

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE**

Marta Cristina Schuch

**ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: ATRIBUIÇÕES DA REDE
NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO
TRABALHADOR (RENAST) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

**Palmeira das Missões, RS,
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE**

Marta Cristina Schuch

**ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: ATRIBUIÇÕES DA REDE
NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO
TRABALHADOR (RENAST) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

PG-E/UFSM, RS

SCHUCH, Marta Cristina

Especialista

2015

**Palmeira das Missões, RS,
2015**

Marta Cristina Schuch

**ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: ATRIBUIÇÕES DA REDE NACIONAL
DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST) NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/CESNORS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Drº Gianfábio Pimentel Franco

Palmeira das Missões, RS
2015

Marta Cristina Schuch

**ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: ATRIBUIÇÕES DA REDE NACIONAL
DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST) NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/CESNORS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**.

Aprovado em 14 de dezembro de 2015:

Gianfábio Pimentel Franco, Dr.
(Presidente/Orientador)

Fernanda B. Cabral, Dra. (UFSM)

Darielli Resta, Dra. (UFSM)

Palmeira das Missões, RS
2015

Atenção à Saúde do Trabalhador: atribuições da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Health Care Worker: attributions of the National Network of Integral Attention to Worker Health (RENAST) in the Unified Health System (SUS).

Marta Cristina Schuch¹; Gianfábio Pimentel Franco²

RESUMO

O presente artigo objetiva apresentar o processo de implementação e gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), o mesmo foi construído a partir de pesquisa bibliográfica referente à temática em questão. Inicialmente apresenta uma breve contextualização do tema, a partir de uma abordagem referente as transformações ocasionadas pela industrialização no Brasil, a qual impulsionou profundas mudanças no processo de produção e organização do trabalho, também descreve a relação do trabalho com adoecimento. Apresenta a trajetória da atenção à saúde do trabalhador no Brasil até que esta se torne uma política pública de acesso universal a partir da Constituição de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a relevância da implementação da RENAST em 2002, a qual representa um importante avanço para atenção a saúde do trabalhador, desenvolvida dentro do SUS. As ações em saúde do trabalhador são desenvolvidas de forma integrada e transversal, as quais incluem a gestão, a informação, a definição e o compartilhamento das ações em todos os níveis de atenção.

Descritores: Atenção à saúde do trabalhador; Gestão; RENAST.

ABSTRACT

This article presents the process of implementation and management of the National Network of Integral Health Care Worker (RENAST), they were built from literature related to the theme in question. Initially presents a brief the contextualization from an approach regarding the changes brought about by industrialization in Brazil, which spurred profound changes in the production process and work organization also describes the work related illness. Presents the trajectory of attention to workers' health in Brazil until it becomes a public policy of universal access from the Constitution of 1988 and the Unified Health System (SUS), highlighting the importance of the implementation of RENAST in 2002, which represents an important advance for attention to workers' health, developed within the SUS. The worker health actions are developed in an integrated and transversal way, which include management information, setting and sharing of actions at all levels of care. Keywords: Attention to health worker; Management; RENAST.

¹ Aluna do Curso de Especialização de Gestão em de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CENORS-Polo Palmeira das Missões.

² Orientador. Professor do Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	7
MATERIAL E MÉTODOS	8
RESULTADOS E DISCUSSÃO	8
REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SEU IMPACTO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	8
ADOCIMENTO E TRABALHO	10
TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR	12
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	16
IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DA RENAST	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador está ligada ao trabalho que esse desenvolve, sendo que o reconhecimento desse direito, tem como fator preponderante a repercussão positiva na produtividade e no capital das empresas ou empreendimentos. Desta forma, ao tratar a saúde do trabalhador é necessário fazer uma retrospectiva histórica sobre o mundo do trabalho e suas transformações, bem como as contradições que permeiam as relações de trabalho, das quais, podem resultar adoecimentos físicos e psicológicos.

As transformações no mundo do trabalho, ocasionadas pelo processo de globalização, alteraram o modo de produção e as relações de trabalho. Dessas transformações surge a terceirização, a substituição dos trabalhadores por máquinas, por exemplo, o que acaba gerando uma situação de insegurança, de instabilidade pela redução dos postos de trabalho ou até a sujeição em desenvolver suas atribuições sob pressão e/ou em condições precárias, pelo receio da demissão.

