

**FACULDADE LABORO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHO**

**ALDNEY NUNES ALENCAR**

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTOS GERAIS E REFLEXÕES**

**SÃO LUIS-MA  
2016**

**ALDNEY NUNES ALENCAR**

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTOS GERAIS E REFLEXÕES**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador da Faculdade Laboro - Unidade de São Luis-MA para obtenção do título de Especialista em Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Larissa Beachgaivizzo

**SÃO LUIS - MA**

**2016**

**ALDNEY NUNES ALENCAR**

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTOS GERAIS E REFLEXÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015, pela banca examinadora constituída pelos professores:

---

Prof.

---

Prof.

**Dedico este trabalho:**

**Aos meus pais, esposa, filho e amigos pela força,  
pelo amor, pelo carinho, pela paciência, muito  
obrigado!**

## **AGRADECIMENTOS**

A **Deus**, por sempre ter guiado meus passos.

Aos meus pais que sempre foram exemplos de caráter e humildade e me ensinaram a ser um humano melhor e buscar por meus objetivos de vida.

A toda a minha família! A eles devo toda a dedicação e amor, pilares da minha existência.

Agradeço a minha orientadora Prof. Dra. Larissa Beachgaivizzo por toda sua competência, disponibilidade e paciência, contribuindo de forma direta para a realização desse trabalho.

Enfim, a todos que de alguma forma estiveram próximos de forma direta ou indireta, o meu reconhecimento e agradecimento. Nunca serão esquecidos!

**“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.**

**José de Alencar.**

## RESUMO

O presente trabalho buscou analisar e discutir a segurança dos trabalhadores na área da saúde, buscando conhecer como ocorreu a evolução histórica do conceito de medicina do trabalho ao de saúde do trabalhador. Para tal foi feita uma extensa pesquisa bibliográfica entre as mais renomadas fontes e autores da literatura médica em especial a literatura sobre medicina do trabalho a fim de se discutir e confrontar os principais achados clínicos em relação ao tema. Artigos científicos sobre a temática foram acessados nas bases de dados Scielo, BDNF, LILACS, MEDLINE, publicados nos últimos 14 anos (2001 a 2014). Foram utilizados artigos nacionais e internacionais, disponíveis online em texto completo. Buscou-se conhecer profundamente os principais fatores a serem considerados na manutenção da saúde do trabalhador, tais como etiologia, diagnóstico e prevenção. A partir deste tema destaca-se, a relevância de estudos sobre esta temática focando na proteção social à saúde do trabalhador, como forma de enfrentar a histórica lacuna resultante da desigualdade social presente na relação entre capital e trabalho, expressas nas condições de vida e de adoecimento dos seus trabalhadores.

**Palavras chave:** Saúde do trabalhador, Proteção social, Prevenção.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze and discuss the safety of workers in the health sector, seeking to know how was the historical evolution of the concept of occupational medicine to worker health. For this was made an extensive literature among the most renowned sources and authors of medical literature and especially literature on occupational medicine in order to discuss and confront the main clinical findings in this regard. Scientific papers on the subject have been accessed in Scielo databases, BDNF, LILACS, and MEDLINE, published in the last 14 years (2001-2014). National and international articles available online in full text were used. He attempted to deeply know the main factors to consider in maintaining workers' health, such as etiology, diagnosis and prevention. From this theme stands out, the relevance of studies on this theme focusing on social protection to workers' health, in order to face the historical gap resulting from social inequality present in the relationship between capital and labor, expressed in living conditions and illness of its employees.

**Keywords:** Occupational health, social protection, prevention.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Política de saúde no brasil: breve resgate histórico. ....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios .....</b>	<b>17</b>
<b>4.4 Relação saúde e doença no trabalho .....</b>	<b>21</b>
<b>4.5 Educação em saúde nos locais de trabalho .....</b>	<b>24</b>
<b>4.6 A legislação e a promoção à saúde do trabalhador .....</b>	<b>26</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente a Saúde do Trabalhador é compreendida a partir da relação estabelecida pelo processo de saúde-doença resultante das condições de trabalho e vida dos trabalhadores. O cenário médico em que se expressam a saúde e o trabalho vem sofrendo muitas transformações, e as determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador, na contemporaneidade, estão fundamentalmente relacionadas às novas modalidades de trabalho e aos processos mais dinâmicos de produção implementados pelas inovações tecnológicas e atuais formas de organização do trabalho.

As transformações que vêm atualmente alterando a economia, a política e a cultura na sociedade mundial, por meio da reestruturação produtiva e do incremento da globalização, entre outros motivos, implicam em mudanças nas formas de gestão do trabalho que engendram a precariedade e a fragilidade das questões que envolvem a relação entre saúde e trabalho, assim como as condições de vida dos trabalhadores (BRASIL, 2008).

Apesar de o trabalho ter surgido juntamente com a humanidade, a relação trabalho-saúde foi pouco explorada por muitos anos e no contexto histórico veio se modificando ficando cada vez mais claro a importância da atenção médica ao trabalhador, evidenciando que um trabalhador saudável é um ganho para a empresa e para a sociedade.

Alguns estudiosos trataram desta relação anteriormente, mas só em 1700 na Itália foi publicado o livro, *De Morbis artificum triabata*, intitulado: “As doenças dos trabalhadores”, de Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho. Sua obra teve repercussão mundial e é objeto de estudo até os dias atuais (CARVALHO, 2014).

No entanto a medicina do trabalho, enquanto especialidade médica, surgiu na Inglaterra, somente na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. Surgiu neste momento com o intuito de amenizar os problemas advindos do consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigindo assim uma intervenção, sob

pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES et al., 1991).

