
SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS – CAMINHOS PARA IR ALÉM DA TEORIA

Aline Lima de Azevedo¹

Cristiano Barreto de Miranda²

Douglas Oliveira Carmo Lima³

Julia Luz Camargos Mesquita⁴

Klauss Kleydmann Sabino Garcia⁵

Lucas Calmon dos Santos⁶

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos⁷

Nathalie Alves Agripino⁸

Olga de Oliveira Rios⁹

Roberta de Souza Freitas¹⁰

Rodrigo Silvério de Oliveira Santos¹¹

Roque Manoel Perusso Veiga¹²

-
- 1 E-mail: aline.deazevedo@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7562212700702342>,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1723-4508>.
- 2 E-mail: cristianobm@alumni.usp.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3541700734813923>,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8219-2613>.
- 3 E-mail: douglas.carmo@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2241059554096150>,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5050-6742>.
- 4 E-mail: julia.mesquita@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9815100786979204>,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3230-5358>.
- 5 E-mail: klauss.garcia@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9065399936019201>,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2268-8742>.
- 6 E-mail: luucas.calmon@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3766801130323324>,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-7433-716X>.
- 7 E-mail: mvasconcellos@uol.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7679-9870>
- 8 E-mail: nathaliealves7@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5842947310667833>,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0357-132X>.
- 9 E-mail: olgarrios@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6337757811621148>.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0768-4747>.
- 10 E-mail: roberta.freitas@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0562149579489801>,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9869-3877>.
- 11 E-mail: rodrigossilveriounb@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1268581275241026>,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6424-4786>.
- 12 E-mail: roque.veiga@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1221628305106814>,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0913-5781>.

Resumo: O artigo apresenta ao leitor como ocorreu a conformação do campo da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), os seus avanços no Brasil a partir da Constituição de 1988, bem como a atuação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Além de discutir sobre as estratégias para implementação e operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos territórios, a exemplo das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), Apoio Institucional (AI) e outras ações realizadas pelos Cerest, os autores reconhecem e reforçam a importância das articulações intra e intersectorial para o fortalecimento do campo. O texto é finalizado com as perspectivas para o futuro do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo em vista os desafios do momento atual, de reconstrução do país e do SUS.

Palavras-Chave: saúde do trabalhador; Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; vigilância em saúde do trabalhador; Sistema Único de Saúde.

1 CONFORMAÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

As sucessivas transformações na sociedade econômica e no modo de produção engendraram tipos de organização social do trabalho, do período de subsistência ao assalariado, com importantes impactos à saúde. Desde o início da era clássica já era possível observar a preocupação com o ambiente e o trabalho como fatores geradores das condições inerentes ao viver e morrer.

São nos relatos dos riscos sobre a exposição ao chumbo, cobre e zinco à saúde humana, de Hipócrates, Plínio, Galeno, por exemplo, que a importância do trabalho e a posição social são descritas como determinantes de doenças (Oliveira, 2001; Vidal, 1995). Mas, é no período da

13 E-mail: tamiresmarinhom@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2167604321969664>, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6791-7684>.

Revolução Industrial, a partir do século XVIII, em que os trabalhadores estavam sujeitos a jornadas de trabalho extensas, ambiente propício a doenças infectocontagiosas e acidentes com mutilações e mortes, que surge a primeira lei de proteção aos trabalhadores, chamada de “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”, que regulamenta 12 horas de trabalho e ventilação no ambiente (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997).

É na Inglaterra, devido ao seu protagonismo na expansão industrial, que surge no âmbito estatal o modelo, denominado por Foucault (2008), da medicina social da força de trabalho. É também no país, no início do século XIX, que aparece dentro das fábricas, os primeiros serviços de assistência à saúde dos trabalhadores, culminando no nascimento da Medicina do Trabalho. Essa estratégia de instalar tais serviços médicos visava, sobretudo, garantir a recuperação do corpo doente para que a produção não fosse prejudicada (Santos, 2001).

Segundo a mesma autora, no período pós Segunda Guerra Mundial (1945), a necessidade de um alto incremento da produção para a reconstrução e recuperação dos países ocasionou o aumento de acidentes e agravos do trabalho. Desse modo, apenas a intervenção do médico sobre o paciente é insuficiente e outras áreas do conhecimento são inseridas para atuar sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, surge então a Saúde Ocupacional.

No Brasil, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional se estabelecem juntamente com o processo de industrialização do país e são hegemônicos até os dias atuais. A crítica a esses dois modelos conforma o campo da Saúde do Trabalhador, que

Como parte integrante do campo da saúde coletiva, propõe-se a ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito de ambas as concepções que são sustentadas por uma visão monocausal, entre a doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de risco (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho (Mendes & Dias, 1991; Lacaz, 1996) (*apud* Minayo-Gomez, 2011, p. 25).

O campo da Saúde do Trabalhador emerge no contexto político de lutas pela redemocratização do país, no período da ditadura militar, no bojo do movimento sanitário que elabora a proposta da Reforma Sanitária Brasileira. Do ponto de vista teórico-conceitual, incidiram no movimento sanitário brasileiro e na conformação da Saúde do Trabalhador, principalmente, as influências da Saúde Coletiva; do Movimento Operário Italiano (e a consequente Reforma Sanitária Italiana); e a Medicina Social Latino-americana. (Vasconcellos, 2007; Almeida, 2012).

Em síntese, os principais pressupostos incorporados pela Saúde do Trabalhador foram: a) da saúde coletiva, a ampliação da interpretação do processo saúde-doença a partir da concepção da determinação social e dos princípios da universalização e da promoção da saúde; b) da medicina social latino-americana, a inserção da dimensão de 'classe e da categoria 'trabalho' e 'processo de trabalho' entre os determinantes sociais, a interdisciplinaridade, as práticas e gestões participativas, a relativização dos métodos quantitativos na determinação das associações entre causa e efeito; c) do movimento operário italiano, a participação do trabalhador como sujeito ativo na transformação da realidade, o princípio da não delegação da saúde a "terceiros", a validação consensual em grupos homogêneos, e a luta contra a "mone-tização do risco" (Minayo-Gomez, 2011; Vasconcellos, 2007; Machado, 1997; Sato, 1996).