O acesso aos serviços de saúde no Brasil nem sempre foi universal. Num primeiro momento, isso se dava por meio da atenção privada, de forma que só poderiam acessar aos serviços de saúde àqueles que possuíam condições de pagamento. Posteriormente, passa a ser estendido aos trabalhadores, após constantes pressões sociais, em que o Estado intervém, por meio de leis, primeiramente, em relação àqueles com vínculo empregatício, ficando excluídos os sem esse vínculo ou sem recursos financeiros, que permaneciam à mercê da caridade e das organizações filantrópicas.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) inova a garantia do direito à saúde do trabalhador, estendendo-a como direito de todos e um dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal, integral, equidade e gestão participativa. O SUS, tem sua normatização, implementação e funcionamento, regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8.142/90, sendo que a Portaria GM/MS nº 1.679/02, que cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), complementa esse processo, definindo sua articulação, controle e estrutura nos três níveis de gestão.

Assim, denota-se que o acesso aos serviços de saúde ao trabalhador, suas transformações, de modelo assistencialista e filantrópico para sistemas de proteção a classes

específicas até sua universalização, implica e impõe grandes desafios para gestores, sejam públicos ou privados, como um direito constitucionalmente instituído a todos.

Este trabalho objetiva apresentar o processo de implantação e gestão da RENAST, bem como, as transformações na concepção e tratamento da saúde do trabalhador a partir desta, para tanto apresenta a trajetória da atenção à saúde do trabalhador no país, a relação do trabalho com o adoecimento e o reconhecimento deste.

MATERIAL E MÉTODOS

A construção deste trabalho foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2002, p. 44):

[...] é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos [...] As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

O objetivo deste artigo é apresentar uma narrativa descritiva referente o processo de formação, implementação e gestão da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador - RENAST. Primeiramente, realiza uma abordagem referente à trajetória da saúde do trabalhador no Brasil e sua relação com adoecimento. Em seguida, apresenta as mudanças que ocorreram referentes à atenção à saúde do trabalhador, até que essa se torne uma política pública de acesso a todos a partir de sua inserção no SUS. Por fim, descreve como se dá o processo de gestão da saúde no Brasil a partir do SUS: gestão em rede e como se implementa a gestão da RENAST dentro do próprio SUS. Assim, a seleção do material referencial deu-se a partir da afinidade com o tema e sua pesquisa foi realizada junto a livros, artigos, monografias, dissertações, leis, cartilhas e demais documentos disponíveis em meio eletrônico e impresso. Para a construção deste trabalho, foram utilizadas bibliografias das diferentes áreas do conhecimento como: sociologia, história, serviço social e saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reestruturação Produtiva e seu Impacto na Organização do Trabalho

O final do Século XX é marcado pelas transformações na organização do trabalho e, conseqüentemente, dos trabalhadores. A reestruturação produtiva introduzida pelo modelo flexível de produção alterou de forma significativa o modo de produção anterior, bem como, os mecanismos de regulação do trabalho vigentes até então. Dessas mudanças no contexto capitalista globalizado resulta a fragmentação do trabalho, terceirização, subcontratação, precarização do emprego e salário. No Brasil, esta crise se manifesta a partir dos anos 80 se acirrando nos anos 90 do século XX. (ANTUNES, 1995).

O processo de globalização traz grandes mudanças ao contexto capitalista, pois ultrapassa fronteiras geográficas se expandindo em diferentes territórios do mundo e fortalecendo a lógica de uma organização econômica e social com base no Estado mínimo. Conforme Ianni (2002, p.11): “a globalização do mundo expressa um novo ciclo de expansão do capitalismo, como modo de produção e processo civilizatório de alcance mundial”.

Esse processo modifica diversas áreas profissionais contribuindo para o aumento do desemprego e crise que multiplica a exclusão social. Segundo Ianni (2002), com a divisão transnacional do trabalho e produção o mundo é transformado numa fábrica global. Também é neste contexto que as diferentes manifestações da questão social são moldadas, adquirindo diferentes significados e instigando o surgimento de novos movimentos sociais.

A mundialização dos mercados provoca a busca de força de trabalho barata em todos os cantos do mundo como promove migrações em todas as direções. O exército industrial de trabalhadores, ativo e de reserva, modifica-se e movimenta-se, formando contingentes de desempregados mais ou menos permanentes ou subclasses, em escala global. Toda essa movimentação envolve problemas culturais, religiosos, linguísticos e raciais, simultaneamente sociais, econômicos e políticos. (IANNI, 2002, p.21).

