

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO DA REDE, VIGILÂNCIA E ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

THE HEALTH OF WORKERS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: NETWORK
ORGANIZATION, SURVEILLANCE, AND PRIMARY CARE ACTIONS

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira¹

Mariane Cristina Santos de Abreu²

Flávio Lima Santos³

Bruno Kavaraha Yoshida⁴

Sabrina Lins Jordão⁵

RESUMO: O trabalho constitui um determinante central do processo saúde-doença, podendo representar fonte de realização ou de adoecimento. No Brasil, a saúde do trabalhador foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) como direito social, articulando ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde. Este artigo tem como objetivo revisar a literatura acerca da organização da rede de atenção, da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da atuação da Atenção Primária à Saúde no SUS. Trata-se de uma revisão de literatura de abordagem qualitativa, realizada em bases de dados nacionais e internacionais, a partir de descritores relacionados à saúde do trabalhador, SUS, vigilância em saúde e Atenção Primária, combinados por operadores booleanos. Os resultados apontam que a Vigilância em Saúde do Trabalhador apresenta arcabouço normativo consistente, com destaque para a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e para o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no apoio técnico às equipes da Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica na identificação do nexo entre trabalho e adoecimento, na notificação de agravos e no cuidado longitudinal dos trabalhadores, especialmente por meio da atuação do médico de família e comunidade. Apesar dos avanços normativos, persistem desafios relacionados à fragmentação das práticas, à subnotificação e à qualificação profissional, evidenciando a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde do Trabalhador para a efetivação do cuidado integral no SUS.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Sistema Único de Saúde. Vigilância em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade.

¹Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz.

²Especialista em Pediatria, Universidade de Pernambuco/ Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

³Graduado em Medicina, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.

⁴Graduado em Medicina, Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos.

⁵Graduanda em Medicina, Afya - Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns.

INTRODUÇÃO

O trabalho constitui um dos principais determinantes sociais da saúde, ocupando posição central na organização da vida cotidiana, na construção da identidade social e na produção de condições materiais de existência. Ao mesmo tempo em que pode representar fonte de realização pessoal, autonomia e reconhecimento social, o trabalho também pode expor os indivíduos a múltiplos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, capazes de desencadear agravos agudos e crônicos à saúde. Nesse sentido, as relações e os processos de trabalho exercem influência direta sobre os perfis de adoecimento, incapacidades e mortalidade da população economicamente ativa, configurando-se como um campo estratégico para a atuação dos sistemas de saúde (Gomez et al., 2018; OPAS/OMS, 2015).

No Brasil, a incorporação da saúde do trabalhador como responsabilidade do Estado representa um avanço histórico no reconhecimento do trabalho como elemento estruturante do processo saúde-doença. A Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde consolidaram a saúde do trabalhador como direito social, atribuindo ao SUS a responsabilidade pela promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população trabalhadora. A partir desse marco, a saúde do trabalhador passou a integrar o escopo das ações de vigilância em saúde, ampliando a compreensão dos agravos relacionados ao trabalho para além de uma abordagem restrita ao ambiente empresarial ou à lógica previdenciária (Castro et al., 2019; Gomez et al., 2018; Paim & Reis, 2025).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador, inserida no campo mais amplo da vigilância em saúde, organiza-se a partir da identificação, análise e intervenção sobre os riscos e agravos relacionados aos processos produtivos e às condições de trabalho. Essa abordagem pressupõe a articulação entre ações assistenciais, de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, bem como a atuação intersetorial, reconhecendo que os determinantes do adoecimento extrapolam o setor saúde (Brasil, 2022b). Nesse contexto, a organização de uma rede de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS busca responder à complexidade dos agravos ocupacionais, assegurando cuidado contínuo, integral e territorialmente orientado (Paim & Reis, 2025).

A estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador representa um esforço institucional para integrar os diferentes níveis de atenção e qualificar as respostas do sistema às demandas relacionadas ao trabalho. Essa rede articula a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os dispositivos de média e alta complexidade, com o objetivo de garantir tanto o

cuidado clínico quanto a vigilância dos ambientes e processos de trabalho (Galdino et al., 2012; Brasil, 2022b). A efetividade dessa organização depende da capacidade dos serviços de reconhecer o trabalho como determinante central do adoecimento e de incorporar essa dimensão às práticas assistenciais cotidianas (Amorim et al., 2017).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde assume papel estratégico por constituir a principal porta de entrada do SUS e por sua inserção territorial, que possibilita maior proximidade com os modos de vida e trabalho da população. As equipes da Estratégia Saúde da Família, em especial, encontram-se em posição privilegiada para identificar precocemente agravos relacionados ao trabalho, estabelecer o nexo entre adoecimento e atividade laboral, realizar acompanhamento longitudinal e articular ações de vigilância e promoção da saúde (Silva et al., 2014; Faria et al., 2020). A incorporação sistemática da dimensão ocupacional à prática clínica contribui para ampliar a resolutividade do cuidado e para a construção de intervenções mais coerentes com a realidade vivenciada pelos trabalhadores (Barbosa et al., 2023).

A Medicina de Família e Comunidade, enquanto especialidade orientada pelos princípios da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação do cuidado, desempenha papel fundamental na atenção à saúde do trabalhador. O reconhecimento do indivíduo como trabalhador e a compreensão das condições em que o trabalho é realizado permitem qualificar a abordagem clínica, evitar condutas fragmentadas e favorecer estratégias terapêuticas que incluam, sempre que necessário, o afastamento da exposição causal e a articulação com outros pontos da rede (Silva et al., 2014; Mori & Naghettini, 2016). Além disso, a atuação do médico de família se estende à interface com a vigilância em saúde, a previdência social e a defesa dos direitos dos trabalhadores (Paim & Reis, 2025).