Assim é de grande importância que no ambiente de trabalho exista o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, pelo qual a empresa é obrigada por Lei a avaliar periodicamente os seus trabalhadores através de exames clínicos que se classificam em: exames admissionais, demissionais, de retorno ao trabalho, periódicos, complementares, e de mudança de cargo, considerando um direito e forma de prevenção de riscos e danos à saúde do trabalhador (MARRAS, 2000).

Diante desta evolução o conceito de saúde e doença do trabalhador também evoluiu e percebeu-se que quando o trabalhador adocece os transtornos são graves tanto para ele quanto para as empresas e para a sociedade em geral, baseado nesta reflexão a palavra-chave é “prevenção” evitando assim o adoecimento, para tal o profissional da saúde em especial o médico do trabalho deve orientar e está presente nestas empresas seja para realização de exames clínicos, diagnósticos, prevenção ou cura.

Assim o objetivo deste trabalho foi demonstrar a importância do ambiente de trabalho ser um local seguro, proporcionado pelas empresas ou mesmo órgãos públicos que ao longo da história reconheceram a importância da medicina do trabalho como uma ferramenta no processo de prevenção do adoecimento do trabalhador. Para tal buscou-se fazer um relato dos principais fatos que levaram ao reconhecimento desta especialidade como instrumento de modificação da realidade trabalhadora.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Demonstrar a importância do ambiente de trabalho ser um local seguro, proporcionado pelas empresas ou mesmo órgãos públicos que ao longo da história reconheceram a importância da medicina do trabalho como uma ferramenta no processo de prevenção do adoecimento do trabalhador.

### **2.2 Específicos**

Fazer um breve relato sobre a evolução da medicina do trabalho como especialidade médica;

Verificar os principais desafios a serem enfrentados por esta especialidade historicamente.

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo baseia-se em um estudo bibliográfico, documental, exploratório de abordagem qualitativa. Neste trabalho foi feita uma pesquisa bibliográfica entre as fontes e autores da literatura médica em especial a literatura sobre medicina do trabalho a fim de se discutir e confrontar os principais achados clínicos em relação ao tema aqui abordado com os vários autores estudados.

Artigos científicos sobre a temática foram acessados nas bases de dados Scielo, BDNF, LILACS, MEDLINE, Biblioteca digital de teses e dissertações publicados nos últimos 14 anos (2001 a 2014) em fontes nacionais e internacionais com os seguintes termos indexadores: Saúde do trabalhador, Proteção social, Prevenção.

Através desta revisão de literatura buscou-se conhecer profundamente os principais fatores a serem considerados na manutenção da saúde do trabalhador, proporcionado pelas empresas ou mesmo órgãos públicos. Buscou-se também conhecer a evolução histórica da medicina do trabalho até a atualidade como especialidade médica de suma importância para a sociedade.

## 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador

O estudo e a preocupação com os ambientes de trabalho e sua influência no processo saúde-doença dos trabalhadores não é recente, existem registros sobre a preocupação com as condições de trabalho e seus riscos no Papyrus Saller II, do Egito e no Código de Hamurai da Babilônia, mas, com a evolução histórica das sociedades, as formas de apreender e de se lidar com a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores foram se modificando, e do conceito de Medicina do Trabalho, ampliou-se para o de Saúde Ocupacional, até chegarmos aos dias de hoje, a concepção de Saúde do Trabalhador (VARGAS, 1981).

Desde a Antiguidade greco-romana, o trabalho já era visto como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens. Trabalhos de Hipócrates, Plínio, Galeno e outros chamavam a atenção para a importância do ambiente, da sazonalidade, do tipo de trabalho e da posição social como fatores determinantes na produção de doenças. Com a realidade social de tais épocas, em que nações escravizavam outras nações subjugadas em guerra, esses relatos dificilmente teriam o cunho de denúncia social. *De Re Metallica*, obra de Georg Bauer (Georgius Agrícola) de 1556, faz referência a doenças pulmonares em mineiros, com descrição interessante de sintomas que hoje atribuímos à silicose, e que Agrícola denominou asma dos mineiros. Já Paracelso, em 1567, descreve também doenças de mineiros da região da Boêmia e a intoxicação pelo mercúrio (FRIAS JUNIOR, 1999).

E em 1700, surge a extraordinária obra de Bernardino Ramazzini, médico que atuava na região de Modena na Itália, e, com uma visão clínica impressionante para aquela época onde não existiam recursos propedêuticos maiores, descreve doenças que ocorriam em mais de cinquenta profissões. Em seu livro *De Morbis Artificum Diatriba* pode-se encontrar, além da agudeza das observações, uma sutil crítica de costumes. Em função da importância de seu trabalho, recebeu da posteridade o título de pai da Medicina do Trabalho. Ramazzini, antecipando alguns conceitos

básicos da Medicina Social, enfatizou a importância do estudo das relações entre o estado de saúde de uma determinada população e suas condições de vida, que estavam, segundo ele, na dependência da situação social (CANDEIAS, 1997).

A medicina do trabalho constitui fundamentalmente uma atividade médica, e o "locus" de sua prática dá-se tipicamente nos locais de trabalho. Faz parte de sua razão de ser a tarefa de cuidar da "adaptação física e mental dos trabalhadores", supostamente contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões. A "adequação do trabalho ao trabalhador", limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, através de atividades educativas (MENDES et al., 1991).

Entende-se por medicina do trabalho a área de conhecimento e aplicação técnica que dá conta do entendimento dos múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores e seus familiares, independente das fontes de onde provenham, das consequências da ação desses fatores sobre tal população (doenças) e das variadas maneiras de atuar sobre estas condições. Atribui-se a ela a tarefa de "contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores", conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica (VIEIRA, 2000).