Para Ianni (2002), o mundo do trabalho ao final do séc. XX se tornou realmente global. Para este, de igual forma em que se deu a globalização do capitalismo também ocorreu a do trabalho, pois no âmbito da fábrica global é criada a nova divisão transnacional do trabalho e da produção. Do que destaca a transição do Fordismo ao Toyotismo, bem como, a dinamização do mercado mundial, impulsionado pelas tecnologias eletrônicas trazendo novas formas e significado ao trabalho.

O final do século XX representa um marco na transformação no mundo do trabalho e conseqüentemente da sociedade, conforme Antunes (1995, p. 16):

Novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são substituídos pela flexibilização da produção, pela especialização flexível, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação ao mercado.

Neste contexto, exige-se que o trabalhador seja altamente qualificado e desenvolva diferentes atividades, despontando o chamado trabalhador polivalente, em que o trabalho deixa de ser individualizado, para ser em equipe, com a redução do número de trabalhadores e ampliação de horas extras, em que a produção deve atender as necessidades do consumo, com destaques, por vezes, de contratos temporários, que seguem as condições estabelecidas pelo mercado capitalista. (GOUNET, 1992, apud ANTUNES, 1995).

Com essa reestruturação produtiva de expansão do capitalismo, os direitos trabalhistas tendem a ser diminuídos, segundo Yamamoto (1998, p.118 a 119): “a redução do trabalho protegido tem no seu verso a expansão do trabalho precário, temporário, subcontratado, com perda de direitos e ampliação da rotatividade de mão de obra”.

O trabalho é inerente ao ser humano, historicamente esse é considerado uma atividade que propicia a sociabilidade do homem, bem como um meio pelo qual este satisfaz suas necessidades e cria outras.

O trabalho é uma atividade fundamental do homem, pois mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens. Pelo trabalho o homem se afirma como um ser social e, portanto distinto da natureza. O trabalho é a atividade própria do ser humano, seja ela material, intelectual ou artística. É por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades. O trabalho é, pois, o selo distinto da atividade humana. Primeiro, porque o homem é o único ser que, ao realizar o trabalho é capaz de projetar, antecipadamente, na sua mente o resultado a ser obtido. [...] o homem também é o único ser capaz de criar meios instrumentos de trabalho, afirmando essa atividade caracteristicamente humana. É pelo trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas, ao mesmo tempo em que o trabalho cria outras necessidades. (IAMAMOTO, 1998, p.60).

Assim, essa mesma autora afirma que as mudanças provocadas pela industrialização se deram de forma radical e excludente para a população trabalhadora, podendo-se dizer que atualmente os segmentos desvalidos da população aumentaram ainda mais e que o resultado dessa etapa é uma nova pobreza, representada por amplos segmentos da população que não terão preço por sua força de trabalho, pela inacessibilidade no mercado de trabalho. Essas transformações no mundo do trabalho interferem nas condições de vida dos trabalhadores e seus familiares, constituindo-se como um fator determinante na forma como estes vivem, adoecem e morrem.

Adoecimento e Trabalho

A industrialização traz consigo transformações sociais e no modo de produção e organização do trabalho, com o aumento da população urbana e a substituição de um modelo

artesanal para produção em série (máquinas), submetendo os trabalhadores a condições precárias de moradias e a ambientes de trabalho insalubres, o que aumentou as causas de adoecimento, e, em consequência, decorre a falta de mão-de-obra para trabalhar nas fábricas, afetando a produção e resultados desse modelo de organização capitalista.

Essa relação de adoecimento dos trabalhadores com o processo de produção implementado instiga a busca de alternativas para evitar o comprometimento produtivo e de resultados de capital, gerando preocupações para a economia, do que resultou a criação de leis, intervenção nas empresas e o surgimento da medicina do trabalho.

Atualmente, conforme Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (2001), na rede de serviços de saúde, o reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esses.

Nesse sentido, o Manual da RENAST (2006) aponta que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil se caracteriza pela coexistência de: agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”; doenças que têm sua frequência, surgimento e/ou gravidade modificadas pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho”; doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas que também impactam a saúde dos trabalhadores. Pelo mesmo Manual, as mudanças no processo de trabalho com a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais também modificam o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, como: as lesões por esforços repetitivos (LER), ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), além de cânceres e formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental, entre outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho.

De acordo com o Dias et al (2001) a relação do adoecimento com uma dada condição de trabalho representa um importante fator condicionante para a implementação das ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde. Esse processo pode iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho e/ou a partir do diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo de trabalhadores. Para esses autores, os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco, no entanto, ressaltam que podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como

consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou ainda pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado.