O movimento sanitário se fortaleceu na segunda metade da década de 1970 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e surgimento do Movimento Popular de Saúde (MOPS), que juntamente com diversos sindicatos conferem ao movimento sanitário a característica de luta popular (Cohn, 2009).

Como resultado das eleições diretas para governadores em 1982 com vitórias de partidos progressistas e democráticos em alguns estados, são criados os primeiros Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST) com as características do novo campo em formação.

No entanto, o grande marco da Saúde do Trabalhador e do movimento sanitário, foi o ano de 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e da 1ª Conferência Nacional de Saúde

do Trabalhador (CNST), em que as proposições da Reforma Sanitária foram defendidas e culminaram no processo da constituinte. A grande participação popular nas duas Conferências confirmou o caráter diversificado e massivo do movimento.

A luta no processo constituinte de 88, pela inserção da saúde do trabalhador no futuro sistema público de saúde foi essencial para garantir não só a consolidação do campo, mas sobretudo, para buscar romper com a concepção hegemônica na condução das relações saúde-trabalho fortemente estabelecida no âmbito do direito trabalhista e previdenciário até então no país e que caracterizava uma cidadania regulada. Colocar a saúde do trabalhador no “espectro de intervenção da saúde pública” (Vasconcellos, 2010, p. 123) significaria a mudança de paradigma para a concepção da universalidade do direito à saúde, quebrando “[...] com o paradigma histórico da subordinação da saúde ao limite do contrato” (Vasconcellos, 2010, p. 126).

Em resumo, podemos então dizer que o campo da Saúde do Trabalhador emerge de uma maneira específica, da crítica aos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, embasado de uma maneira geral no arcabouço teórico do movimento sanitário.

A saúde do trabalhador, em um processo de incorporar superando, demonstra os limites das vigentes áreas da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional para lidar com as questões de saúde no trabalho. Mais do que apenas proteger a força de trabalho através da determinação do cumprimento de normas e limites de tolerância, a intenção é atuar na promoção da saúde, intervindo nos ambientes e processos de trabalho. Sendo assim a Saúde do Trabalhador não deve ser entendida como uma evolução desses modelos, e sim enquanto um campo político que busca implantar concepções e práticas contra hegemônicas (Azevedo, 2013, p. 25).

2 SAÚDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

No Brasil, a mobilização em prol da Saúde do Trabalhador se deu nas décadas de 70 e 80, quando a reorganização da saúde entrou nas pautas de discussões e reivindicações dos trabalhadores sob fortes influências das centrais sindicais. As lutas pela democracia e saúde tiveram como protagonista a classe trabalhadora, que participou ativamente dos processos de decisão para a conformação de políticas públicas para os diversos setores do país (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT, 2021).

Tais movimentos, não somente fortaleceram a Reforma Sanitária e a democratização do país, como também contribuíram para as bases legislativas institucionais inseridas na Constituição Federal (CF) de 1988, art. 200, a qual atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] executar as ações de vigilância em saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (Brasil, [2022a]).

Neste sentido, as questões que associam saúde e trabalho, além de ser objeto da legislação trabalhista (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, capítulo V), passaram a ser objeto da Saúde Pública, posteriormente, institucionalizada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, “[...] como um conjunto de ações que visam a prevenção, proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, bem como sua recuperação e reabilitação, considerando os diversos cenários de risco e formas de adoecimento oriundas dos processos produtivos e ambientes de trabalho” (Brasil, [2022b]).

Para efetivação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, incorporando as ações e serviços na rotina dos profissionais que atuam nos diversos pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), nasce a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), consolidada posteriormente no Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS (Origem: PRT MS/GM 1823/2012) (Brasil, [2017a], Anexo XVI, art. 4º).

A PNSTT define objetivos, diretrizes e estratégias que devem ser utilizadas pelo SUS como base para orientar as ações de Saúde

do Trabalhador nos territórios. E tem como principal objetivo trazer mudanças substanciais nas práticas dos profissionais e de todos os serviços de saúde, para a qualificação da oferta do cuidado e das ações de vigilância para a população trabalhadora, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-cuidado.

Trata-se de uma política transversal a outras políticas de saúde, como a Política de Saúde do Homem, da Mulher, do Idoso, de Promoção da Saúde, das Populações do campo, florestas e águas, entre outras, a qual necessita de constante diálogo e integração das agendas para a implementação destas ações na rotina das RAS.

Diante deste desafio, cria-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), instituída pela Portaria de Consolidação nº 3, Anexo X, Capítulo I, Art. 1º, como principal estratégia para implementação e operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos territórios (Brasil, [2017b]).

Assim, a Renast consolida-se como a principal estratégia para realizar as ações nos territórios, por meio dos componentes da RAS, e pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) descentralizados em estaduais, regionais e municipais, para desenvolver ações voltadas à saúde do trabalhador nos territórios brasileiros (Brasil, 2018).

Dias e Hoefel (2005, p. 822) definem a Renast como “[...] uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS”, em consonância com o horizonte contra-hegemônico da Saúde do Trabalhador.

A Rede se utiliza da compreensão da determinação social do processo saúde-doença para articular e integrar linhas de cuidado em todos os níveis de atenção, com a efetiva participação dos trabalhadores em todo seu processo de cuidado e nas intervenções nos ambientes e processos de trabalho, visando à eliminação de situações de risco à saúde e a promoção da saúde no âmbito individual e coletivo (Dias; Hoefel, 2005, p. 822).

Apesar de ter sido implantada em 2002, permanecem desafios substanciais para a efetivação da Renast no âmbito do SUS, principalmente a exaltação da perspectiva assistencialista, a inserção heterogênea dos centros de referência nos organogramas das secretarias de saúde, a ausência de uma missão estruturante e a uma articulação intrasetorial incipiente, tendo em vista a necessidade de incorporação da Saúde do Trabalhador na agenda do SUS (Dias; Hoefel, 2005; Leão; Vasconcellos, 2011).

Todavia, a Renast é considerada uma política de transformação, que tem a possibilidade de estimular a mobilização social e a articulação dos gestores referente às questões da Saúde dos Trabalhadores. (Dias; Hoefel, 2005).

