

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação - Promoção da Saúde e Prevenção da
Violência

MÁRCIA DA SILVA ANUNCIAÇÃO LAZARINO

APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA:
A Experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de
Betim

Belo Horizonte
2017

MÁRCIA DA SILVA ANUNCIAÇÃO LAZARINO

**APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: A
Experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Betim**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: Promoção de saúde e suas bases: trabalho, ambiente, cidadania.

Orientadora: Prof^a Dra. Elizabeth Costa Dias.

Belo Horizonte

2017

Lazarino, Márcia da Silva Anunciação.
L431a Apoio técnico e pedagógico para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção básica [manuscrito]: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Betim. / Márcia da Silva Anunciação Lazarino. -- Belo Horizonte: 2017.
80f.: il.
Orientador: Elizabeth Costa Dias.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Continuada. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Dias, Elizabeth Costa. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 400

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

Reitor:

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora:

Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação:

Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Luiz Armando Cunha de Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Selmo Geber

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof^a Palmira de Fátima Bonolo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof^a. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Profa. Cristiane de Freitas Cunha - Titular

Profa. Eliane Dias Gontijo - Titular

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira - Titular

Profa. Elza Machado de Melo - Titular

Profa. Soraya Almeida Belisario - Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro - Titular

Profa. Andréa Maria Silveira - Suplente
Prof. Marcelo Grossi Araujo - Suplente
Profa. Eugenia Ribeiro Valadares - Suplente
Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Suplente
Profa. Stela Maris Aguiar Lemos - Suplente
Profa. Izabel Christina Friche Passos - Suplente

Representantes discentes:

Maria Beatriz de Oliveira - Titular
Marcos Vinícius da Silva - Suplente



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE
SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA

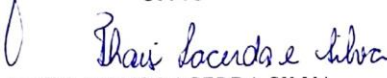
MARCIA DA SILVA ANUNCIAÇÃO LAZARINO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 03 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Elizabeth Costa Dias - Orientador
UFMG


Prof(a). JANDIRA MACIEL SILVA
UFMG


Prof(a). THAIS LACERDA SILVA
ESP-MG


Prof(a). Luciana de Freitas Campos
UFVJM

Belo Horizonte, 3 de julho de 2017.

*Não há saber mais
ou saber menos:
Há saberes diferentes.*

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

A realização desta Dissertação contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata. Deixo aqui algumas palavras, mas com sentimento profundo de agradecimento a todos que estiveram ao meu lado nesta trajetória.

À professora Elizabeth Costa Dias, pela sua orientação e atenção; pela disponibilidade e saber transmitidos; pelas opiniões e críticas, pela colaboração ao solucionar dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho, pelas palavras de incentivo e, principalmente, por acreditar no meu potencial e respeitar meu desejo.

À professora Elza Machado de Melo, Coordenadora do Programa, pelos ensinamentos, pelo exemplo de ética e cidadania, por sua capacidade de agregar pessoas interessadas na defesa da vida e pela acolhida em um ambiente que não era o meu.

Às minhas amigas e colegas, Andréia Inácio, Gabriela Mansur, Ludmila Braga e Valéria Alves que estiveram ao meu lado, durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio em certos momentos difíceis.

Aos Colegas do Cerest por compartilharem comigo a paixão pela saúde do trabalhador capaz de transformar sonho em realidade: “Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade” (Raul Seixas).

Aos profissionais que participaram do estudo, pela disposição, pelo tempo despendido compartilhando vivências e contribuindo com o meu aprendizado.

À minha mãe, Maria Cândida, pelo amor incondicional, que mesmo sem entender o motivo de tantas horas de estudo sempre afirmou que eu conseguiria.

Ao meu marido, Pedro Lazarino, por todo o seu amor, carinho, admiração e pela presença incansável com que me apoiou durante a realização do mestrado.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus filhos, Lorena e João Pedro, por iluminarem minha vida, pelo apoio, incentivo e paciência demonstrados e pela ajuda na superação dos obstáculos que ao longo dessa caminhada foram surgindo. A eles dedico esse trabalho!