O Ministério da Saúde, em cumprimento da determinação contida no Art. 6º, §3º, inciso VII, da Lei 8.080/90, elaborou, para uso clínico e epidemiológico, a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. (PORTARIA MS N.º 1.339, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1999). Nesta lista estão relacionadas 198 entidades nosológicas, denominadas e codificadas segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Nessa portaria, também são relacionados os agentes de risco e as situações de exposição ocupacional. Ademais, a Previdência Social utiliza tais lista para fins da caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, como é caso do Seguro de Acidentes de Trabalho - SAT, nos termos do Decreto N.º 3.048/99.

Assim, se saúde do trabalhador esta ligada a condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos, entre outros, os quais afetam suas condições de vida, as ações de saúde devem considerar as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, motivo pelo qual envolve atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Além disso, outra preocupação é a situação dos trabalhadores que não conseguem se inserir no mercado de trabalho, onde o próprio sistema acaba fazendo com que aqueles excluídos do mercado de trabalho formal e até aqueles ainda nem incluídos, desenvolvam sentimento de culpabilidade por sua condição, caracterizando um pauperismo, que faz ressurgir os “inúteis para o mundo”, os supranumerários formados por trabalhadores sem trabalho, comparada à questão social do século XIX: “a precarização e aumento do desemprego são, sem duvida, a manifestação de um déficit de lugares ocupáveis na estrutura social, entendendo-se por lugares posições as quais estão associados a uma utilidade social e um reconhecimento público”. (CASTEL, 1998, p.16).

Trajetória da Atenção à Saúde do Trabalhador

As doenças relacionadas ao trabalho aumentam durante o processo de expansão industrial e do capitalismo. Neste contexto, conforme descrito anteriormente, os trabalhadores migram da área rural para centros urbanos, sujeitando a condições precárias de moradia e de trabalho, o que aumenta surtos de epidemias e acidentes de trabalho, economicamente prejudiciais, pela falta de mão-de-obra para trabalhar nas fábricas, é que a preocupação com

saúde do trabalhador evolui gradual e progressivamente a condição de um direito constitucional.

Primeiramente, predomina a forma privada de atenção à saúde, adstrita àqueles que possuíam condições para pagar, sendo posteriormente, estendida aos trabalhadores, por pressões sociais e organizações de trabalhadores em sindicatos, quando o Estado foi forçado a intervir junto à saúde por meio da regulamentação de leis, o que fez, primeiramente, amparando com esse direito os trabalhadores com vínculo empregatício.

Em 1923, foi criada as Caixas de Aposentadoria e Pensão, instituições mantidas pelas empresas, passaram a oferecer esses serviços aos seus funcionários, destacando-se a assistência médica ao funcionário e a família, aposentadorias e pensões. Conforme Santana; Silva (2008) em 1943, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), estabeleceu dispositivos referentes à garantia da Segurança da Medicina do Trabalho, tornando-os obrigatórias nas empresas de grande porte.

A partir de 1960, ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. E, em 1967, por meio de ações dos militares ocorreu a unificação de IAPs e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual, em 1978 é denominado como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (BARBOSA; CARVALHO, 2012).

Para Barbosa; Carvalho (2012) a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representa um marco histórica do Sistema Único de Saúde - SUS, pois essa conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Também se destaca que as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador são marcos importantes para institucionalização da saúde do trabalhador como política pública.

Assim, o sistema público de saúde no Brasil vem atendendo os trabalhadores ao longo de toda sua existência. No entanto, uma prática diferenciada do setor, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgiu apenas no decorrer dos anos 80 se efetivando com a promulgação Constituição Brasileira de 1988, a qual incluiu, no seu artigo 200, o direito a saúde e posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Lei nº 8080/90, em seu art. 6º, disciplina que a saúde do trabalhador está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um conjunto de atividades que se

destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A atenção à saúde do trabalhador está organizada na rede do SUS abrangendo os seguintes princípios e estrutura: universalidade de acesso; integralidade da atenção; controle social; regionalizado e hierarquizado, que privilegia as estratégias de atenção básica com foco na promoção da saúde (RENAST, 2006). Também tem como base legal a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, a qual esta em consonância com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.

