o trabalho da atenção básica deve estar pautado no exercício de práticas de gestão e democracia sob a forma do trabalho em equipe, a qual tem responsabilidade sobre uma população delimitada. Porém, Dias et al. (2004), apesar de concordar com a afirmação acima, reforça que as equipes ainda apresentam dificuldades em tratar o trabalhador de forma integral, pois existe uma discordância entre o que está normatizado e o que acontece no dia a dia das equipes. Ainda nos dias de hoje, se percebe uma contradição entre o modelo atual e o modelo hegemônico da medicina curativa e fragmentada.

Não se pode deixar de citar as atribuições das equipes de atenção primária tanto na abordagem de doenças ocupacionais e nos acidentes de trabalho. Dentre elas, destaca-se o tratamento dos casos de menor complexidade e o encaminhamento oportuno do trabalhador aos outros pontos de atenção da rede. Mas para tal, é necessário que esta rede de atenção esteja interligada e construída por protocolos e linhas de cuidado e capacitação profissional. É importante que seja estabelecida a notificação e a contra-referência, para que o paciente não esteja desacompanhado em nenhum momento. Também é papel da atenção primária a orientação sobre direitos trabalhistas. Em relação aos acidentes, é responsabilidade da atenção primária, dentre outras, notificar o caso nos instrumentos do SUS, investigar a relação do acidente com os locais de trabalho, desenvolver estratégias de intervenção de acordo com os problemas detectados. (BRASIL, 2002)

Diante do cenário brasileiro da saúde do trabalhador que demonstra um aumento dos postos de trabalho, aumento da ocorrência de agravos ocupacionais e acidentes, conforme o Manual de Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (Brasil, 2006), a importância da criação da

RENAST com o objetivo de organizar toda a rede de assistência ao trabalhador, desde a atenção primária (porta de entrada), até as redes especializadas de atendimento. A garantia do acesso e da qualidade, previstas em lei, também é responsabilidade da RENAST, pois uma rede estruturada e organizada, com fluxos definidos é capaz de atender o trabalhador na sua integralidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAS

Conclui-se, portanto que o comprometimento e a articulação política entre os setores: saúde, educação, trabalho e empregadores é estratégia essencial para viabilização das estratégias propostas pelo SUS. A equipe da atenção primária é o ator social responsável para a implementação das estratégias criadas, levando em consideração os recursos. Porém é preciso que haja conscientização dos demais setores e principalmente a conscientização dos próprios trabalhadores que se tornam, em um dado momento, responsáveis pela melhoria das condições de trabalho. Entretanto, é necessário primeiramente que os municípios realizem um levantamento de dados em relação à incidência e prevalência de doenças relacionadas com o trabalho ou acidentes de trabalho. Esta ação se torna extremamente importante, pois através do levantamento do perfil ocupacional da população pode-se conhecer a realidade e criar estratégias de ação mais eficazes que serão capazes de atingir coletivamente os trabalhadores, não mais, apenas, de maneira individual e curativa. Conclui-se também que as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações entre produção, ambiente e saúde.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, L.G.S.; **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.10, pp. 2071-2072. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n10/22.pdf>> Acesso em 13 Abr. 2013.

BALISTA, S.R.R.; SANTIAGO, S. M.; FILHO, H.R.C.. **A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.4, pp. 759-768. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n4/15.pdf>>. Acesso em 13 Abr.2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em 13 Abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a política de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: < www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em 13 Abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores: Manual de Gerenciamento.** 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>>. Acesso em: 16 Jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil.

Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília- DF: Editora MS, 2001. 580 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pneumoconioses.** Brasília- DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno de Atenção Básica nº 5.** Brasília: 2002. 63p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Plano nacional de saúde e segurança no trabalho.** Brasília, 2012. Disponível em http://portal.mte.gov.br/seg_sau/dia-mundial-de-seguranca-e-saude-no-trabalho. Acesso em 28 Abr. 2013.

BRASIL. **Portaria Nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012.** Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/politica-nacional-de-saude-do-trabalhador-e-da-trabalhadora.pdf>>. Acesso em 14 Out. 2013.

BRASIL. **Portaria 2.728, de 11 de Novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf> Acesso em 13 Abr. 2013.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes.** Belo Horizonte, 2010, p 63. Disponível em <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708.pdf>> Acesso em 15 Ago. 2013.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. **A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades.** *Trab. educ. saúde* [online]. 2010, vol.8, n.1, pp. 27-53. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/03.pdf>> Acesso em 13 Abr. 2013.

DIAS, M.D.A.; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. **Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal.** *Trab. educ. saúde (Online)* [online]. 2011, vol.9, n.1, pp. 137-148. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n10/22.pdf>> Acesso em 13 Abr. 2013.

PORTO, M.F.S. **Análise de Riscos no Local de Trabalho:** conhecer para transformar. São Paulo: Instituto Nacional de Segurança do Trabalho, 2000.

SHIMIZU, H.E.; REIS, L.S. **As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família .** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.8, pp. 3461-3468. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n10/22.pdf>> Acesso em 13 Abr. 2013.

VASCONCELLOS, L.C.F.; ALMEIDA, C.V.B.; GUEDES, D.T. **Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia.** *Trab. educ. saúde* [online]. 2009, vol.7, n.3, pp. 445-462. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n10/22.pdf>> Acesso em 13 Abr. 2013.