A Medicina do Trabalho fundamenta-se na concepção de saúde da teoria uni-causal, priorizando a atuação de especialistas, principalmente o profissional médico, em empresas privadas voltadas para exames admissionais, periódicos e demissionais dos trabalhadores (ALVES, 2005).

Nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade (DIAS, 1991).

Essas transformações influenciam os serviços médicos que assistem aos trabalhadores que passam a se preocupar, além da prevenção dos riscos à saúde do trabalhador do ambiente geral, com a prevenção dos riscos decorrentes da

atividade profissional, como também do transporte de produtos, uso, venda e destino de produtos perigosos surgindo assim a Saúde Ocupacional (LACAZ, 2007).

A saúde no trabalho faz parte de uma história ao mesmo tempo individual e coletiva. A compreensão das novas formas de organização e gestão do trabalho engloba as preocupações relacionadas à Saúde do Trabalhador, inserindo-se, especialmente, naquele conjunto de estratégias que visam prevenir determinados agravos à saúde, como, por exemplo, os relacionados à saúde mental e psicossomáticos, as lesões por esforços repetitivos e os acidentes do trabalho (THÉBAUD-MONY, 2004).

Na medida em que se compreende que a saúde não é uma manifestação individual, mas um processo social é necessário ir além da identificação dos riscos do trabalho para a saúde dos trabalhadores. Este processo social se inscreve no corpo, nas marcas do trabalho, nas condições de vida das pessoas. Constitui a história individual e coletiva, exatamente pela influência das diversas lógicas nas quais a saúde se inscreve (SOUZA, 2011).

#### **4.2 Política de saúde no brasil: breve resgate histórico**

Ainda nos dias de hoje é comum a ideia de saúde associada à ausência de doença, numa concepção curativa, focada no indivíduo e na relação médico-paciente. Isso porque durante muito tempo a Política de Saúde esteve estruturada nessa explicação. A lógica curativa era presente tanto nas ações de saúde pública como na assistência médico previdenciária prestadas pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), criadas em 1923 e depois pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) criados em 1933. Como resultado, o sistema de saúde nessa época é marcado por ações pontuais, fragmentadas e imediatistas. (CAVALCANTI, 2006).

O campo da saúde é marcado por avanços e retrocessos, por disputas de projetos societários antagônicos e que teve como marco a Constituição Federal de 1988 que determinou a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, é necessário entender sua evolução e o contexto histórico que contribuiu para a

definição de saúde estabelecida pela Carta Magna e pelo SUS (SALVADOR et al., 2012).

No Brasil, a intervenção Estatal só ocorre no século XX, mais especificamente a partir da década de 1920, no Império e na República Velha a assistência médica era vista como favor do Estado, marcada por relações patrimonialistas de poder sem qualquer instrumento legal que garantisse sua universalidade. A emergência da saúde enquanto questão social no século XX está ligada a expansão do trabalho assalariado e as reivindicações do movimento operário, surgem então uma série de medidas destinadas a saúde do trabalhador. Benefícios contributivos vinculados a condição de empregado (ALVES, 2005).

Na década de 1930, início da Era Vargas, o processo de industrialização brasileira se expandiu e com isso as reivindicações dos trabalhadores aumentaram, verifica-se o surgimento de políticas sociais nacionais, como forma de enfrentamento e intervenção estatal as questões sociais existentes diante da aceleração da urbanização acompanhada do aumento da classe trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e moradia (MORELLO, 2005).

Conforme explica Bravo (2007), nesse período a política de saúde foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública, predominante até os anos 1960, centralizado na criação mínima de condições sanitárias para população urbana e, restritamente para a do campo; e o da medicina previdenciária que passa a predominar a partir de 1966.

Apesar das melhorias dos investimentos do Estado em termos de saúde pública, nos anos 1950 as corporações médicas ligadas aos interesses capitalistas privados começam a ganhar força, o que será intensificado com o regime militar a partir de 1964. A saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu acompanhada da articulação do Estado com interesses do capital internacional. O governo privilegiava o setor privado e a medicalização da saúde. Foi um período marcado por reivindicações e pressões populares e, além da repressão, as classes dominantes usaram a política social para tentar conter essas manifestações. O cenário era de uma política de saúde excludente e ineficaz ao mesmo tempo em que agravavam as condições de saúde da população (MARRA, 2000).

Diante disso, no final dos anos 1970 as reivindicações cresceram em diversos setores da sociedade, o regime ditatorial começa a enfrentar uma crise, cedendo lugar a projetos de redemocratização. Surgem propostas de reformulação da saúde, com políticas que a compreendessem por meio de seus determinantes sociais. Esse debate envolveu novos sujeitos da sociedade civil, assumindo uma dimensão política de lutas vinculadas a democracia. Estiveram envolvidos profissionais da saúde, pesquisadores, partidos políticos e representantes de organizações e instituições. Estes criaram o Movimento da Reforma Sanitária responsável por materializar o conceito ampliado de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. (CAVALCANTI et al., 2006).

A saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida da população envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos. Essa noção reconhece que as formas de vida em sociedade são decorrentes das relações de produção e da inserção das pessoas nesse processo. A saúde assume sua dimensão dialética ao ser apreendida como indispensável ao desenvolvimento social e ao mesmo tempo fruto dele (DIAS 1994).