Pela PNSTT, a atenção à saúde do trabalhador está alinhada ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como sendo um dos determinantes do processo saúde-doença. Entre os objetivos da PNSTT destaca-se:

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matricialmente da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: a) atenção primária em saúde; b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; e) assistência farmacêutica; f) sistemas de informações em saúde; g) sistema de regulação do acesso; h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; i) sistema de auditoria; e j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. (PORTARIA Nº 1.823, 2012, p. 4 a 5).

Entre as estratégias para desenvolvimento das ações e processo de gestão destas está a implementação e monitoramento de uma rede de informações estabelecida por meio de sistemas de informações junto a órgãos e instituições envolvidas em que serão lançados dados referentes à saúde do trabalhador/a, a criação de sistemas de banco de dados para registro de informações são de extrema importância.

De acordo com o art.º 10, Seção I, da PNSTT, que trata sobre as atribuições dos gestores do SUS nas diferentes esferas administrativas, além das demais que venham a ser pactuadas pelas comissões intergestores, são responsabilidades dos mesmos: garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; assegurar a oferta regional

das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

Cada esfera administrativa, em seu processo de gestão, deve cumprir com as ações pactuadas no processo de planejamento, realizando constante avaliação, que destaque as metas e os indicadores da PNSST, constando os instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: Planos de Saúde; Programações Anuais de Saúde; e Relatórios Anuais de Gestão. (PORTARIA N° 1823, 2012).

As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento de saúde, conforme art. 16, § 2º, da PNSST (PORTARIA n° 1823, 2012, p. 23):

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo.

Quanto ao financiamento, podem ser utilizados dos fundos nacionais, estaduais municipais da saúde, bem como é facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes, entre estas, ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

A gestão das ações em saúde do trabalhador no SUS bem como os processos de pactuação tem como base o pacto pela saúde 2006, o qual institui mudanças na execução do SUS, conforme consta no Manual da RENAST:

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis 8.080/90 e 8.142/1990. O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde (RENAST, 2006, p. 54).

Para que as políticas e ações possam ser implantadas é necessário abordagens transversais e intersetoriais. A PNSST, por exemplo, foi proposta de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, e objetiva superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social e Saúde, por meio da definição de diretrizes, responsabilidades

institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, os quais devem orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais. (MANUAL RENAST, 2006, p. 55).

Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, pelo qual foi instituído o Sistema Único de Saúde, garantindo seu acesso pela universalidade, integralidade, equidade e gestão participativa, consagrando a luta dos movimentos sociais (estudantes, sanitaristas, profissionais da saúde, entre outros).

A partir da implementação do SUS, durante a década de 1990, a organização da atenção à saúde no Brasil passa por grandes transformações, instigando o processo de descentralização, refletindo na busca de soluções relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde em termos nacionais e no âmbito regional e municipal. As leis 8080/90 e 8.142/90 foram instrumentos fundamentais do processo de reforma da saúde, pois tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, especialmente das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área. (CARVALHO; BARBOSA, 2012)

Para Chagas (2006) com a institucionalização do SUS no país passa a ter uma política de saúde definida constitucionalmente no sentido de política social, como política pública, que implica mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídico, político-institucional e técnico-operativo. A criação do SUS significou um movimento de reorganização na busca da superação da organização até então existente, para uma nova forma de gestão, descentralizada e integrada, contribuindo para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde no país.

Para viabilizar esse processo conforme Carvalho; Barbosa (2012) foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93 e NOB 96), visando organizar o modelo assistencial de saúde inclusive seu aspecto financeiro. A NOB/96 acelera esse processo, implantando medidas de incentivo, em que os municípios assumem a gestão da rede de serviços locais de saúde, o que redefine as responsabilidades dos Municípios, Estados e Distrito Federal, caracterizando o foco na atenção integral a saúde, pela contemplação de um conjunto de ações voltadas a ações e serviços de promoção, proteção e a recuperação da saúde.

Em 2001 é editado um novo instrumento normativo do SUS sendo reeditada em 2002 a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 02), substituindo a NOB-SUS 96. No ano de 2006 ocorre a atualização normativa do SUS por meio da publicação da portaria nº. 399 que divulga o Pacto pela Saúde, aprovando as diretrizes operacionais do referido Pacto, que passa ser o novo instrumento de gestão interfederativo do SUS, onde a habilitação é substituída pelo termo de compromisso de formalização dos acordos entre os gestores de saúde. Este pacto apresenta três componentes: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. (CARVALHO; BARBOSA, 2012).