3 ATUAÇÃO DA RENAST, PELOS CEREST - DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA, INDICADORES DE RESULTADO (PRODUÇÃO DO SIA), NOTIFICAÇÕES, APOIO INSTITUCIONAL

Entre as estratégias da Renast, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) têm papel crucial como serviços especializados de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat).

Os Cerest são serviços de saúde que realizam ações de vigilância em saúde do trabalhador, no âmbito de um determinado território. Além disso, devem desempenhar em sua área de abrangência suporte técnico e científico, apoio matricial e educação permanente de forma articulada aos demais serviços da rede do SUS, ou seja, coordenar ações de assistência, promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

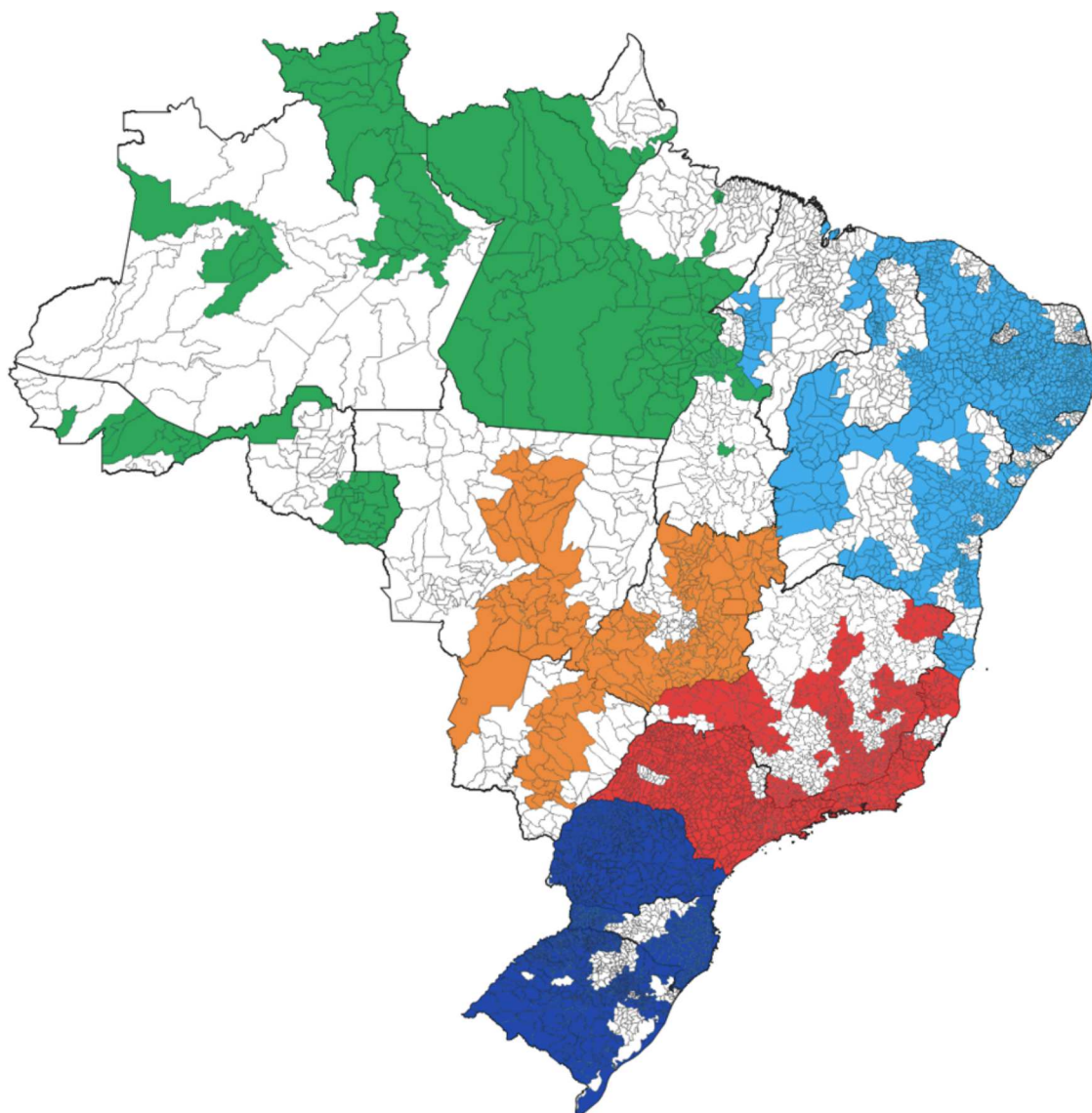
Estes serviços devem funcionar como polo irradiador das ações de saúde do trabalhador no território, realizando ações de articulação com os demais serviços da rede de atenção do SUS para que estes incorporem a saúde do trabalhador em seu processo de trabalho, servindo ainda como retaguarda técnica e especializada, com as seguintes atribuições:

-
- realizar ações de vigilância em saúde do trabalhador, dentre elas as inspeções sanitárias em saúde do trabalhador e a vigilância epidemiológica, que inclui a investigação e notificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho;
 - fornecer apoio especializado e matriciamento de vigilância em saúde do trabalhador para a RAS;
 - realizar ações de educação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde da RAS e para a população;
 - articular ações intersetoriais de saúde do trabalhador no território.

Todos os Municípios devem realizar ações de Visat. Além disso, os Estados devem organizar a coordenação da Vigilância em Saúde do Trabalhador em seu âmbito, podendo esta ser também uma atribuição dos Cerest Estaduais.

Os Cerest são classificados, conforme sua abrangência, como estaduais, regionais ou municipais, possuindo atribuições e competências de acordo com esta classificação e com o tipo de gestão (estadual ou municipal). Atualmente o Brasil tem 220 Cerest habilitados, sendo 27 estaduais e 193 regionais e municipais (Figura 1).

Figura 1 – Mapa de distribuição dos Cerest no Brasil



Fonte: Elaboração própria

4 AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), compreende um conjunto de ações que visam a promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos ambientes e processos de trabalho e na determinação social decor-

rente dos modelos de desenvolvimento, dos processos produtivos e de trabalho (Brasil, 2018).