#### **4.3 Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios**

Discorrer sobre a Saúde dos Trabalhadores é, em primeiro lugar, abordar um tema que ainda não atingiu a adolescência, mas que precisa ter discutidos os caminhos que levem a uma maturidade saudável e duradoura. A luta pela melhoria das condições, ambientes e a defesa da saúde no trabalho surge e cresce juntamente com a trajetória do movimento da sociedade civil pela re-democratização do país consubstanciando-se, num primeiro momento, no avanço das cláusulas dos Acordos Coletivos de trabalho, referentes à saúde e trabalho e nas assessorias técnicas em medicina e segurança do trabalho que vicejaram nos anos 80, na década seguinte observa-se uma clara mudança de rumos (LACAZ, 1997).

É nesse cenário, como resultado do incremento da produção, e conseqüentemente maior exploração da classe trabalhadora, que surgiu a necessidade da criação de serviços médicos que assistissem aos trabalhadores pois

a espoliação da vida operária colocava em perigo a reprodução da força de trabalho. Com esses serviços surge a Medicina do Trabalho cuja preocupação com a saúde e doença dos trabalhadores era restrita ao interior das fábricas (LAURELL et al., 1989).

A Saúde do Trabalhador (ST) é expressa na Constituição Federal de 1988 como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS). A indicação se materializa por meio de políticas estruturantes como a da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST). Essa sustenta-se nos princípios e diretrizes do SUS de modo a fortalece-los na execução dos planos de ações em saúde em nível federal, estadual e municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Lei 8.080/90 a define como saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Além de definir princípios e objetivos do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade e a hierarquização dos serviços, a Lei 8.080 se constituiu como a referência do SUS e veio, na verdade, não como uma iniciativa governamental, mas como o reflexo das lutas por uma reforma sanitária, contempla decisivamente a questão saúde do trabalhador em seu artigo 6º conceituando-a como:

"...um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho" (BRASIL, 1990).

E enumera as ações:

- I. Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

- II. Participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III. Participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- IV. Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V. Informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente do trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI. Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII. Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração de entidades sindicais;
- VIII. Garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica (MENDES et al., 1991).

E somente em 8 de junho de 1.978, o Ministério do Trabalho aprovou a Portaria 3.214 que criou 28 Normas Regulamentadoras (NR's) que orientam as obrigações das empresas em relação ao trabalho. A legislação também relaciona

diversos programas relativos à prevenção de acidentes, através das NR's. Dentre os quais pode-se destacar o **PPRA** (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), **PCMSO** (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), **PPP** (Perfil Profissiográfico Previdenciário), **PCMAT** (Programa de Controle do Meio Ambiente de Trabalho), **PPR** (Programas de Proteção Respiratória), **PCA** (Programas de Conservação Auditiva), **PCP** (Programas de Prevenção e Controle de Perdas)(CARVALHO, 2001).

Em 2002 com o propósito de implementar a ST em todos os níveis de atenção do SUS foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), tendo como eixo articulador os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs). Também houve a ampliação da RENAST pelas Portarias nº 2.437, de 2005, e nº 2.728, de 2009, que avançou ao enfatizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal estratégia de consolidação das ações de ST no SUS. O Pacto pela Saúde firmado em 2006 reforça a centralidade da APS e coloca a ST entre as áreas estratégicas na orientação do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde. Assim, a reorganização do SUS propõe ampliação e fortalecimento da RENAST e sua inserção efetiva na atenção primária e, a partir desta, que se estenda à rede de serviços: urgência/emergência; rede ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, incluindo ações de vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental (POÇO et al, 2010).

Entretanto, há um desinteresse público em relação aos investimentos na área de saúde do trabalhador. Desinteresse justificado pela aplicação minimizada de recursos financeiros e humanos que possam contribuir com a área em questão. Esta contribuição depende do investimento em planejamento de ações com foco na atenção integral a saúde e conseqüentemente na capacidade da rede em saúde do trabalhador desconsiderar as características da sociedade a ser atingida; e também as especificidades das regiões, dos serviços de saúde, dos gestores e das políticas públicas que estão envolvidas (ASSIS et al., 2012).

#### 4.4 Relação saúde e doença no trabalho

A problemática que envolve a saúde dos trabalhadores não é recente, remonta às mudanças advindas da própria Revolução Industrial. Na medida em que as condições de trabalho foram se agravando e as condições de miséria minando a saúde dos operários, cresceram as manifestações, movimentos e até confronto na busca de melhores condições laborais. Ainda no século XIX, com a instalação de um serviço médico numa fábrica inglesa, o modelo da Medicina do Trabalho começa a ser gestado como uma resposta ao aumento das ocorrências de acidentes e adoecimento dos trabalhadores, que gerava um alto índice de afastamento do trabalho. A presença do médico na própria fábrica evitava que o empregado doente se afastasse do trabalho, sendo tratado ali mesmo, logo retornando às suas atividades laborais (SILVA, 2008).

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 342),

A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como expressão do seguro social, que diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

A implantação dos serviços médicos foi expandida para outros países, inclusive para os periféricos, devido à transnacionalização da economia e posteriormente reforçada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), por meio das recomendações 97 e 112, que caracterizando a medicina do trabalho, indicavam as ações para a minimização dos impactos dos processos e condições de trabalho, aos quais eram submetidos os trabalhadores com o advento da industrialização (COSTA, 2014).

No período pós Segunda Guerra Mundial, o modelo de Saúde Ocupacional começa a ser desenvolvido. Em decorrência do aumento expressivo dos acidentes e

doenças do trabalho, observou-se que a exclusiva intervenção médica era insuficiente para dar conta da complexidade da problemática. Com a participação de outros profissionais da saúde e da segurança do trabalho, passou-se a empreender a busca das causas dos adoecimentos e dos acidentes no ambiente de trabalho. As convenções e recomendações da Organização mundial de Saúde e da Organização Internacional do Trabalho, além da criação da Organização das Nações Unidas, colaboram para essa mudança de paradigma (SILVA, 2008).