Apesar dos avanços normativos e institucionais, a saúde do trabalhador ainda enfrenta desafios significativos para sua efetiva integração na rotina dos serviços de Atenção Primária. A persistência de modelos assistenciais centrados na queixa imediata, a dificuldade de acesso aos ambientes de trabalho e a invisibilização dos agravos ocupacionais limitam o potencial transformador das ações em saúde do trabalhador (Faria et al., 2020; Barbosa et al., 2023). Esses obstáculos reforçam a necessidade de fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador e de qualificar os processos de formação e educação permanente das equipes da Atenção Primária (Mori & Naghettini, 2016).

Assim, o objetivo deste artigo é revisar a literatura científica acerca da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, com ênfase na organização da rede de atenção, nas ações de vigilância em saúde do trabalhador e na atuação da Atenção Primária à Saúde, destacando o papel da Medicina de Família e Comunidade na identificação, cuidado e enfrentamento dos agravos relacionados ao trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, conduzido por meio de uma revisão de literatura do tipo integrativa, com o objetivo de analisar a organização da rede de atenção à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, os dispositivos de vigilância em saúde do trabalhador e a atuação da Atenção Primária à Saúde nesse contexto. A escolha por esse tipo de revisão justifica-se por permitir a inclusão de diferentes abordagens metodológicas e normativas, possibilitando uma compreensão ampliada dos aspectos assistenciais, organizacionais, legais e políticos que permeiam a saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

A elaboração da revisão foi orientada por uma questão norteadora que buscou compreender de que forma a saúde do trabalhador está estruturada no Sistema Único de Saúde, considerando a organização da rede de atenção, os mecanismos de vigilância e o papel desempenhado pela Atenção Primária à Saúde, especialmente pela Estratégia Saúde da Família. Essa questão guiou todas as etapas do processo metodológico, desde a definição das bases de dados até a análise e síntese dos achados.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SciELO), selecionadas por sua relevância na indexação de estudos nacionais e internacionais nas áreas de saúde pública, saúde coletiva, atenção primária e saúde do trabalhador. Adicionalmente, foram consultados documentos institucionais e normativos disponibilizados em portais oficiais do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e de organismos internacionais, considerando a centralidade do marco legal e das políticas públicas para o tema investigado.

A estratégia de busca combinou descritores controlados e palavras-chave em português e inglês, de acordo com os termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH). Foram utilizados, entre outros, os seguintes termos: “Saúde do Trabalhador”, “Worker’s Health”, “Sistema Único de Saúde”, “Unified Health System”, “Atenção Primária à Saúde”, “Primary Health Care”, “Vigilância em Saúde”, “Occupational

Health Surveillance” e “Estratégia Saúde da Família”. Esses descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de modo a ampliar a sensibilidade da busca e garantir a recuperação de estudos alinhados aos diferentes eixos analíticos do trabalho, como organização da rede, vigilância, práticas assistenciais e atuação profissional na Atenção Primária.

Foram adotados como critérios de inclusão artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, documentos técnicos e normativos oficiais, disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que abordassem explicitamente a saúde do trabalhador no contexto do Sistema Único de Saúde, da Atenção Primária à Saúde, da vigilância em saúde do trabalhador ou da organização da rede de atenção. Considerou-se um recorte temporal amplo, contemplando publicações que permitissem compreender tanto a consolidação histórica do campo quanto seus desdobramentos mais recentes, em consonância com a diversidade temporal observada nas referências selecionadas.

Como critérios de exclusão, foram descartados estudos duplicados entre as bases de dados, publicações que não apresentassem relação direta com o tema proposto, artigos que abordassem exclusivamente a saúde ocupacional em contextos empresariais privados sem interface com o SUS, bem como editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos científicos e textos opinativos sem fundamentação metodológica ou normativa consistente.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas sequenciais. Inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, com o objetivo de identificar a aderência ao tema e à questão norteadora. Em seguida, os textos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra, etapa na qual se confirmou a pertinência conceitual e analítica das publicações. Os estudos incluídos foram então organizados de forma sistemática, considerando informações como ano de publicação, tipo de estudo, foco temático e contribuições para a compreensão da saúde do trabalhador no SUS.

A análise dos dados foi realizada por meio de leitura crítica e interpretativa do material selecionado, buscando identificar convergências, divergências e lacunas no conhecimento produzido. A síntese dos achados deu-se pela organização dos conteúdos em eixos temáticos, contemplando o marco legal e institucional da vigilância em saúde do trabalhador, a organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, a atuação da Atenção Primária e da Medicina de Família e Comunidade frente aos agravos ocupacionais, bem como as interfaces entre cuidado clínico, vigilância, previdência social e reabilitação

profissional. Essa estratégia permitiu articular diferentes dimensões do tema, preservando a complexidade inerente ao processo saúde–doença relacionado ao trabalho.