Dentre essas ações realizadas pelos Cerest estão as Inspeções Sanitárias em Saúde do Trabalhador (ISST), que permitem investigar fatores e situações de riscos relacionados ao trabalho, investigar e analisar doenças, agravos e óbitos relacionados ao trabalho, como forma de identificar medidas de promoção e proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as) de forma participativa e territorializada. Após a ISST, o Cerest deve elaborar um relatório técnico das inspeções sanitárias em saúde do trabalhador e comunicação aos interessados (empresa, trabalhadores e seus representantes). A ISST deve acontecer sempre mediante articulação com outras vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental), demais serviços do SUS, e com outros setores como trabalho, meio ambiente, Previdência Social, controle social, sindicatos e áreas afins, no sentido de garantir maior eficiência dessas ações.

As ações de Vigilância Epidemiológica proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes relacionados aos ambientes e processos de trabalho da saúde individual e coletiva dos trabalhadores, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde da população trabalhadora.

Dentre as principais atribuições da Vigilância Epidemiológica para a Visat estão a realização da Análise de Situação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ASSTT), investigação epidemiológica e registro dos casos de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (Dart) nos sistemas de informação de vigilância em saúde. Tem-se como objetivo principal realizar a vigilância das doenças e dos agravos à saúde dos trabalhadores, compreendendo a notificação, a busca ativa, a investigação, a confirmação da relação com o trabalho e o encerramento dos casos.

A ASSTT é uma ferramenta que garante informações qualificadas, essenciais aos profissionais, técnicos e gestores da saúde, para o planejamento e definição de prioridades e estratégias de promoção,

proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as) e a prevenção de Dart. Ela deve subsidiar a avaliação das políticas públicas e contribuir na sua implementação e revisão. Para a construção da ASSTT, além da definição da unidade e período de análise, propõe-se que se organize as informações conforme as etapas: caracterização do território, da população geral e da população trabalhadora; caracterização do perfil produtivo e dos potenciais riscos à saúde do(a) trabalhador(a) no território; caracterização do perfil de morbimortalidade da população trabalhadora; caracterização da rede de serviços de saúde para atenção e vigilância da saúde do trabalhador; caracterização da rede de apoio institucional e suporte social aos(às) trabalhadores(as) no território.

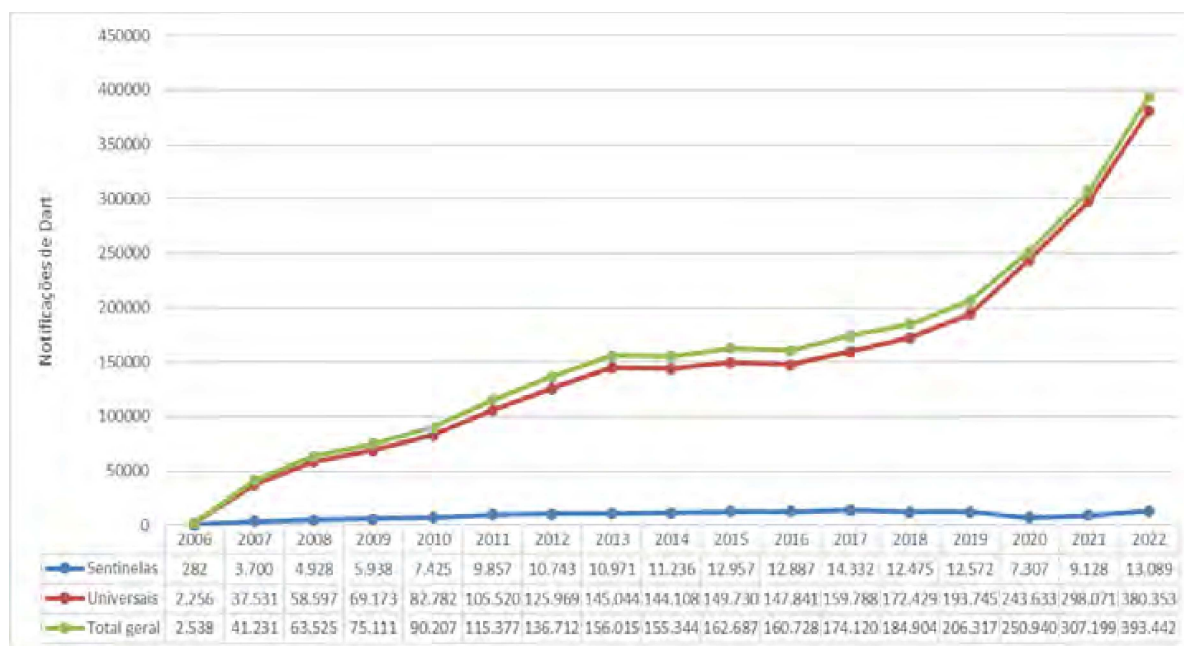
A investigação epidemiológica das Dart deve ser realizada a partir da suspeita do caso de doenças e agravos relacionados ao trabalho ou da informação sobre outros(as) trabalhadores(as) expostos(as) aos mesmos fatores de risco no ambiente de trabalho. Deve avaliar as circunstâncias da ocorrência da doença ou agravo, assim como a relação com trabalho.

Os casos de Dart de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023), estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 4/2017, anexo V - Capítulo I (Brasil, [2017c] e Portaria de Consolidação nº 5 - Anexo XLIII (Brasil, [2017d]), devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As Dart são: Acidentes de Trabalho (AT); Acidentes com Exposição a Material Biológico (ATMB); Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair); Dermatoses relacionadas ao trabalho; Câncer Relacionado ao Trabalho (CRT); Pneumoconioses; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT); e Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/Dort).

Desde 2006, ano em que se dá início às notificações de Dart no Sinan, houve um registro total de 2.676.397 notificações. Saindo de 2.538 em 2006 para 393.442 em 2022. Dentre as notificações de Dart universais foram registrados 2.516.570 casos, equivalente a 94% de todas as notificações. Percebe-se um aumento anual no total de notificações das Dart, sendo reflexo do fortalecimento das ações de vi-

gilância em saúde do trabalhador no país. Em 2022 o coeficiente de incidência de Dart foi de 410,1 casos para cada 100 mil trabalhadores (Estimativas populacionais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD Contínua anual).

Gráfico 1 – Notificações de Dart (Universais e sentinelas) entre 2006 e 2022 no Brasil.



Fonte: Sinan - Ministério da Saúde. <https://portalsinan.saude.gov.br/>.