Para Lacaz (1997) a expressão Saúde do Trabalhador com a conotação de campo de conhecimentos, vinculado a uma área ou programa de saúde, é relativamente recente. Pode-se demarcar seu surgimento no final dos anos 1970, quando é recepcionada pelo discurso da saúde coletiva, especialmente após o início dos debates da reforma sanitária brasileira, influenciada pelo movimento da reforma sanitária italiana, de forte inspiração operária, e moldada nos pilares da medicina social latino-americana. Tal modelo faz frente aos paradigmas dos tradicionais campos de atuação da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, e inova, segundo Fadel de Vasconcelos (2007, p. 316) pela proposta de;

[...] ampliação do objeto de intervenção sobre a produção *stricto sensu* (processos e ambientes de trabalho), incorporando outras variáveis sociais, econômicas etc.; a sujeição dos determinantes à capacidade de intervenção da saúde pública; a incorporação do trabalhador, enquanto sujeito e protagonista, ao desenvolvimento do campo de produção de conhecimentos e de intervenção; e, entre outras diferenças conceituais, a superação do limite contratual do trabalho como enfoque normativo de garantia da saúde no exercício cotidiano de trabalhar.

Para Costa (2014) no Brasil a incorporação da temática da saúde do trabalhador nos textos legais ocorre no bojo da redemocratização brasileira e nas, mesmo que ambíguas, “conquistas” da sociedade no que se refere à ampliação do conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. O Art. 200, inciso II, da Constituição Federal brasileira de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (LOS), em seu art. 6º, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência da atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo as

ações de promoção, vigilância e assistência à saúde. A LOS define a Saúde do Trabalhador como,

[...] um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]” (BRASIL, Art. 6º, § 3º, 1990).

Para Morello (2005) o pressuposto jurídico-institucional de que a atenção integral à saúde do trabalhador, com suas especificidades, deve ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante com os princípios do SUS, da equidade, integralidade e universalidade, no ano de 2002 foi emitida a Portaria nº 1.679/GM/2002, a qual dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), entendida como estratégia prioritária para a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no território nacional. Para implementação da RENAST são consideradas as seguintes diretrizes, conforme texto legal,

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009, Art. 1º, § 3º).

Deste conjunto de estratégias, destacamos os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Rede e o Município Sentinela, que representam uma esfera de materialização espacial da RENAST, com missão e potencial desenvolvedor da difusão da cultura de saúde do trabalhador no âmbito do SUS. A Rede Sentinela, de acordo com a Portaria nº 2.728/2009 (BRASIL, 2009), é

constituída pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela e serviços de atenção básica e de média complexidade também credenciados como sentinelas. Ou seja, as unidades de saúde definidas como Unidades Sentinela são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e notificação de agravos que devem resultar em ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador (COSTA, 2014).

#### **4.5 Educação em saúde nos locais de trabalho**

A promoção da saúde ocupa cada vez mais espaço nas empresas, devido ao interesse crescente que estas possuem de melhorar a qualidade de vida de seus funcionários e, conseqüentemente, diminuir custos com assistência, constituindo um desafio não apenas do Estado, mas da sociedade como um todo, o que exige um envolvimento de empresários e trabalhadores. Empresas que não possuem programas de promoção e prevenção em saúde estão expostas a maiores gastos com acidentes de trabalho, problemas com a saúde de seus empregados e incapacitações, aumento do absenteísmo e de custos com reposição de pessoal, além de menor eficiência no trabalho, causada pela alta rotatividade (MORELLO, 2005).

A educação em saúde vem sendo adotada por meio de um conjunto de saberes e práticas, voltados à prevenção de doenças e à promoção da saúde, onde, através dos conhecimentos produzidos pela ciência da saúde e intermediados por profissionais da área, chega ao cotidiano da população, para que estes adotem novos hábitos e condutas em suas vidas (ALVES, 2005).

A educação em saúde é entendida como um dos instrumentos de promoção à saúde, uma atividade-meio que pode ser desenvolvida no local de trabalho,

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas

que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões. Por constituir apenas uma parte de um conjunto de atividades, é óbvio tratar-se de uma atividade-meio (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Segundo Vieira (2000) um trabalhador com sua saúde comprometida impacta negativamente em diversos segmentos da sociedade, com isso surge a necessidade de um fortalecimento da gestão, ganhando destaque as medidas preventivas. Sabe-se que as empresas são constituídas de pessoas, e dependem delas para atingir seus objetivos, razão pela qual é fundamental proteger a integridade física e mental dos trabalhadores. O ambiente de trabalho tem sido causa de mortes, doenças e incapacidades para um número incalculável de trabalhadores ao longo da história da humanidade, embora grandes progressos tenham sido obtidos em segurança ocupacional e saúde, as perdas em termos de vidas, danos, doença e dinheiro são ainda elevadas.

Sobre a saúde trabalhador Vieira (2000, p. 259) pensa:

[...] um estado, uma condição; traduz-se, basicamente, em confiança. A saúde do trabalhador para a medicina do trabalho pode ser resumida em uma frase: É a prevenção de perdas. Estas perdas às quais devemos nos antecipar referem-se a todo tipo de ação técnica ou humana, que possam resultar numa diminuição das funções laborais (produtivas, humanas, etc.). Para manter a saúde do trabalhador deve-se utilizar dos vários meios preventivos (recursos), e a preservação da saúde é o fim a que se deseja chegar.

Para se chegar a atingir os objetivos quanto à promoção e prevenção da saúde do trabalhador, deve-se considerar a legislação, normas e leis trabalhistas e as normativas.