Por se tratar de uma revisão de literatura baseada exclusivamente em dados secundários de domínio público, não foi necessária a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as informações analisadas foram extraídas de fontes científicas e institucionais reconhecidas, respeitando-se os princípios éticos da pesquisa científica, especialmente no que se refere à integridade, à fidedignidade das informações e ao reconhecimento das contribuições intelectuais previamente publicadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Marco Legal e Organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

A Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde é sustentada por um arcabouço legal e institucional que integra ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população trabalhadora. A Lei nº 8.080/1990 insere a saúde do trabalhador no campo da vigilância em saúde, articulando a vigilância epidemiológica e sanitária às ações assistenciais e orientando intervenções sobre riscos e agravos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com integração entre os diferentes níveis de atenção, incluindo a Atenção Primária à Saúde (Gomez et al., 2018; Paim & Reis, 2025).

No âmbito da prática médica, a atenção à saúde do trabalhador no SUS envolve responsabilidades técnicas e éticas relacionadas ao reconhecimento donexo entre trabalho e adoecimento, à indicação de afastamento da exposição quando esta integra o tratamento e à produção de registros clínicos e informações em saúde. Essas atribuições se inserem no campo assistencial e diferenciam-se das atividades periciais e das funções próprias da Medicina do Trabalho, exigindo clareza quanto aos limites e interfaces entre os distintos campos de atuação profissional (Silva et al., 2014; Faria et al., 2020).

As políticas e diretrizes de vigilância em saúde do trabalhador no Brasil também se articulam com normas voltadas à prevenção e ao controle de riscos nos ambientes laborais, compondo um conjunto de ações intersetoriais que extrapolam o setor saúde. Nesse contexto, a vigilância busca identificar, monitorar e intervir sobre fatores de risco físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e organizacionais, reconhecendo sua influência direta sobre os perfis de adoecimento e incapacidade da população trabalhadora (Brasil, 2022a; OPAS/OMS, 2015).

A atuação do SUS nesse campo pressupõe a articulação entre a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com vistas tanto ao cuidado clínico quanto à vigilância dos ambientes e processos de trabalho. A organização dessa rede favorece a identificação precoce de agravos relacionados ao trabalho, a notificação adequada e o desenvolvimento de ações preventivas e promocionais orientadas pelo território e pelos processos produtivos locais (Galdino et al., 2012; Amorim et al., 2017).

No setor da saúde, a vigilância em saúde do trabalhador assume especial relevância diante da exposição dos profissionais a múltiplos riscos ocupacionais, demandando estratégias específicas de proteção, capacitação e prevenção de acidentes. A consolidação desse marco institucional fortalece a capacidade do SUS de reconhecer o trabalho como determinante central do processo saúde-doença e de promover ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, em consonância com os princípios da integralidade e da intersetorialidade (Brasil, 2022a; Paim & Reis, 2025).

Organização da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e Estratégias de Prevenção no SUS

A estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), formalizada pela Portaria GM/MS nº 2.437, representou um avanço na institucionalização das ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, ao consolidar diretrizes, fluxos e responsabilidades no âmbito da política pública nacional (Brasil, 2022; Gomez et al., 2018). A rede foi organizada de forma integrada e interdisciplinar, articulando saberes, tecnologias e práticas em diferentes níveis de atenção, com vistas à abordagem dos determinantes ocupacionais do processo saúde-doença e à complementaridade entre ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde (OPAS/OMS, 2015; Paim & Reis, 2025).

Na Atenção Primária, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde, concentram-se as ações de entrada no sistema, com foco na prevenção, identificação precoce de agravos, tratamento inicial e acompanhamento longitudinal dos trabalhadores, em consonância com os princípios da coordenação do cuidado e da territorialização do SUS (Castro et al., 2019; Silva et al., 2014). Destacam-se, nesse nível, o reconhecimento do nexos entre trabalho e adoecimento, a vigilância em saúde do trabalhador e a notificação de agravos, favorecidos pela proximidade das equipes com o território e pelas dinâmicas produtivas locais (Faria et al., 2020; Amorim et al., 2017).

O nível secundário é constituído pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que atuam como instâncias articuladoras das ações intra e intersetoriais, oferecendo suporte técnico às equipes da atenção básica e aos demais serviços da rede (Galdino et al., 2012; Brasil, 2022). Esses centros desempenham papel estratégico na qualificação das ações de vigilância, prevenção e intervenção sobre ambientes e processos de trabalho, com base sanitária e epidemiológica, fortalecendo a capacidade de resposta do sistema frente aos agravos relacionados ao trabalho (Gomez et al., 2018). No nível terciário, os serviços de média e alta complexidade assumem o atendimento especializado, o tratamento e a reabilitação dos trabalhadores acometidos por agravos relacionados ao trabalho, assegurando a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção no SUS (Paim & Reis, 2025).

As estratégias de prevenção em saúde ocupacional enfatizam a abordagem coletiva, orientada pelas características do território e da população economicamente ativa. A análise do perfil produtivo local, dos riscos ocupacionais, da ocorrência de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho subsidia o planejamento das ações de vigilância e a identificação de fragilidades prioritárias (Amorim et al., 2017; Barbosa et al., 2023). A efetividade dessas ações depende da capacitação das equipes de saúde, do adequado encaminhamento aos órgãos competentes e da incorporação de atividades educativas que valorizem o protagonismo e os saberes dos trabalhadores (Mori & Naghettini, 2016; OPAS/OMS, 2015).

No plano individual, a consulta na Atenção Primária constitui espaço privilegiado para a identificação de agravos ocupacionais. A incorporação sistemática da anamnese ocupacional à história clínica permite compreender as condições de trabalho, os riscos envolvidos e suas repercussões sobre a saúde (Silva et al., 2014; Faria et al., 2020). Esse instrumento contribui para o diagnóstico, a definição de condutas terapêuticas, o acesso a benefícios previdenciários quando indicados e a articulação com ações de vigilância, fortalecendo a integralidade e a resolutividade do cuidado em saúde do trabalhador (Brasil, 2022; Garcia et al., 2022).