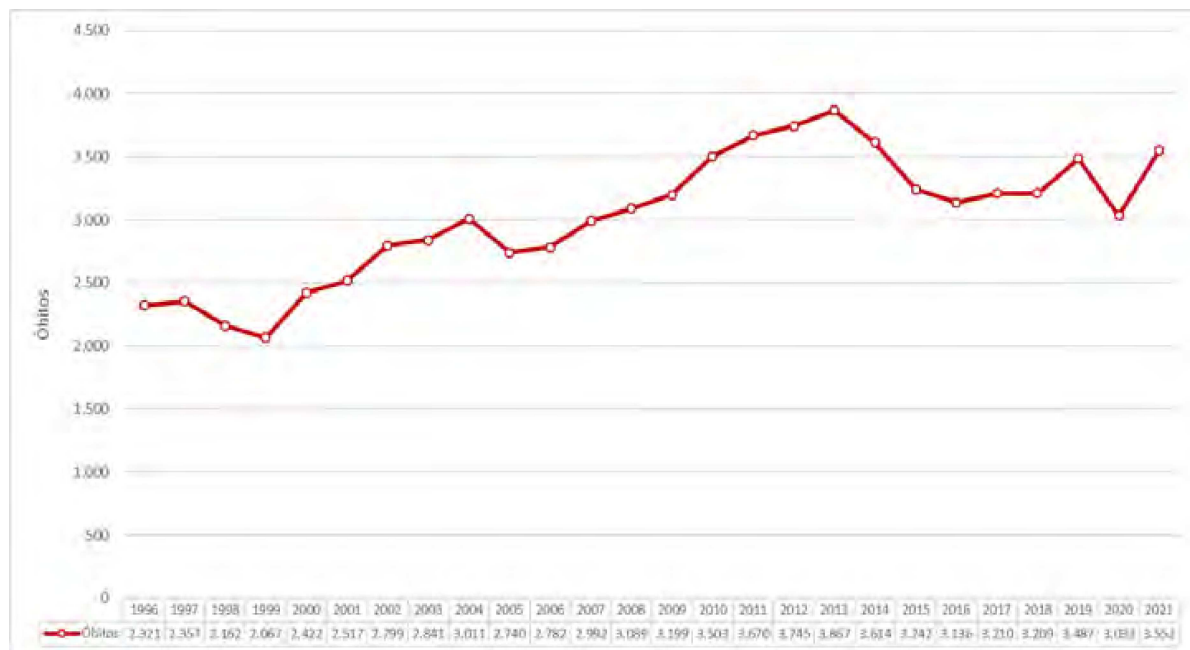
A Nota Informativa nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS (Brasil, [2019]) - e o Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2022) - trouxeram atualizações nas definições de casos, orientaram como notificar e realizar a investigação epidemiológica e esclareceram fluxos e os manejos das Dart. Ressalta-se que a notificação das Dart no Sinan tem caráter estritamente epidemiológico e de vigilância.

Já a relação do óbito com o trabalho fica expressa na Declaração de Óbito (DO) com o preenchimento do campo “57 - Acidente do Trabalho”, no “Bloco VIII - Causas Externas”, e objetiva detalhar as circunstâncias da morte não natural e, para esse campo específico, se o evento que desencadeou o óbito estava relacionado ao trabalho. Os óbitos por acidentes de trabalho podem ocorrer “imediatamente após o acidente ou posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hos-

pitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente de trabalho” (Brasil, 2022, p. 1052).

Os dados de óbito por acidentes de trabalho estão disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Entre 1996 e 2021, foram registrados um total de 78.567 óbitos por acidentes de trabalho no SIM com seu pico em 2013 com um total de 3.867 óbitos. A média de óbitos ao ano do período é de 3.022 óbitos. Entre 1996 e 2011 a média de óbitos era de 2.780 ao ano, a partir de 2012 até 2021 a média anual de óbitos foi 3.410, um aumento de 22,6% em relação a média de óbitos entre 1996 e 2011. A taxa de mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil em 2021 foi de 4,1 óbitos para 100 mil trabalhadores (Estimativas populacionais da PNAD Contínua anual).

Gráfico 2 – Total de óbitos por acidentes de trabalho no Brasil entre 1996 e 2021.



Fonte: SIM - Ministério da Saúde. <http://sim.saude.gov.br/default.asp>.

O processo de investigação da relação entre a doença, agravo ou óbito com o trabalho deve ser realizado, de preferência, por uma equipe multidisciplinar. A primeira etapa consiste no reconhecimento dos casos suspeitos, o que inclui a identificação do usuário(a) como trabalhador(a). Para identificar e reconhecer os fatores ou situações presentes no ambiente e processo de trabalho com potencial de

ocasionar doença ou agravamento, é necessário realizar a ISST do local de trabalho. Os dados da investigação deverão ser sumarizados em um relatório que inclua a descrição da Dart. O relatório final deverá ser compartilhado com os profissionais que prestaram assistência ao(a) trabalhador(a), bem como com os participantes da investigação clínica e epidemiológica e outros atores conforme a situação exigir.

5 OUTRAS AÇÕES REALIZADAS PELOS CEREST

Os Cerest, como componentes da Renast e das RAS, funcionam como importante polo irradiador para demais pontos da rede, como apoio matricial e retaguarda técnica, implementando programas e políticas e realizando ações de Visat. No setor saúde, é importante que essas articulações considerem o planejamento e a definição de prioridades e estratégias, tais como a participação dos trabalhadores, das organizações, dos profissionais e serviços de saúde e da população no planejamento e execução das ações, de acordo com a realidade local e a produção conjunta de metodologias de ação de Visat.

A PNSTT estabelece a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social por meio das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) e dos conselhos de saúde. Assim, é importante que os Cerest realizem essa articulação com esses e outros setores, garantindo a promoção da saúde dos(as) trabalhadores(as) de forma mais eficiente.

Além disso, as ações de educação e comunicação para a preparação e informação em saúde dos trabalhadores devem ser realizadas pelos Cerest, principalmente, sobre as situações e fatores de risco contidos nos ambientes e processos de trabalho, pensando na adoção de medidas de proteção coletivas e individuais adequadas para promover a saúde dos(as) trabalhadores(as).