No Brasil somente a partir de 1.940 surgiram as primeiras inquietações com os problemas ocupacionais. Nesse ano foi fundada a Associação de Prevenção de Acidentes de Trabalho. E em 1.943 entrava em vigor a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT (CARVALHO, 2001, p. 20-21).

Com o passar do tempo, a educação em saúde abandonou seu modelo tecnicista, adotando características de comunicação horizontal com a população alvo das intervenções, onde se privilegia o diálogo e os diferentes saberes (WENDHAUSEN, 2003).

Atualmente, existem duas visões da educação em saúde, onde a primeira diz respeito ao que se denomina 'velha' Saúde Pública, referindo-se às práticas educativas direcionadas à prevenção de doenças; enquanto a segunda se refere a nova educação em saúde, onde se almeja o alcance da superação do modelo biomédico por meio de amplos objetivos que apontem para uma vida saudável (SOUZA et al, 2007).

#### **4.6 A legislação e a promoção à saúde do trabalhador**

O Ministério da Saúde conceitua Saúde do Trabalhador como um campo do saber que tem por objetivo compreender as relações entre trabalho e saúde-doença, considerando a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade, em determinado momento histórico. Tem como princípio norteador a forma de inserção dos indivíduos nos espaços de trabalho contribuindo decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (BRASIL, 2008).

Somente a partir da década de 1980 é que a saúde do trabalhador passou a ganhar destaque e relevância na Saúde Pública, rompendo com as formas até então existentes de tratar as doenças e os acidentes no trabalho, seguidas principalmente pela Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, passando a entender que o objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho (MENDES et al., 1991).

De acordo com Frias Júnior (1999, p. 44):

Os Programas de Saúde do Trabalhador, que começaram a ser criados em vários Estados brasileiros, a partir do início da década de 80, tiveram seu verdadeiro momento de criação ideológica com a VIII Conferência Nacional

de Saúde, em 1986, evento que marcou os princípios filosóficos do SUS. Tanto é, que foi convocada para aquele mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que, ao congregar de modo inédito, sindicalistas, técnicos da área de saúde e de outras afins, universidades e comunidade em geral, lançou com êxito, as bases para um novo caminhar.

Assim, a emergência da saúde do trabalhador no Brasil, está atrelada a importantes mudanças ocorridas na década de 1980, tendo seu ápice na Constituição brasileira de 1988, que se configurou como um avanço em termos de legislação para a área de saúde do trabalhador (SOUZA, 2011).

Posteriormente, através da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, a saúde do trabalhador, em seu artigo VI, foi conceituada como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Ainda na década de 1990, foi criada a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, que propunha uma atuação conjunta dos órgãos públicos em favor da saúde do trabalhador, até 1993, havia 161 Programas de Saúde do Trabalhador, organizados ou em fase de organização no Brasil. Em dezembro de 1994, o Ministério de Saúde, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST), a fim de promover ações de saúde do trabalhador em Estados e Municípios e encaminhar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (DIAS, 1994).

Neste mesmo período, várias Normas Regulamentadoras foram modificadas, sendo as mais significativas a nova Norma Regulamentadora 7, que instituiu a obrigatoriedade das empresas elaborarem um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); a Norma Regulamentadora 9, que criou o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); a Norma Regulamentadora 17, que aborda de uma maneira mais coerente a questão da ergonomia nos postos de trabalhos; e a Norma Regulamentadora 18, que instituiu o Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho (PCMAT), direcionado para construção civil (ALVES, 2005).

Tais modificações, segundo Frias Júnior (1999, p. 48):

Representaram um grande avanço no campo prevencionista. Hoje as normas regulamentadoras são reformuladas a partir de comissões tripartites, envolvendo trabalhadores, técnicos e empresários. Doenças ocupacionais começaram a ser melhor identificadas (doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho e perda auditiva induzida pelo ruído, por exemplo) e ações indenizatórias se acumulam nos tribunais. Já se discute amplamente saúde do trabalhador nos Contratos Coletivos de Trabalho. Seguradoras se interessam pela privatização do seguro de acidentes do trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) preconiza que os profissionais de segurança e saúde devem receber treinamento especial, a fim de conhecer suficientemente o conteúdo de prevenção de doenças ocupacionais, para que possam conduzir o programa de informação e educação dos trabalhadores; serem capazes de avaliar o ambiente de trabalho e identificar métodos ou condições de trabalho que possam ser modificados ou melhorados, reduzindo a vulnerabilidade dos trabalhadores; verificarem se o empregador oferece e mantém um ambiente de trabalho saudável e seguro para os trabalhadores e encaminharem trabalhadores para o serviço médico, interno ou fora do local de trabalho, que possam atender efetivamente às suas necessidades (OIT, 2004).

## 5 DISCUSSÃO

O primeiro serviço de medicina do trabalho data de 1830 quando Robert Dernham, proprietário de uma fábrica têxtil, preocupado com o fato de que seus operários não dispunham de nenhum cuidado médico a não ser aquele propiciado por instituições filantrópicas, procurou o Dr. Robert Baker, seu médico, pedindo que indicasse qual a maneira pela qual ele, como empresário, poderia resolver tal situação. Sendo que o trabalho do Dr. Baker tinha como objetivo a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho, assim a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico (NUNES, 1985).

Num contexto econômico e político como o da guerra e o do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas - abruptamente por acidentes do trabalho, ou mais insidiosamente por doenças do trabalho começou a ser também sentido tanto pelos empregadores (ávidos de mão-de-obra produtiva), quanto pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho, o que mudou drasticamente o modo como a sociedade capitalista via o trabalhador o fez com se buscassem medidas na tentativa de alterar esta realidade (MENDES et al., 1991).