A Atuação da Medicina de Família e Comunidade diante dos Agravos Ocupacionais

Na prática clínica da Atenção Primária à Saúde, a atuação do médico de família e comunidade diante dos agravos ocupacionais se concretiza predominantemente no cuidado ao trabalhador adoecido, integrando diagnóstico, tratamento e reabilitação (Silva et al., 2014; Faria et al., 2020). O reconhecimento do indivíduo como trabalhador constitui etapa fundamental para a compreensão das queixas apresentadas e de suas possíveis relações com o processo de

trabalho, sendo a identificação da ocupação elemento estruturante do raciocínio clínico em saúde do trabalhador (Gomez et al., 2018). A inserção da pergunta sobre a ocupação no cotidiano clínico amplia o entendimento do contexto de adoecimento e qualifica a interpretação dos sintomas, permitindo a construção de um cuidado mais coerente com a realidade vivenciada pela pessoa atendida (Barbosa et al., 2023).

O trabalho configura um elemento central entre os fatores contextuais proximais que influenciam o processo saúde-doença, especialmente por envolver exposições recentes ou passadas capazes de produzir repercussões imediatas ou cumulativas (Gomez et al., 2018; OPAS/OMS, 2015). Nesse cenário, cabe ao médico de família e comunidade favorecer a construção de um significado compartilhado sobre o adoecimento, auxiliando o trabalhador a compreender sua condição e as possibilidades de enfrentamento (Silva et al., 2014). A condução inicial dos agravos relacionados ao trabalho frequentemente demanda o afastamento imediato da exposição causal, associado ao tratamento clínico adequado e, quando necessário, ao encaminhamento para níveis de maior complexidade da rede assistencial (Faria et al., 2020; Paim & Reis, 2025).

As queixas musculoesqueléticas, particularmente lombalgias, dores em ombros, mãos e regiões cervicais, figuram entre os motivos mais frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária (Faria et al., 2020). Embora comumente associadas às exigências físicas e posturais do trabalho, essas condições muitas vezes recebem abordagens fragmentadas, centradas apenas no alívio sintomático, sem a devida identificação donexo ocupacional ou orientação efetiva para evitar novas exposições (Silva et al., 2014; Barbosa et al., 2023). Situações semelhantes são observadas em dermatoses ocupacionais, nas quais intervenções farmacológicas isoladas tendem a prevalecer sobre estratégias voltadas à modificação do ambiente ou da organização do trabalho, limitando o impacto terapêutico a médio e longo prazo (Gomez et al., 2018).

Entre os agravos dermatológicos relacionados ao trabalho, destacam-se as dermatites de contato, resultantes da exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos presentes nos ambientes laborais (Gomez et al., 2018). As formas irritativas constituem a maioria dos casos e podem surgir mesmo na ausência de sensibilização prévia, dependendo da intensidade e duração da exposição. Já as dermatites alérgicas envolvem mecanismos imunológicos tardios e apresentam maior variabilidade clínica, podendo acometer áreas além do local de contato inicial. Em ambos os casos, a história clínico-ocupacional assume papel central na identificação

dos agentes envolvidos e na definição da conduta, sendo o afastamento da exposição a medida mais eficaz para controle e prevenção de recidivas (Silva et al., 2014; Faria et al., 2020).

As queixas auditivas relacionadas ao trabalho, especialmente aquelas decorrentes da exposição prolongada a níveis elevados de ruído, configuram outro grupo relevante de agravos ocupacionais acompanhados na Atenção Primária (Gomez et al., 2018). A perda auditiva induzida por ruído caracteriza-se por comprometimento neurossensorial, bilateral e progressivo, com impacto significativo na comunicação e na qualidade de vida do trabalhador. Embora irreversível, sua progressão pode ser interrompida com a cessação da exposição, o que reforça a importância da identificação precoce, do encaminhamento para avaliação audiológica e da articulação com ações de vigilância e reabilitação (OPAS/OMS, 2015).

No campo das doenças respiratórias ocupacionais, a exposição a poeiras minerais representa um fator de risco importante para o desenvolvimento de pneumoconioses, muitas vezes assintomáticas nas fases iniciais (Gomez et al., 2018). A diferenciação entre poeiras fibrogênicas e não fibrogênicas, aliada ao acompanhamento clínico, radiológico e funcional dos trabalhadores expostos, permite a identificação oportuna dessas condições. Nesses casos, o afastamento da exposição constitui a principal medida terapêutica, associada ao monitoramento de possíveis complicações, como a tuberculose e neoplasias associadas a determinados agentes, a exemplo do asbesto (OPAS/OMS, 2015).

10

A exposição ocupacional ao benzeno permanece como um relevante problema de saúde pública, em função de seus efeitos mielotóxicos e de seu potencial carcinogênico (Gomez et al., 2018). As alterações hematológicas decorrentes dessa exposição podem preceder manifestações clínicas mais graves, exigindo vigilância laboratorial sistemática e valorização de achados aparentemente inespecíficos. Mesmo após o afastamento da exposição, o acompanhamento longitudinal se mantém necessário, uma vez que a normalização dos exames não afasta completamente o risco de agravos tardios (OPAS/OMS, 2015).