Conforme Portaria Nº 4.279 (2010), a estruturação das ações e serviços de saúde do SUS em rede são estratégias utilizadas para superar a fragmentação da atenção e gestão da saúde, bem como aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando maior eficiência e efetividade nas ações e serviços prestados junto aos usuários.

De acordo com Carvalho; Barbosa, (2012) o debate referente a organização do sistema de saúde em forma de rede recebe ênfase no Brasil a partir do Pacto pela saúde, o qual se efetivou em três dimensões: Pacto pela vida - que visa o compromisso com as prioridades que apresentam impacto junto a saúde da população brasileira; Pacto em defesa do SUS - apresenta o compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS; e, Pacto de Gestão - apresenta o compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, financiamento, planejamento programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde. Destaca-se ainda, que o Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, permitindo a integração de políticas e programas por meio de ações conjuntas das esferas federal, estadual e municipal Assim, cada esfera é corresponsável pela gestão, devendo cumprir as responsabilidades assumidas e as metas pactuadas.

De acordo com a Portaria nº 4.279, de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (2010, p.4): “A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

O objetivo da RAS conforme apresentado pela Portaria nº 4.279 (2010) é a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade e

humanizada, visando incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como com eficiência econômica.

Conforme Kuschnir; Chorny; Lira (2012) a organização de serviços de saúde em rede, de ações e serviços, modelo constitucionalmente estabelecido para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, é integrada, pressupõe conexões e comunicação, de maneira a conseguir resolver as demandas, de menor ou maior complexidade, articulando com outras redes que lhe dão suporte (educacional, ciência e tecnologia, transportes e infraestrutura, entre outras).

Assim, no primeiro nível de atenção, se presta serviço geral, de onde, se necessário, encaminha-se ao atendimento especializado ambulatorial e desse para o atendimento hospitalar, caracterizando uma relação horizontal entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a função resolutiva enfatiza os cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2012).

A Portaria nº 4.279 (2010) descreve que os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros.

Ainda conforme portaria referenciada acima, esses espaços são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes, se diferenciando, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores/ financiadores e os prestadores de serviço.

Ainda conforme a Portaria nº 4.279 (2010), a rede de atenção exerce suas funções numa região delimitada. A definição de região em termos de saúde é a base territorial e populacional com autossuficiência em serviços de saúde até o nível de complexidade definida. O gestor deve conhecer a estrutura de sua região para que os serviços possam ser oferecidos aos usuários, de maneira atingir a resolubilidade, que constitui numa das definições mais importantes para compreender os elementos que compõem a rede: resolver os problemas de saúde que lhe são apresentados.

As funções do primeiro nível de atenção à saúde podem ser definidas com base em três eixos principais: valores (atenção, acolhimento, pertencimento, confiança, responsabilização); produção de ações e serviços de distintas naturezas (promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento); ordenamento do sistema. (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2012).

A definição de perfis assistenciais em uma rede é uma tarefa complexa, pois muito raramente podem-se construir redes de serviços a partir do zero, com novos investimentos e nas quais o gestor tenha o completo poder de definir o que e como operará em cada unidade. As redes de serviços são construídas a partir de unidades pré-existentes, com suas próprias composições de recursos e “vocações” institucionais. Essa realidade deve ser levada em conta quando se pensa a definição de perfis. (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2012)

De acordo com Kuschnir; Chorny; Lira (2012) o funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuada nas instâncias devidas. O fato de ser responsabilidade do gestor não quer dizer que o perfil deva ser definido apenas por ele. Muito pelo contrário, é um processo que necessariamente deve ter a participação e o compromisso de todos os atores envolvidos para que seja efetivo.

Ainda conforme Kuschnir; Chorny; Lira (2012, p.68):

De forma complementar à organização da rede de serviços de saúde e perpassando-a de forma transversal está a organização de recursos por linhas de cuidado, na realidade, um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no seu interior, com o objetivo de tratar/cuidar de determinadas patologias e/ou grupos de pacientes.

As linhas de cuidado são organizadas ou programadas para problemas de saúde prioritários do ponto de vista epidemiológico ou considerados de relevância a partir de recortes populacionais. Em geral, são idealizadas para doenças crônicas ou para episódios nos quais são requeridos cuidados permanentes ou de longa duração, como o câncer, ou que requerem reabilitação. (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2012).