Produzir e divulgar sistematicamente informações em saúde do trabalhador, incluindo a comunicação de risco são ações de competência dos Cerest. Internet; notas de imprensa; relatórios informati-

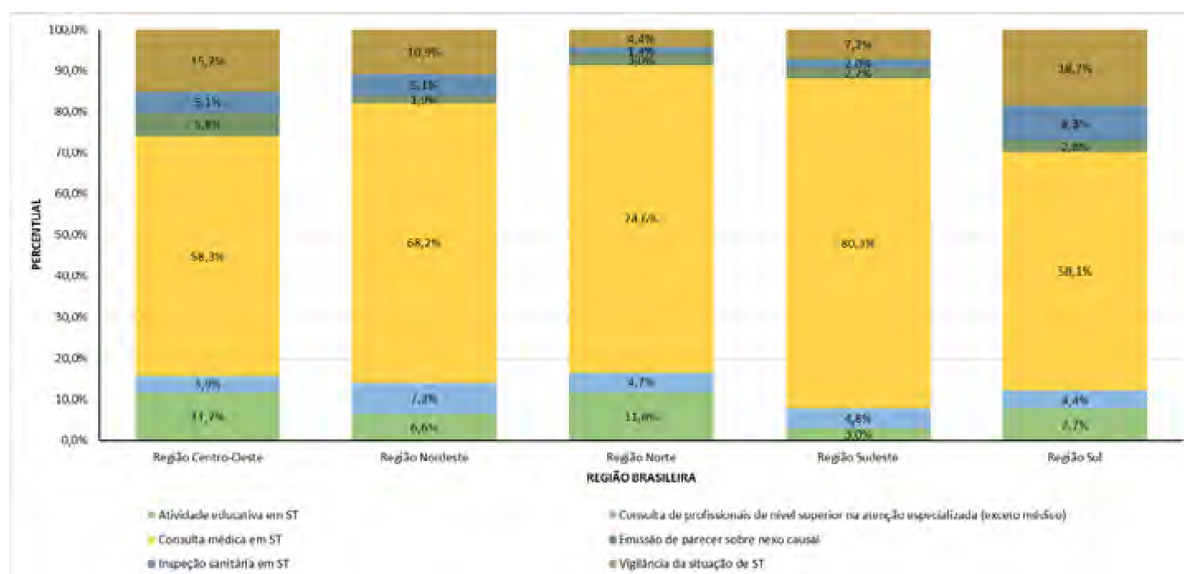
vos; reuniões profissionais; boletins; relatórios periódicos; publicações científicas; cartazes e apresentações orais para a comunidade são alguns exemplos de meios que podem ser utilizados para disseminar a informação em saúde.

As principais ações dos Cerest podem ser registradas no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), as quais são: vigilância da situação de saúde dos trabalhadores, consulta médica em saúde do trabalhador, inspeção sanitária em saúde do trabalhador, atividade educativa em saúde do trabalhador, emissão de parecer sobre nexo causal e consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico). Ressalta-se que esses procedimentos de saúde do trabalhador podem ser realizados por qualquer serviço de saúde, seja ele vinculado à assistência ou vigilância em saúde.

Entre 2012 e 2022, foram registrados 8.680.771 procedimentos em saúde do trabalhador no SIA-SUS. Destes, 70% (N= 6.100.499) corresponderam a consultas médicas em saúde do trabalhador e 30% de todos os registros corresponderam às ações de vigilância da situação de saúde dos trabalhadores (N= 820.710), de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada - exceto médico (N= 671.578), de atividades educativas em saúde do trabalhador (N= 508.571), de inspeção sanitária em saúde do trabalhador (N=295.223) e de emissão de parecer sobre nexo causal (N= 284.190).

Ao observar o percentual de registros de procedimentos de saúde do trabalhador por região, verifica-se que o procedimento de consulta médica foi o mais registrado em todas as regiões brasileiras, com destaque da região Sudeste que apresentou o maior percentual (80,3%) desse procedimento em relação às outras regiões. As atividades de vigilância da situação de saúde dos trabalhadores (18,7%) e de inspeção sanitária em saúde do trabalhador (8,3%) obtiveram um maior percentual de registros na região Sul quando comparadas às outras regiões. De igual modo, os procedimentos de emissão de parecer sobre nexo causal (5,8%) apresentaram maior percentual na região Centro-Oeste (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Percentuais de procedimentos de saúde do trabalhador segundo macrorregião brasileira. Brasil, 2012 a 2022 (N= 8.680.771)



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, Ministério da Saúde.

Dados sujeitos a alterações.

Nota: Os procedimentos de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) correspondem aos registros realizados apenas pelos Cerest.

6 APOIO INSTITUCIONAL (AI)

O Apoio Institucional é um dos eixos de aplicação do método Paideia, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a partir de 2003 no apoio aos estados e municípios, utilizando a concepção metodológica que busca favorecer a democratização da gestão nas organizações e o compartilhamento de conhecimentos, por meio da formação de coletivos organizados no cuidado em saúde. (Campos et al., 2014).

Campos considera que o Apoio Institucional é uma função, ou metodologia de trabalho gerencial, direcionada a coletivos organizados para a produção de saúde, que visa promover a análise e a gestão compartilhadas do trabalho, em contraposição às principais características dos modos tradicionais de administração (Campos, 2007).

Esses arranjos, denominados de apoio institucional e matricial pressupõem construir e garantir processos de trabalho organizados em redes de apoio articulando os pontos e instâncias da rede de atenção integral à saúde. Inclui o desenvolvimento de estratégias e processos

de formação e educação permanente para profissionais, técnicos e gestores de saúde nos âmbitos municipal, regional e estadual. É uma importante estratégia pedagógica, que tem como objetivo qualificar e organizar processos de trabalho de atenção e Vigilância da Saúde do Trabalhador, de modo a garantir a integralidade e a efetivação dessas ações no cotidiano do SUS (Bahia, 2021).

Nesta perspectiva, a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador, do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde (CGSAT/DSAST/SVSA/MS), vem contando com esta ferramenta desde 2021 no apoio aos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador.