As lesões por esforços repetitivos e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho constituem um dos principais grupos de adoecimento ocupacional na população economicamente ativa, afetando predominantemente trabalhadores jovens e em plena capacidade produtiva (Magalhães et al., 2019). Esses agravos refletem não apenas exigências biomecânicas, mas também aspectos organizacionais e psicossociais do trabalho, como ritmo intenso, pressão por produtividade e baixo controle sobre as tarefas (Gomez et al., 2018). A abordagem dessas condições na Atenção Primária requer avaliação clínica minuciosa, atenção

longitudinal e articulação com equipes multiprofissionais, visando à reabilitação funcional e à reinserção laboral quando possível (Silva et al., 2014; Faria et al., 2020).

Os agravos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho emergem como um desafio crescente no cuidado em saúde, frequentemente associados a formas contemporâneas de organização do trabalho, exposição a riscos psicossociais e agentes neurotóxicos (OPAS/OMS, 2015; Gomez et al., 2018). Apesar de sua elevada prevalência, esses transtornos tendem a ser subdiagnosticados, em razão da apresentação clínica inespecífica e da dificuldade em estabelecer a relação com o trabalho (Barbosa et al., 2023). A identificação de sinais como alterações do humor, distúrbios do sono, fadiga persistente e somatizações, aliada à escuta qualificada, é fundamental para a condução adequada desses casos (Silva et al., 2014).

O manejo dos agravos ocupacionais na Atenção Primária demanda, em diferentes momentos, o compartilhamento do cuidado com outros pontos da rede, especialmente diante de diagnósticos complexos ou de incertezas quanto aonexo causal. Nesse contexto, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador assumem papel estratégico como instâncias de apoio técnico e matricial às equipes da APS (Galdino et al., 2012; Brasil, 2022). A notificação dos agravos relacionados ao trabalho, por sua vez, constitui instrumento essencial para visibilizar a magnitude do problema e subsidiar ações de vigilância e formulação de políticas públicas, reduzindo a distância entre os dados epidemiológicos oficiais e a realidade vivenciada pelos trabalhadores (Amorim et al., 2017; Garcia et al., 2022).

Medicina de Família e Comunidade, Previdência Social e a Gestão dos Agravos Relacionados ao Trabalho

Observa-se, nos últimos anos, um crescimento expressivo na concessão de benefícios previdenciários relacionados ao trabalho, o que se reflete diretamente no aumento da demanda por atendimentos na Atenção Primária à Saúde (Paim & Reis, 2025). Nesse contexto, uma parcela significativa dos trabalhadores busca os serviços da APS não apenas para tratamento de agravos, mas também para obtenção de documentos médicos que subsidiem afastamentos laborais, requerimentos previdenciários ou solicitações decorrentes de avaliações periciais (Silva et al., 2014; Barbosa et al., 2023). Essa realidade coloca o médico de família e comunidade em posição estratégica na interface entre o cuidado clínico, a proteção social e o reconhecimento institucional das incapacidades relacionadas ao trabalho (Faria et al., 2020).

A Comunicação de Acidente de Trabalho configura um instrumento central nesse processo, ao formalizar ocorrências que interrompem ou interferem no exercício laboral,

incluindo acidentes típicos, doenças ocupacionais e acidentes de trajeto (Brasil, 2022). No caso das doenças relacionadas ao trabalho, a definição do marco temporal do acidente assume relevância prática, sendo considerada a data de início da incapacidade laborativa ou a data do diagnóstico, prevalecendo a que ocorrer primeiro. Ademais, determinadas situações vivenciadas durante o intervalo destinado à refeição, ao descanso ou à satisfação de necessidades fisiológicas, quando ocorridas no local de trabalho ou durante a jornada, são juridicamente reconhecidas como exercício da atividade laboral, ampliando o escopo de proteção ao trabalhador (Brasil, 2002).

Por outro lado, nem todo agravo apresentado pelo trabalhador é passível de enquadramento como doença do trabalho, sendo excluídas aquelas condições de natureza degenerativa, inerentes ao envelhecimento, sem repercussão sobre a capacidade laborativa ou relacionadas a endemias regionais, salvo quando comprovado nexos diretos com a atividade exercida (Gomez et al., 2018). Essa distinção reforça a importância de uma avaliação clínica criteriosa e de uma anamnese ocupacional qualificada, capazes de sustentar decisões clínicas e administrativas coerentes com a legislação vigente (Silva et al., 2014; Faria et al., 2020).

A emissão da CAT, embora tradicionalmente atribuída à empresa, pode ser realizada por diferentes atores institucionais na ausência de comunicação formal, incluindo o próprio trabalhador, seus dependentes, entidades sindicais, autoridades públicas e o médico assistente (Brasil, 2022). Para o médico de família e comunidade, a participação nesse processo demanda atenção aos aspectos éticos e legais envolvidos, especialmente no que se refere ao preenchimento completo e fidedigno do formulário (Barbosa et al., 2023). As informações registradas na CAT extrapolam a finalidade previdenciária, assumindo relevância epidemiológica, trabalhista e social, ao subsidiar ações de vigilância e formulação de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador (Amorim et al., 2017; Garcia et al., 2022).

A adequada comunicação do acidente ou doença relacionada ao trabalho assegura proteção ao trabalhador e aos seus dependentes, contribuindo para o acesso a direitos previdenciários e assistenciais (Paim & Reis, 2025). Nesse cenário, a articulação entre o médico assistente e o perito médico da Previdência Social torna-se fundamental. A atividade pericial, regulamentada por legislação específica, tem como finalidade a avaliação da capacidade laborativa e o enquadramento legal para concessão de benefícios, cabendo ao perito a emissão de parecer técnico conclusivo. A relação entre essas instâncias deve se pautar pela complementaridade de funções, evitando-se a antecipação de juízos ou a criação de expectativas

quanto à concessão de benefícios, o que pode gerar frustrações para o trabalhador e tensionamentos institucionais (Silva et al., 2014).