De acordo com Kuschnir; Chorny; Lira (2012) o detalhamento de protocolos clínicos contribuem para que sejam traçados os caminhos a serem percorridos ao longo da rede, nos quais epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes e quais são as responsabilidades de cada unidade e os mecanismos de integração, garantindo a disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta. A organização de linhas de cuidado ocorre por meio da articulação entre o planejamento/programação, a epidemiologia e a clínica. Assim, esse planejamento pressupõe o conhecimento da realidade específica e o envolvimento dos gestores e

profissionais das unidades em questão, sem o risco de elaborar uma série de normas que não serão cumpridas, por serem inexecutáveis ou por não contarem com a adesão e o compromisso dos que deveriam cumpri-las.

Implementação e Gestão da RENAST

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é um importante instrumento para o fortalecimento da atenção a saúde do trabalhador junto ao SUS. A RENAST criada em 2002, ampliada em 2005 e adequada aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, a qual deverá ser implementada de forma articulada, conforme art. 1º dessa portaria, entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área.

A implementação da RENAST, conforme o § 3º do art. 1º da Portaria nº 2.728 (2009), ocorre do seguinte modo: estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); 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; implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; 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, caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) devem desenvolver suas atribuições de forma articulada com os demais serviços da rede do SUS e demais setores de governo ligados à saúde do trabalhador. Suas funções são de orientar e fornecer retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS. As atribuições dos CERESTs, estão previstas pela Portaria GM/MS 2.437/05.

O CEREST, conforme art. 7º da Portaria nº 2.728/2009, tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Os mesmos poderão ser implantados com abrangência estadual, regional e municipal, sendo os municipais tem sua implantação

condicionada à necessidade do município apresentar uma população superior a 500 mil habitantes. (PORTARIA Nº 2.728, 2009).

A RENAST ainda prevê a organização da Rede de Serviços Sentinela em saúde do trabalhador, a qual deverá cobrir todo o território nacional. Segundo o Manual da RENAST (2006), o termo Sentinela designa os serviços assistenciais de retaguarda de média e alta complexidade já instalados, e qualificados para garantir a geração de informação para viabilizar a vigilância em saúde. Assim, o Serviço Sentinela é responsável pelo diagnóstico, tratamento e notificação, que servem de subsídios para ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador. (MANUAL RENAST, 2006).

A definição dos Municípios Sentinelas deverão se dar a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos à saúde significativos, oriundos de processos de trabalho em seus territórios, também devem levar em consideração os dados e indicadores obtidos de fontes oficiais disponíveis nos CERESTs.

As funções de gestão da RENAST são do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios estão descritas nos anexos da Portaria nº 2.728/2009.

O Ministério da Saúde, na gestão nacional da RENAST, atua na definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político, financeiro e técnico, entre suas incumbências destacam-se: elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT) para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT); coordenar a RENAST com a participação das demais esferas de gestão do SUS; elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais; inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental; assessorar os Estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitados; definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional; definir o financiamento federal para as ações de Saúde do Trabalhador, bem como promover a articulação intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e outros. (PORTARIA Nº 2.728, 2009).

As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal, na gestão da RENAST, conforme anexo II da Portaria nº 2.728/2009, exerce as funções de definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador em seu respectivo âmbito, bem como caso necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências

regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região. (PORTARIA Nº 2.728, 2009).

Conforme a Portaria nº 2.728 (2009), as Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal são competentes para: elaborar a política de saúde do trabalhador, definir o financiamento, pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo; conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde; inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador em seu âmbito respectivo; implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB; assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo; articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS; pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo, entre outros.

As Secretarias Municipais de Saúde, na gestão da RENAST, conforme anexo III da mesma portaria, tem por função de definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de saúde do trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente.

Dentre as competências das Secretarias Municipais de Saúde, na gestão da RENAST, estão: a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e incluídas no Plano Municipal de Saúde; atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS; articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns; informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho; capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde; inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e

outros instrumentos que favoreçam a integralidade; executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município. (Portaria nº 2.728, 2009).

A gestão federal da RENAST é atribuição da Secretaria de Vigilância em Saúde, com a participação dos níveis estadual, distrital e municipal de gestão do SUS. A Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador é competência do Ministério da Saúde. Já as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem adotar as providências necessárias à implementação de ações em saúde do trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde (PORTARIA Nº 2728, 2009).