O foco do Apoio Institucional de Vigilância em Saúde do Trabalhador é a cogestão, na mobilização dos sujeitos, com a finalidade de fomentar coletivos, facilitar diálogos, mediar conflitos e ampliar as possibilidades de reflexões sobre os processos de trabalho. Além disso, dispara ofertas, estratégias de relações intra e interinstitucionais e pactuações com diretrizes orçamentárias, políticas e organizacionais, com vistas ao resgate da autonomia e corresponsabilização das práticas de planejamento e execução das ações de Saúde do Trabalhador no território, tais como:

- Reconhecimento e legitimidade: confere reconhecimento oficial aos Cerest, validando a importância do seu trabalho e sua relevância para o planejamento e execução de ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores;
- Recursos financeiros e materiais: orientar o uso correto dos recursos financeiros, de forma exclusiva na execução das atividades do serviço. Os recursos são repassados mensalmente no bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde (Grupo MAC) e o seu uso deve constar nas programações e plano anual de trabalho dos centros;
- Articulação intra e intersetorial: os Cerests dependem de uma rede de parcerias e colaborações para desempenhar seu papel de forma efetiva, facilita a articulação com outras instituições, como secretarias de saúde, órgãos governamentais, universidades, sindicatos e outras entidades relaciona-

das à saúde e ao trabalho. Essa cooperação permite o compartilhamento de conhecimentos, competências e de boas práticas, fortalecendo a atuação dos Cerests;

- Desenvolvimento de políticas públicas: contribui para a participação dos Cerests no desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador. Por meio do diálogo e do engajamento com as instituições responsáveis pela formulação de políticas, os Cerest podem participar ativamente na criação de diretrizes e regulamentações que visem à proteção dos trabalhadores e à melhoria das condições dos ambientes e processos de trabalho e;
- Divulgação e sensibilização: auxilia na divulgação das atividades e serviços dos Cerest, promovendo a conscientização sobre a importância da saúde do trabalhador. Os atores envolvidos podem contribuir na divulgação de informações, campanhas educativas e eventos relacionados à saúde do trabalhador, ampliando o alcance e o impacto das ações.

A estratégia do Apoio Institucional aos Cerest, cumpriu o que determina a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 603, de 08 de dezembro de 2018, desempenhou um papel fundamental na efetividade das ações desenvolvidas pelos Cerests no país, no fortalecimento e garantia do uso adequado dos recursos, promoveu a integração com outras instituições, setores e atores, que juntos somaram forças na resolução de problemáticas e cenários, como também auxiliou o cumprimento dos critérios contidos no Indicador de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde 2020/2023 “Percentual de Cerest regionais e municipais com atuação satisfatória de acordo com a Nota Informativa Nº 7/2021-CGSAT/DSAST/SVS/MS (Brasil, 2021).

Pode-se concluir que a ferramenta de Apoio Institucional oportuniza trocas de experiências e conhecimento para o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador nos estados, por meio da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, de maneira que a tomada de decisão sobre as políticas de saúde voltadas aos trabalhadores e trabalhadoras proporcionem maiores possibilidades no momento de garantir ambientes e processos de trabalho sustentáveis e seguros.

Além disso, o Apoio Institucional também fortalece a construção de uma agenda para pactuações com recomendações baseadas em normativas, políticas, portarias e resoluções que buscam o fortalecimento da PNSTT e subsidiam a identificação dos nós críticos da gestão advindas da análise situacional de funcionamento da rede, buscando possíveis soluções conjuntas com os atores e gestores regionais, com agendas de compromissos a fim de fortalecer as ações descentralizadas de Saúde do Trabalhador nos territórios.

Com isso, constata-se que o Apoio Institucional é essencial para fortalecer os Cerest no processo de descentralização das ações de Saúde do Trabalhador nos territórios, deve ocorrer de forma integrada e articulada com as atividades de Apoio Matricial delineadas no suporte técnico e especializado aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde. Essa cooperação institucional é fundamental para enfrentar os desafios da saúde do trabalhador e fortalecer as ações que possam melhorar as condições de trabalho em todo o país.

7 ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Embora se reconheça como valorosa e diferencial a forma de articulação de conhecimentos e práticas da Saúde do Trabalhador, ainda são corriqueiros os desafios para a efetiva implementação e atuação no âmbito do SUS nos territórios. E são esses desafios que reforçam a necessidade da construção de agendas intersetoriais, com objetivo de institucionalizar nos mais diversos espaços de trabalho, produção de conhecimento, gestão, vigilância e assistência, a importância do olhar sob o trabalho e o trabalhador, bem como sobre a sua relação com as condições de saúde da população.

Em outras palavras, entende-se que a construção conjunta e compartilhada da Saúde do Trabalhador é o caminho para a garantia de ambientes e processos de trabalho saudáveis e seguros. O envolvimento de áreas como as da previdência social, meio ambiente, educação e trabalho são de fundamental importância, para a Saúde do Trabalhador, seja no compartilhamento de dados e outras informações, conhecimento, experiências e/ou recursos, pois estas cooperam

para uma construção de agendas que aliem o desenvolvimento sustentável com o trabalho seguro, capaz de se tornar promotor da saúde.

Há no âmbito da Saúde do Trabalhador diversas experiências exitosas de trabalhos realizados de maneira intersetorial, a exemplo das parcerias firmadas entre Cerest, Ministério Público do Trabalho e representações de trabalhadores para a condução de ações de vigilância de forma conjunta, para a estruturação dos serviços via doação, apoio institucional para o cumprimento de ações preventivas, investigações de doenças relacionadas ao trabalho e óbitos relacionados ao trabalho. Da mesma maneira, há também exemplos de parcerias intersetoriais em municípios, estados e regiões de saúde, o que permite por exemplo a existência de Cerest regionais.

O desafio para a disseminação dessa cultura de articulação intersetorial para a construção da Saúde do Trabalhador é evidenciado na não existência de espaços institucionalizados para o diálogo e colaboração entre os setores envolvidos. É importante ressaltar ainda que sem a colaboração e participação ativa da sociedade civil, das representações de trabalhadores, de governos (em todos os âmbitos da federação), da academia e mesmo de empregadores, em pouco ou em nada se pode avançar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: VISÃO DE FUTURO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A evolução da conformação do campo da Saúde do Trabalhador, ao longo dos tempos, requer avaliar os avanços na consolidação da proteção à saúde e constituição da rede de atenção à saúde às populações expostas aos riscos e agravos no SUS. Mas, também, o impacto das respostas na eliminação das fontes e causas das determinações de adoecimentos e acidentes nos ambientes de trabalho. Ao mesmo tempo, representa avaliar a real construção dos avanços da área, para elencar além dos fatores positivos, as lacunas, limitações geradas pelas formas de organização das instituições e o constante desafio metodológico de ação da Saúde do Trabalhador, diante dos sucessivos ciclos

do capitalismo e seus impactos aos direitos sociais e trabalhistas, neles inserido os direitos à saúde.