A emissão de atestados médicos constitui parte integrante da prática cotidiana na APS e representa um desdobramento direto do ato médico (Mori & Naghettini, 2016). Regulamentada por resoluções do Conselho Federal de Medicina, essa atividade exige responsabilidade técnica e ética, uma vez que o atestado possui presunção de veracidade e pode produzir efeitos legais, trabalhistas e previdenciários (Barbosa et al., 2023). Embora o médico assistente detenha autonomia para sua emissão, a decisão final quanto à aceitação do documento, para fins previdenciários, compete ao perito médico, de acordo com critérios legais específicos (Paim & Reis, 2025).

O atestado médico configura um direito da pessoa atendida e deve refletir exclusivamente aquilo que foi constatado durante a consulta, sendo vedada sua emissão sem exame direto ou com informações inverídicas (Mori & Naghettini, 2016). Situações recorrentes na prática clínica incluem solicitações indevidas por parte de pessoas sem incapacidade ou a necessidade de afastamento de indivíduos saudáveis para acompanhamento de familiares doentes, hipótese esta respaldada legalmente quando devidamente caracterizada. Em todos os casos, o médico deve manter postura técnica rigorosa, uma vez que a emissão inadequada do documento pode acarretar implicações éticas, civis e penais (Barbosa et al., 2023).

O sigilo profissional constitui princípio fundamental nesse processo, uma vez que as informações clínicas pertencem à pessoa atendida, sendo o médico apenas seu depositário (Mori & Naghettini, 2016). Assim, a inclusão de diagnóstico ou código CID no atestado depende de autorização expressa, dever legal ou justa causa, devendo tal autorização constar formalmente no documento. Medidas adicionais de cautela, como a conferência da identidade do paciente, a descrição clara da finalidade do atestado e a identificação completa do profissional emissor, contribuem para a segurança jurídica do ato médico e para a prevenção de fraudes (Barbosa et al., 2023).

Quando o atestado é solicitado com finalidade pericial, torna-se necessária a inclusão de informações clínicas mais detalhadas, como diagnóstico, resultados de exames complementares, conduta terapêutica, prognóstico e estimativa do tempo de afastamento necessário à recuperação. Esses elementos subsidiam a análise pericial, sem substituir a competência legal do perito na decisão sobre concessão, manutenção ou cessação de benefícios (Silva et al., 2014). Dessa forma, a atuação do médico de família e comunidade nesse campo

reafirma seu papel na articulação entre cuidado clínico, proteção social e garantia de direitos, fortalecendo a integralidade da atenção à saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (Faria et al., 2020; Paim & Reis, 2025).

Afastamento do Trabalho, Reabilitação Profissional e os Desafios da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária

O afastamento do trabalho configura-se como medida necessária nos casos em que acidentes ocupacionais ou doenças, de natureza física ou psicológica, impõem restrições ou impedimentos ao exercício da atividade laboral (Gomez et al., 2018; Paim & Reis, 2025). Nesses contextos, o afastamento do ambiente de trabalho torna-se fundamental para a recuperação clínica, devendo ser acompanhado da avaliação quanto à possibilidade de readaptação funcional. No entanto, essa experiência é historicamente marcada por estigmas sociais associados à incapacidade e à improdutividade, o que expõe os trabalhadores afastados a frequentes questionamentos institucionais e a sucessivas convocações para avaliações periciais, produzindo insegurança e instabilidade ao longo do processo (Galdino et al., 2012).

Além dos efeitos objetivos do afastamento, observa-se um impacto significativo sobre os modos de vida dos trabalhadores, uma vez que a ruptura temporária com o trabalho reorganiza rotinas, fragiliza vínculos sociais e tensiona a identidade construída em torno da atividade laboral (Gomez et al., 2018). No âmbito da legislação brasileira, a comprovação do nexo entre o adoecimento e o trabalho é requisito central para o reconhecimento dos direitos previdenciários, atribuindo ao médico de família e comunidade um papel estratégico na identificação dessa relação (Brasil, 2022b). Ao estabelecer o vínculo entre o processo de adoecimento e a atividade ocupacional, o profissional contribui tanto para a garantia de direitos quanto para a visibilidade dos agravos relacionados ao trabalho no território (Silva et al., 2014).

O sofrimento mental associado ao afastamento emerge como elemento recorrente nesse processo, sendo atravessado pela individualização da doença, pelo deslocamento do trabalhador do espaço produtivo para o ambiente doméstico e pela ameaça de perda das relações sociais mediadas pelo trabalho (Faria et al., 2020). Esse conjunto de fatores reforça a necessidade de abordagens que ultrapassem a dimensão exclusivamente biomédica, incorporando aspectos psicossociais na condução do cuidado e no acompanhamento longitudinal desses indivíduos na Atenção Primária à Saúde (Barbosa et al., 2023).

No contexto da reabilitação profissional, trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais ou clínicas passam a integrar, por intermédio do Instituto Nacional do Seguro

Social, processos voltados à reconstrução da capacidade laboral (Brasil, 2022b). Esses processos envolvem desde a aprendizagem de um novo ofício até a redefinição da relação com a atividade original, considerando as limitações impostas pelo adoecimento. A reabilitação assume, assim, um caráter ampliado, ao buscar o desenvolvimento do potencial físico, psicológico, social e vocacional do indivíduo, respeitando suas condições funcionais e o contexto ambiental em que está inserido (Magalhães et al., 2019).