A resposta, racional, "científica" e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Assim surge a "Saúde Ocupacional", sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene "industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países "industrializados" com o objetivo principal de prevenção (LAURELL et al., 1989; MARRAS, 2000; POÇO et al., 2010).

Assim as modificações dos processos de trabalho em nível "macro" (terceirização da economia), e "micro" (automação e informatização), acrescentados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, provocam um

deslocamento do perfil de morbidade causada pelo trabalho: as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer, e a preocupação desloca-se para as outras "doenças relacionadas com o trabalho". Passam a ser valorizadas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras. Desloca-se, assim, a vocação da saúde ocupacional, passando está a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida" (ALVES, 2005; CANDEIAS, 1997; EVANGELISTA et al., 2011).

A população trabalhadora apresenta uma prevalência para uma morbimortalidade cada vez mais freqüente de agravos caracterizados por um mal estar difuso e por doenças que ocorrem na população geral, mas que entre os trabalhadores passam a ocorrer em faixa etária mais precoce quando comparada com a população geral (LACAZ, 2007; CARVALHO, 2004; VARGAS, 1981).

Neste toma corpo à compreensão de que o processo saúde-doença é determinado socialmente, ou seja de que formas de trabalhar e de viver geram potenciais de benefícios e de riscos que se expressam no coletivo e nos indivíduos que o compõem através da "saúde e sobrevivência e do adoecimento e morte" (FACCHINI, 1994).

A Saúde do Trabalhador pressupõe uma interface entre diferentes alternativas de intervenção que contemplem as várias formas de determinação do processo de saúde-doença dos trabalhadores (MENDES et al., 1991). Nessa concepção, é necessário pensar a Saúde do Trabalhador desde a sua organização na sociedade e no trabalho, compreendendo-se a realidade sob uma perspectiva de sujeitos coletivos, conhecendo-os e reconhecendo-os historicamente. Isso significa entender a situação do trabalhador de forma global, nos aspectos individuais e coletivos, políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos, que interferem e definem a existência do fenômeno (NUNES, 1985; SOUZA et al., 2007).

Assim associa-se as determinações mais gerais próprias da sociabilidade capitalista às particularidades de cada região, preocupam as consequências dos reflexos deste processo sobre a classe trabalhadora. O questionamento acerca das condições materiais de trabalho, incluindo-se a saúde laboral, a que está submetida

a maioria da população é algo que precisa entrar na agenda pública. Sabe-se que agravos a saúde dos trabalhadores que são gerados em processos de trabalho insalubres e até escravos, em alguns casos não tem sido algo fácil de ser evidenciado, principalmente, pelo fato de que a questão é fortemente afetada por interesses políticos e econômicos, não raro, contrários aos da classe trabalhadora (ALVES, 2005; Costa, 2014).

Os estudos analisados demonstram a preocupação existente com a educação continuada em saúde nos locais de trabalho, como forma de diminuir a vulnerabilidade desta população, entendendo que esta é um direito de todos que deve preceder a assistência (SOUZA, 2011). No mesmo sentido, os trabalhadores devem ser considerados como os sujeitos das ações de saúde, que, por sua vez, devem ter como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem a relação saúde-trabalho em todos os níveis de complexidade, ressaltando a importância da atuação de uma equipe multiprofissional, interdisciplinar inter setorial (DIAS, 1994; FACCHINI, 1994; LAURELL et al., 1989).

Compreende-se que o ser humano busca maneiras para se proteger, procurando minimizar os efeitos dos perigos inerentes às atividades da vida, e em sua atividade laboral não é diferente, pois nascemos com o instinto de autopreservação, promover e proteger a vida é natural de nossa espécie, compreende-se a necessidade dos cuidados certos e necessários para a proteção no ambiente de trabalho. Ressalta-se que atitudes em prol da saúde dos trabalhadores, melhoram sua autoestima, tornando-os seguros no desenvolvimento de suas atividades laborais, conseqüentemente produzindo mais e tornando este processo mais rentável (ALVES, 2005).

Antes de ser uma ferramenta de atendimento às necessidades e aos interesses da empresa e dos demais locais de trabalho, a educação em saúde deve ter como meta atender as necessidades e os interesses dos sujeitos envolvidos nesse processo, constituindo-se em uma prática social mobilizadora de várias possibilidades de saberes e ações dos profissionais e outros trabalhadores, não bastando apenas o discurso (COSTA et al., 2014; FRIAS JÚNIOR 1999).

Na atualidade, as empresas e locais de trabalho já percebem a necessidade de programas voltados à saúde dos seus funcionários. No entanto, segundo Morello(2005), é possível perceber que tais ações são implementadas por pessoal

não capacitado e habilitado para tal, a fim de se ir além de apenas evitar acidentes ou lesões no trabalho.

Poço et al (2010) observam que, mesmo com o alcance dos programas destinados à prevenção em locais de trabalho, não se pode esquecer da população mais vulnerável, composta de desempregados, subempregados, aqueles com menor escolaridade, que não são atingidos por tais ações. Os autores ressaltam ainda que, no Brasil, o enfoque vem sendo dado primeiramente ao acesso à assistência e tratamento, onde as iniciativas de prevenção ainda estão muito aquém do necessário, deixando os grupos ainda mais vulneráveis ao lhes ser restringido o direito prevenção, informação, educação e aconselhamento, não se garantindo, desta forma, os direitos dos trabalhadores.

Souza et al (2011) analisam que a prática educativa em saúde constitui-se em uma importante ferramenta para estimular os princípios que regem a noção de autocuidado, propondo aos indivíduos caminhos alternativos, além de prepará-los para que adquiram autoconsciência crítica para rever conceitos e valores.