Diante disso, é possível verificar que ocorreu um processo de expansão da referência especializada, por meio da instalação da Rede Nacional de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, no Brasil, da década de 90 a 2023. Entretanto, a Renast é ainda insuficiente para dotar o país de capacidade instalada na rede SUS, para garantir a integralidade da atenção em saúde, nos díspares territórios de saúde, especialmente devido à baixa cobertura nas regiões, que atingem uma distribuição de 60% de serviços especializados. Para superar a verticalidade e os vazios assistenciais, a estratégia de matriciamento e ações de vigilância de base territorial são fundamentais para desenvolver ações horizontais, ampliar a sua capacidade de articulação entre as políticas de saúde e os serviços, bem como no modo de produzir saúde, a partir de equipes que se completam em suas atividades e saberes diferenciados, na construção de um modo de produzir saúde em processo compartilhado de vigilância em saúde.

Nesse aspecto, integrar ações referentes às questões centrais que implicam em maior fragmentação dos componentes da vigilância em saúde, quer seja em suas especificidades do processo sanitário, epidemiológico ou administrativo, são centrais para implementar modalidades de ações intersetoriais, articuladas por temas organizativos ou situações emergenciais, mediados por ações articuladas intersectorialmente, no sentido de potencializar as respostas às necessidades em saúde da população trabalhadora.

Os desafios do momento atual, de reconstrução do país e do SUS exigem para além de interromper a evolução do sucateamento do SUS, da precariedade das relações de trabalho no SUS, mas, também, de buscar estratégias para superar a fragmentação institucional entre as equipes e componentes da vigilância em saúde. Assim como, instituir movimento contínuo de ressignificar a centralidade da questão da saúde na produção do conhecimento para os trabalhadores da saúde, movimentos sindicais e sociais para modalidades de intervenção sobre

as fontes geradoras de exposição a riscos embasados na interação das categorias: trabalho – produção – ambiente – direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Milena. **Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador**: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24380/milena_almeida_ensp_mest_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 3 set. 2023.

AZEVEDO, Aline Lima de. **Panorama da vigilância em saúde do trabalhador**: abordagens, produção científica e estado das práticas. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24503/aline_azevedo_ensp_mest_2013.pdf?sequence=1. Acesso em: 3 set. 2023.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Portaria Estadual SESAB nº 30, de 15 de janeiro de 2021. Institui a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia. **Diário Oficial**, Salvador, ano 105, n. 23.070, 16 jan. 2021. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/PortariaEstadualSe-sab_30_PSTT-BA_15jan2021.pdf. Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2022b]. Disponí-

vel em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo V: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (Origem: Portaria MS/GM 204/2016), Capítulo I: da lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. [2017c]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-4-Sistemas.html#>. Acesso em 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo X: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Origem: Portaria MS/GM 1.679/2002), cap. 1, art. 1. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [2017b]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXO-X. Acesso em 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XV: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: Portaria MS/GM 1.823/2012), art. 4º. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [2017a]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XLIII: lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados pela estratégia de vigilância sentinela (origem: Portaria MS/GM 205/2016, anexo 1). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [2017d]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#ANEXO-XLIII. Acesso em 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 243, p. 136-141, 19 dez. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 3 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa nº 7/2021-CGSAT/DSASTE/SVS/MS**. Reorienta a realização das ações para atender aos critérios contidos no Indicador de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde – PNS 2020/2023 “Percentual de Cerest regionais e municipais com atuação satisfatória”. [Brasília, 8 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/29101142-sei-ms-0020971888-nota-informativa.pdf>. Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS**. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). [7 ago. 2019]. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/nota-informativa-ms-94-sinan/?wpdmdl=7479>. Acesso em: 4 set. 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399- 407, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydyjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, supl. 1, p. 983-995,

dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHp-g9tJfGD5yVkk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2023.

COHN, Amélia. Reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FDhv-gQSMB7g4TX3XQZbzPWL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2023.

DIAS Elizabeth 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**, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Sx46hbnFVtzBJgXygs5Fjjg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2023.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Graal. São Paulo, 2008.

LEAO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a10.pdf>. Acesso em: 4 set. 2023.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 33-45, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9JpqdH-CDfDXY5xYYLb8Rv8t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2023.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ C.; MACHADO Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-34. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qq8zp/pdf/minayo-9788575413654-02.pdf>. Acesso em: 3 set. 2023.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2023.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 3. ed. São Paulo: LTr, 2001.

SANTOS, Ana Paula. **Entre o imediatismo e o planejamento**: o desafio da construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5333/ve_Ana_Paula_ENSP_2001?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 3 set. 2023.

SATO, Leny. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. :489-495, out./dez. 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yLbRt6BHpmZ5gLTZwdKJFYM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2023.

SOUZA, Diego de Oliveira; LIRA, Paulo Victor Rodrigues de Azevedo. A saúde dos trabalhadores em O Capital. **SER Social**, Brasília, DF, v. 25, n. 51, jul./dez. 2022. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/37057/34149. Acesso em: 4 set. 2023.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma política de estado. 2007. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4515/ve_Luiz_Vasconcellos_ENSP_2007.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 3 set. 2023.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Saúde, trabalho e direito no SUS: por uma agenda de movimentos. In: BRAVO, Maria Inês Souza.; D'ACRI, Vanda; MARTINS, Janaina Bilate (org.). **Movimentos Sociais, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 117-133.

VIDAL, Mario Cesar Rodrigues. **Conceitos básicos para uma engenharia do trabalho, ou seja, uma ergonomia contemporânea**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995. Grupo de Engenharia do Trabalho e Ergonomia, Coordenação de Programas de Pós-Graduação em Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. [Desenvolvimento de material didático ou instrucional – Apostila].