Prevista na legislação previdenciária brasileira, a reabilitação profissional tem como finalidade possibilitar a reinserção social e produtiva de pessoas com incapacidades parciais ou totais para o trabalho, bem como de pessoas com deficiência (Brasil, 2022b). Mais do que um período de afastamento, esse processo representa uma tentativa ativa de reconstrução de trajetórias laborais, nas quais as experiências anteriores de trabalho são ressignificadas à luz do adoecimento e das novas possibilidades de atuação (Gomez et al., 2018).

Apesar desses avanços normativos, a inserção efetiva da saúde do trabalhador na rotina da Atenção Primária ainda enfrenta desafios estruturais e organizacionais (Amorim et al., 2017; Faria et al., 2020). No cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família, persiste a predominância de um modelo assistencial centrado na demanda espontânea e na doença, o que limita a ampliação do olhar para além do cuidado clínico individual (Silva et al., 2014). Diferentemente do médico do trabalho, inserido no ambiente empresarial, o médico de família encontra dificuldades significativas para acessar os espaços produtivos, elemento fundamental para a vigilância dos riscos ocupacionais e para a compreensão dos determinantes do adoecimento relacionado ao trabalho (Mori & Naghettini, 2016).

Por outro lado, a Atenção Primária dispõe de ferramentas singulares que potencializam sua atuação nesse campo, como o conhecimento aprofundado do território e de sua dinâmica produtiva, o acompanhamento longitudinal das pessoas e famílias, a identificação precoce dos agravos e o trabalho interdisciplinar (Castro et al., 2019). A incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ampliou o escopo de ações possíveis, embora permaneça o risco de reprodução de práticas centradas exclusivamente no atendimento individual e na lógica patologizante (Barbosa et al., 2023).

A incorporação das ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde está diretamente relacionada à capacidade da Atenção Primária de assimilá-las como parte de suas atribuições centrais (Paim & Reis, 2025). Essa integração não se resume à adição de novas tarefas às equipes já sobrecarregadas, mas exige redefinição de responsabilidades, qualificação

profissional contínua e garantia de fluxos efetivos de referência e contrarreferência (Brasil, 2022a; Garcia et al., 2022). A demanda dos trabalhadores pelos serviços de saúde é cotidiana e inevitável, impondo o desafio de organizar respostas sistemáticas, qualificadas e com impacto real sobre os perfis de adoecimento e sobre as condições de vida dessa população (OPAS/OMS, 2015).

Entretanto, a saúde do trabalhador ainda ocupa posição secundária na agenda dos serviços, frequentemente ofuscada por metas assistenciais consideradas prioritárias (Amorim et al., 2017). A organização dos serviços em horários incompatíveis com a jornada laboral e a centralidade de outros grupos populacionais contribuem para a invisibilização das necessidades dos trabalhadores (Silva et al., 2014). Soma-se a isso a relação intrínseca entre o sistema produtivo e a geração de riqueza, que tende a mascarar os impactos do trabalho sobre a saúde, desde a formação profissional até as práticas assistenciais e de vigilância (Gomez et al., 2018).

Nesse cenário, o médico de família e comunidade assume papel fundamental na defesa dos interesses da população trabalhadora, ao reconhecer o trabalho como determinante central do processo saúde-doença e ao responsabilizar as instâncias competentes pela proteção da saúde no território (Paim & Reis, 2025). A priorização da saúde do trabalhador na Atenção Primária representa, portanto, um compromisso ético e político com a integralidade do cuidado e com a redução das iniquidades produzidas no e pelo trabalho (Castro et al., 2019).

CONCLUSÃO

A presente revisão permitiu analisar de forma integrada a saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, destacando a organização da rede de atenção, o papel da Vigilância em Saúde do Trabalhador e a centralidade da Atenção Primária à Saúde na identificação, cuidado e enfrentamento dos agravos relacionados ao trabalho. A análise do arcabouço legal evidencia que o SUS dispõe de bases normativas sólidas para a proteção da saúde da população trabalhadora, articulando ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e vigilância, com reconhecimento do trabalho como determinante fundamental do processo saúde-doença.

A organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador representa um avanço institucional relevante, ao integrar diferentes níveis de atenção e promover a complementaridade entre ações assistenciais e de vigilância. Nesse arranjo, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica por sua inserção territorial, proximidade com os modos de vida e trabalho da população e capacidade de acompanhamento longitudinal. A incorporação

da anamnese ocupacional à prática clínica emerge como ferramenta essencial para o reconhecimento do nexos entre trabalho e adoecimento, qualificando diagnósticos, orientando condutas terapêuticas e subsidiando ações de vigilância e notificação.

A atuação da Medicina de Família e Comunidade revela-se fundamental no cuidado aos agravos ocupacionais mais prevalentes, incluindo distúrbios osteomusculares, dermatológicos, auditivos, respiratórios, hematológicos e mentais. A revisão evidencia que abordagens centradas exclusivamente no tratamento sintomático, sem consideração das condições e da organização do trabalho, limitam a efetividade do cuidado e favorecem a recorrência dos agravos. Nesse sentido, o afastamento da exposição causal, a articulação com outros pontos da rede e o compartilhamento do cuidado com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador constituem estratégias indispensáveis para a integralidade da atenção.