A Saúde do Trabalhador defronta-se continuamente com questões emergentes, que conduzem à fixação de novos objetos de estudo. É, portanto, uma área em permanente construção, incluída em uma trama de relações que reflete diretamente na própria dinâmica e das lógicas que direcionam suas consciências e vontades individuais e coletivas. Logo, a saúde do trabalhador é de fundamental importância para o seu desempenho, se ele está bem consigo e no ambiente de trabalho, terá um desenvolvimento de qualidade em suas atividades acordo com o esperado. É importante que a empresa se preocupe em, mantê-lo saudável, pois a empresa ganha também com isso. Para mantê-lo assim, elas dispõem de políticas de saúde, que o governo mesmo garante a todos os cidadãos (ASSIS, 2012; DIAS, 1997).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste tema destaca-se, a relevância de estudos sobre esta temática focando na proteção social à saúde do trabalhador, uma vez que este deva estar inserido em um ambiente de trabalho seguro onde sinta se acolhido e bem tratado em especial no processo de saúde e doença, uma vez que um trabalhador saudável é um ganho não só pra a empresa mais para toda a sociedade.

Ao observa se a história da medicina do trabalho percebe se uma lacuna resultante da desigualdade social presente na relação entre capital e trabalho, expressas nas condições de vida e de adoecimento dos seus trabalhadores, mas que vem sendo superada pela comprovação da grande importância da medicina do trabalho como uma importante ferramenta para a manutenção da saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.** 2005; 9: 39-52.

ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde colet.** 2012;17(11):2865-75.

BRASIL. **Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 22, Julho. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho:** Portaria n.º 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999 / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei n.º 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19 set 1990.

BRAVO, MARIA I.S.; MATOS, MAURÍLIO C.DE. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (org.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2007. p. 197-216.

CAVALCANTI, LUDMILA F.; REZENDE, ILMA. **Serviço Social e Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 67-82

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública.** 1997; 31: 209-13.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho.** 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CARVALHO, GERALDO M. **Enfermagem do trabalho.** São Paulo: EPU, 2001.

COSTA, FRANCILENE SOARES DE MEDEIROS. Política nacional de saúde do trabalhador: reflexões iniciais sobre a estratégia RENAST no município de Castanhal/Pa. **Revista Pegada** – vol. 15 n.1. 2014.

DIAS, E.C. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

DIAS, E.C. Fotografando os anos 80. In: Buschinelli, J. et al., eds. Isto é trabalho de gente? Vidas. **Trabalho e Saúde no Brasil.** São Paulo, Cortez, 1991.

EVANGELISTA, ANNE ITAMARA BENIGNA; PONTES, ANDREZZA GRAZIELLA VERÍSSIMO; SILVA, JENNIFER DO VALE; SARAIVA ANA KARINNE DE MOURA. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Rev Rene,** Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):1011-20.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

FRIAS JÚNIOR, C.A.S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

LACAZ, FRANCISCO ANTÔNIO DE CASTRO. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr., 2007.

LACAZ, FRANCISCO ANTÔNIO DE CASTRO. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):7-19, 1997.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo, HUCITEC, 1989.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. 3ª ed. São Paulo: Futura, 2000.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde pública**, S.Paulo, 25:341-9, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2.728 421, de 11 de novembro de 2009: Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília; 2010.

MORELLO, I.N. **Ações de educação e promoção da saúde do trabalhador desenvolvidas nas empresas coureiro-calçadista no município de Estância Velha-RS, no período de julho de 2004 a junho de 2005** [monografia]. Novo Hamburgo: Instituto de Ciências da Saúde, Centro Universitário Feevale; 2005.

NUNES, E.D., org. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília, **Organização Panamericana da Saúde**. 1985.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o mundo do trabalho**. Brasília: OIT, 2004.

PIGNATTI. M. G. Saúde e Ambiente: as Doenças Emergentes no Brasil. **Ambiente e Sociedade** – v. VII nº. 1 2004.

POÇO, J.L.C, DIAS, E.C. Descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária de saúde — desafios e possibilidades: a experiência do CEREST de Juiz de Fora, MG. **Rev Méd**. 2010; 2(Supl. 2):38-45.

SALVADOR, MARINA ALVARES CÔRTEZ; TERRA, PAULA VALÉRIA DE OLIVEIRA; ARÊA, RAQUEL DOS SANTOS. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: história e desafios atuais. **Ciênc. saúde colet**. 2012;17(11):2865-75.

SILVA, J. A. R. de O. **A saúde do trabalhador como um direito humano: conteúdo essencial da dignidade humana**. São Paulo: LTr, 2008.

SOUZA, L.M, WEGNER, W, GORINI, M.I.P.C. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007; 15: março-abril; 15: 167-74.

SOUZA, DEISE DE. **Educação continuada em saúde para a prevenção do HIV/AIDS no local de trabalho**[Monografia]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2011.

TEIXEIRA, M. C. A Invisibilidade das Doenças e Acidentes do Trabalho na Sociedade Atual. **Revista de Direito Sanitário**. v. 13, n. 1, p. 102-131. 2012.

THÉBAUD-MONY, A. Prefácio. In: MERLO, A. R. C. (Org). **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004, p. 15-21.

WENDHAUSEN, A.L.P, SAUPE, R. Concepções de Educação em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Texto E Contexto Enfermagem**. 2003; 12: 17-25.

VARGAS, G. de O P. Análise das atividades de segurança e higiene do trabalho nos hospitais de Porto Alegre. **Rev. Paul. De Hosp.**, v.29, n.9, p.267-80. 1981.

VIEIRA, S. I. **Manual de Saúde e Segurança do Trabalho**. Vol. II. Florianópolis: Mestra, 2000, Coordenador.