De acordo com o art. 6º da Portaria nº 2728 (2009) as ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas nos Planos de Saúde em seus três níveis de gestão e nas respectivas Programações Anuais. Deverão ser consideradas nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, na forma do caput, ações e indicadores para: organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade; inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais; qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial

Conforme apresentado, o planejamento e organização das ações com relação à saúde do trabalhador junto ao SUS é competência das diferentes esferas de gestão, levando em consideração as dimensões de vigilância e assistência. Assim a RENAST se apresenta como uma importante estratégia para o desenvolvimento de ações referentes à saúde do trabalhador no SUS, ampliando a cobertura da assistência, visando garantir o acesso da população aos diferentes níveis de complexidade, desenvolvido por equipes multiprofissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho não é conclusivo e nem tem pretensão de ser. Este compreende uma revisão de literatura relativa à atenção a saúde do trabalhador no Brasil, bem como, a inserção desta no SUS a partir da implementação da RENAST, enfatizando as responsabilidades de cada esfera de gestão.

A partir desta abordagem é possível verificar os avanços na atenção à saúde do trabalhador após a promulgação da Constituição de 1988, pela qual foi instituído o SUS como política pública de saúde, garantindo o acesso a todos. A RENAST organizada dentro do SUS, foi instituída em 2002, pela Portaria nº 1.679/GM, ampliada em 2005, e adequada aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde em 2009 por meio da portaria nº 2.728, contribuindo para institucionalização e fortalecimento da atenção a saúde do trabalhador no âmbito do SUS. A RENAST se constitui em uma complexa rede a qual se concretiza a partir de ações transversais, a mesma integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade, ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, estando o controle social sob a responsabilidade dos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs).

A partir do estudo bibliográfico foi possível observar as transformações no perfil do adoecimento dos trabalhadores, os quais ocorrem conforme as transformações na organização do trabalho e do processo de produção impulsionados pelo sistema capitalista. Na contemporaneidade os trabalhadores não são afetados apenas por doenças relacionadas aos esforços físicos, acidentes, intoxicação, entre outros, pois verifica-se também o aumento de doenças mentais, causadas pelo stress, sobrecarga, instabilidade e precariedade do trabalho, medo de perder o emprego, dificuldade de inserção no mercado de trabalho e o desemprego.

A institucionalização da RENAST no SUS contribui para que todos os casos relacionados a saúde do trabalhador sejam identificados e tratados. No entanto, se faz necessário, que a estruturação e o funcionamento da rede de saúde sejam executados de forma coerente na prática. Também se ressalta a importância de que os sistemas de informações referentes à saúde do trabalhador sejam utilizados e atualizados, contribuindo para o processo de planejamento e gestão das ações. Neste sentido o trabalho interdisciplinar e intersetorial nas diferentes esferas de gestão também desempenham importante função na efetivação das ações, planejamento e gestão, visando atender a realidade de cada região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde - Parte 1**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS- Vol. 5, 1ª ed. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em 03 setembro de 2015.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em 02 de agosto de 2015.

BRASIL. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências**. MINISTERIO DA SAÚDE 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso 03 setembro de 2015.

Brasil. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Acesso 09 setembro de 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>.

CARVALHO, A. I. de; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS – 2ª ed.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2012.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário** - Petropolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CHAGAS, Emília S. B. **Rede de Atenção Integral da Saúde do Trabalhador (RENAST): a gestão descentralizada no Estado da Bahia**. Monografia (Especialização) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. Salvador: [s.n.], 2006.

DIAS, Elizabeth. C; ALMEIDA, Idelberto. M et al. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/16_Doencas_Trabalho.pdf>. Acesso em 16 de agosto de 2015.

GAMA, Elizabeth da Silva. **Saúde do trabalhador no Município de Campos dos Goytacazes: Uma Questão Negligenciada**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Candido Mendes – UCAM. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão

de Cidades. Curso de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, Campos dos Goytacazes, RJ, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IAMAMOTTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

IANNI, Otctávio. **A era do globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.

KUSCHNIR, R.. C; CHORNY. A. H; LIRA, A. M. L e. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2012.

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**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética Profissional. Resolução CFESS nº273/93, de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providencias. Brasília/DF: CFESS, 1993.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética Profissional.

RENAST ONLINE. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1ª edição – 2006. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/007_ManualRenast07.pdf>. Acesso em; 29 de junho de 2015.

SANTANA, Vilma. S; SILVA, Silva, Jandira. M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios**. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Disponível em: <<http://www.saudeetrabalho.com.br/download/sus-20anos.pdf>>. Acesso em 18 de agosto de 2015.