A interface entre a prática clínica na Atenção Primária, a vigilância em saúde e a Previdência Social configura um campo complexo, que exige clareza quanto às atribuições éticas, técnicas e legais do médico assistente. A emissão de atestados médicos e da Comunicação de Acidente de Trabalho, quando realizada de forma criteriosa e fundamentada na anamnese clínico-ocupacional, contribui não apenas para a garantia de direitos previdenciários e assistenciais, mas também para a visibilidade epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho. A complementaridade entre o papel do médico assistente e do perito previdenciário mostra-se essencial para evitar tensionamentos institucionais e expectativas inadequadas por parte dos trabalhadores.

O afastamento do trabalho e os processos de reabilitação profissional emergem como momentos críticos no percurso de cuidado, com repercussões clínicas, sociais e subjetivas significativas. O sofrimento mental associado à ruptura temporária com o trabalho, aliado ao estigma da incapacidade, reforça a necessidade de abordagens ampliadas, que incorporem dimensões psicossociais e favoreçam a reconstrução de projetos de vida e trabalho. Nesse contexto, o acompanhamento longitudinal pela Atenção Primária assume papel central na sustentação do cuidado e na articulação com os dispositivos de proteção social.

Apesar dos avanços normativos e organizacionais, a revisão evidencia desafios persistentes para a efetiva incorporação da saúde do trabalhador na rotina da Atenção Primária à Saúde. A predominância de modelos assistenciais centrados na demanda imediata, as limitações de acesso aos ambientes produtivos, a sobrecarga das equipes e a invisibilização das necessidades dos trabalhadores dificultam a consolidação de práticas de vigilância e promoção

da saúde orientadas pelo território. Tais desafios apontam para a necessidade de investimentos contínuos em qualificação profissional, reorganização dos processos de trabalho e fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência na rede.

Como limitações do conhecimento disponível, observa-se a fragmentação da produção científica, a escassez de estudos que integrem de forma consistente assistência e vigilância e a insuficiente valorização da Atenção Primária como espaço privilegiado de atuação em saúde do trabalhador. Essas lacunas indicam a necessidade de pesquisas futuras que aprofundem a análise das práticas clínicas e de vigilância no território, bem como avaliações sobre a efetividade das estratégias adotadas pela APS na prevenção e no enfrentamento dos agravos ocupacionais.

Diante do exposto, conclui-se que o fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS depende do reconhecimento efetivo do trabalho como determinante central do processo saúde-doença e da consolidação da Atenção Primária à Saúde como eixo articulador do cuidado, da vigilância e da promoção da saúde. A atuação do médico de família e comunidade, ancorada nos princípios da integralidade, da longitudinalidade e da responsabilidade sanitária pelo território, constitui elemento-chave para a redução das iniquidades produzidas no e pelo trabalho, reafirmando a saúde do trabalhador como compromisso ético, político e estruturante do Sistema Único de Saúde.

REFERENCIAS

AMORIM, L. A. et al. Vigilância do trabalhador na Atenção Primária: aprendendo com a equipe de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3403-3413, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mDnYPcxkGkchJtpFqXR6Wjk/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2025.

BARBOSA, A. M. et al. Concepções e práticas sobre a Saúde do Trabalhador para profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Interface**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RBnFfKdCxMyhn4GrrSYmrWP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-SUS Linha da Vida: plataforma do Ministério da Saúde vai reunir dados de vigilância e saúde da população brasileira**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/e-sus-linha-da-vida-plataforma-do-ministerio-da-saude-vai-reunir-dados-de-vigilancia-e-saude-da-populacao-brasileira>. Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast/vesat>. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 397, de 9 de outubro de 2002**. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO/2002, para uso em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 2002. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=74&data=10/10/2002>. Acesso em: 7 dez. 2025.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. **The Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/abstract). Acesso em: 11 dez. 2025.

FARIA, M. G. A. et al. Saúde do trabalhador no contexto da Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa de literatura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/enauMartinsNetoViviana/biblio-1114750>. Acesso em: 16 dez. 2025.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/X5tn8RT9WLQNBqxttVYs7kn/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2025.

GARCIA, K. K. S.; MIRANDA, C. B.; SOUSA, F. N. E. F. Procedimentos para vinculação de dados da saúde: aplicações na vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ygyqXPFMKgX3pNQnhDQ5z7x/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2025.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2025.

MAGALHÃES, F. B. et al. Avaliação de incapacidade e funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT: uso da CIF em checklist. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 545–556, 2019. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/1496/en-US/disability-and-functioning-assessment-of-women-with-rsi-wrmsds--the-use-of-the-icf-checklist>. Acesso em: 22 dez. 2025.

MORI, E. C.; NAGHETTINI, A. V. Formação de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, p. 25–31, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/GH7DL7mn4jpJBpvq3JsJ5bK/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores 2015–2025**. Washington, DC, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33985/CD54_10Rev.1-por.pdf. Acesso em: 5 dez. 2025.

PAIM, J. S; REIS, C. R. O Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 49, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9XSCqZgjXPgfDDYfvw5PGpS/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Guia para o preenchimento das notificações compulsórias do Sinan – Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE)**. Minas Gerais, 2017. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/guia-preenchimento-das-notificacoes-compulsorias-do-sinan-cnae/?wpdmdl=2674>. Acesso em: 2 dez. 2025.

SILVA, T. L. et al. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273–288, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FPB6h5Yx4N4bcRGzFNmYRZj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 dez. 2025.