RESUMO

O estudo analisa o apoio técnico e pedagógico por profissionais especializados, em particular dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), às equipes da Atenção Básica para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores na rede de saúde, atribuição do Sistema Único de Saúde, detalhada na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e referendada pela Política Nacional da Atenção Básica, que define o processo de trabalho e atribuições das equipes. O objetivo geral é analisar o processo de apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica do município de Betim, escolhido segundo os critérios de ser sede de Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, que desenvolve, desde 2006, ações junto à Atenção Básica, por meio da realização de reuniões mensais com as Equipes de Saúde da Família do município como uma das estratégias de apoio técnico e pedagógico, desde 2012. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória do tipo estudo de caso, realizada no município Betim, Minas Gerais, utilizando análise documental e entrevistas semiestruturadas com os profissionais do Cerest que realizam matriciamento na Atenção Básica e profissionais de cada unidade básica de Betim, sendo um médico, um enfermeiro e um agente comunitário de saúde, nas quais o matriciamento em saúde do trabalhador foi implantado e as reuniões aconteceram no segundo semestre de 2016. Os resultados são apresentados em duas etapas: na primeira é descrito o processo de apoio técnico e pedagógico realizado pela equipe do Cerest na atenção básica no período de 2006 a 2016. A segunda apresenta os resultados e análises dos dados das entrevistas organizados em três categorias: concepções sobre apoio técnico e pedagógico; limites e desafios do matriciamento em saúde do trabalhador e facilitadores e potencialidades do matriciamento em saúde do trabalhador. Constatou-se que o apoio matricial possibilitou a mudança na prática dos profissionais das equipes da atenção básica (equipes de referência) que incorporaram a relação trabalho – saúde – doença em suas práticas, ampliaram a valorização da discussão de caso e consideram as reuniões de matriciamento uma oportunidade de aprendizagem e a necessidade de os profissionais-especialistas terem formação no campo da saúde do trabalhador. Concluiu-se pela importância e necessidade de garantir o apoio técnico e pedagógico por parte de equipes especializadas para os profissionais da atenção básica e de se investir na formação do profissional, dos matriciadores, na perspectiva da educação permanente.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Atenção primária à saúde. Centro de referência em saúde do trabalhador. Apoio matricial.

ABSTRACT

The study analyzes the technical and pedagogical support by specialized professionals, in particular in the Reference Center for Occupational Health (Cerest), to the primary health care teams for the development of integral worker's health in the health care system, attribution of the Public Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), detailed in the National Policy on Worker's Health and reinforced by the National Policy of Primary Health Care, which defines the work process and assignments of the teams. The main objective is to analyze the technical and pedagogical support process carried out by Cerest for the development of worker's health actions in the Primary Health Care of the Municipality of Betim, chosen according to the criteria of being the head office of the Regional Reference Center for Occupational Health. The center has been developing actions along with primary health care since 2006, through monthly meetings with the family health teams of the Municipality, as one of the strategies for technical and pedagogical support since 2012. This is a qualitative, exploratory, case-study-based research conducted in the city of Betim, Minas Gerais, using documentary analysis and semi-structured interviews with the professionals of the Reference Center for Occupational Health who performs integration with the primary health care and the professionals of each of Betim's basic units, being a physician, a nurse and a community health agent, where the integration of the worker's health was implemented and the meetings took place in the second half of 2016. The results are presented in two phases: the first describes the process of technical and pedagogical support carried out by the Cerest team in primary health care in the period from 2006 to 2016. The second presents the results and analyzes the interview data organized into three categories: conceptions on technical and pedagogical support; limits and challenges of the matriciamento in health of the worker and facilitators and potentialities of the matriciamento in health of the worker. It was verified that the integrated support allowed the change in the practice of the professionals of the primary care teams (reference teams) that incorporated the work-health-disease relationship in their practices, extended the value of the case discussion and consider the integration meetings as a learning opportunity and as a need for the professional-specialists to have training in the field of occupational health. It may be concluded on the importance and necessity of guaranteeing technical and pedagogical support on the part of specialized teams to the professionals of the primary health care and of investing in the qualification of the professional of the integrators, from the perspective of continued education.

Keywords: Occupational health. Primary health care. Education. Continuing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AM.....	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST.....	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSAT /	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de
DSAST /	Vigilância Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria
SVS-MS.....	de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DESA	Departamento de Educação em Saúde
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MF	Ministério da Fazenda
MS.....	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NASF.....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR.....	Perda Auditiva Induzida pelo Ruído
PIT.....	Preparação e Intervenção para o Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS.....	Política Nacional de Educação Permanente na Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS.....	Rede de Atenção à Saúde
RENAST.....	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador

REVISA.....	Referência Local de Vigilância à Saúde
RTST.....	Referência Técnica em Saúde do Trabalhador
SERSAT.....	Serviço de Referência de Saúde do Trabalhador
SINAN.....	Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UFMG.....	Universidade Federal de Minas Gerais
USF.....	Unidade de Saúde da Família
VISAT.....	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Organização da saúde do trabalhador em Betim.....	32
Figura 2	Linha histórica das ações de apoio técnico e pedagógico realizadas pelo Cerest para atenção básica no período de 2006 a 2016	48
Figura 3	Apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest para a AB de Betim.....	69
Tabela 1	Evolução do matriciamento por unidade matriciada	46
Tabela 2	Perfil dos profissionais das ESF segundo formação, cargo, tempo no SUS em Betim e na AB.....	49
Tabela 3	Encaminhamento dos pacientes ao Cerest por origem	66
Tabela 4	Notificações dos agravos da saúde do trabalhador realizadas pela AB de Betim no período de 2007 a 2016	68
Gráfico 1	Motivos de cancelamento de reuniões de matriciamento	47
Gráfico 2	Ações consideradas de apoio técnico pedagógico por profissional do Cerest	50
Gráfico 3	Encaminhamento de pacientes ao Cerest por UBS.....	67
Quadro 1	Dificultadores para a realização do matriciamento segundo os profissionais da AB e do Cerest.....	55
Quadro 2	Formação e tempo de atuação dos matriciadores no CEREST	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos	17
1.1.1	Geral	17
1.1.2	Específicos	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Apoio matricial	18
2.2	Apoio matricial em saúde do trabalhador às equipes da atenção básica ..	21
3	METODOLOGIA	25
3.1	Cenários do estudo	25
3.1.1	O município de Betim	27
3.1.2	A atenção básica no SUS de Betim	28
3.1.3	A saúde do trabalhador em Betim	28
3.2	Etapas do estudo	32
3.2.1	Pesquisa documental	32
3.2.2	Entrevista semiestruturada	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1	Ações de apoio técnico e pedagógico realizadas pelo Cerest para as equipes da Atenção Básica do município de Betim	37
4.1.1	Reuniões de matriciamento	42
4.2	Análise das entrevistas	49
4.2.1	Concepções sobre apoio técnico e pedagógico	50
4.2.2	Limites e desafios do matriciamento em saúde do trabalhador	54
4.2.3	Facilitadores e potencialidade do matriciamento em saúde do trabalhador	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista profissionais Cerest	75
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista profissionais AB	76
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
	ANEXO A - Aprovação COEP	78
	ANEXO B - Carta de Anuência	79

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, em seu artigo 200, definiu entre as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988). A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, reforçou esta atribuição e, no seu artigo 6º, incluiu a saúde do trabalhador como campo de atuação do SUS, afirmando a vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) como responsabilidade do sistema (BRASIL, 1990).

A Portaria 3.908 de 30 de outubro de 1998, definiu as atribuições e responsabilidades dos municípios, estados e Distrito Federal, estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, aprovando a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST). Esta portaria no seu artigo 1º apontou como um dos pressupostos básicos para a saúde do trabalhador no SUS a integralidade, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis (BRASIL, 1998).

Ao longo desses quase trinta anos, o SUS tem se desenvolvido com limitações e avanços, mas, indiscutivelmente, colocando-se como uma política pública de capilaridade nacional e cobertura universal. Entre os avanços registrados no campo da saúde do trabalhador destacam-se: a realização de quatro conferências nacionais em 1986, 1994, 2005 e 2014, a publicação de portarias e regulamentos entre eles a Portaria 1.679/2002 que criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST) e a Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNSTT, toda rede de saúde deve estar comprometida com o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador sintetizado no artigo 8º que condiciona a garantia desta integralidade à inserção de ações de saúde do trabalhador em todos os serviços que compõem os pontos de atenção do SUS. Também prescreve que compete ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

(CEREST) prover apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde (APS), nos serviços especializados, de urgência e de emergência, bem como na promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

No que tange à Atenção Básica (AB), a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que dispõe sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, preconiza que a AB tem o papel de organizadora da rede e de coordenadora do cuidado em Saúde (BRASIL, 2011).

Na mesma direção, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, avançou na afirmação de uma AB acolhedora e resolutiva, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para sua organização (BRASIL, 2011).

Assim, os profissionais da AB em suas atividades cotidianas cuidam de trabalhadores, seja nas unidades de saúde, nos domicílios, e de modo geral no território sob sua responsabilidade sanitária, incluindo as ações de identificação de ambientes e processos de trabalho, que envolvem o trabalho informal, infantil ou domiciliar, que acontecem nas mais diversas modalidades.

Também é importante destacar que a saúde dos trabalhadores é fortemente impactada pelas mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, traduzidas na flexibilização da produção, gestão e organização do trabalho; na terceirização dos contratos de trabalho; no desemprego estrutural e no subemprego; na informalidade assumida no trabalho artesanal, autônomo, em domicílio, muitas vezes familiar. E também pelo distanciamento do Estado no que se refere à normatização das relações de trabalho e implementação das políticas públicas, bem como o enfraquecimento dos movimentos sindicais, importantes atores no controle social da saúde do trabalhador (LACAZ, 1996). Neste contexto, a aproximação da AB com o campo da saúde do trabalhador, conforme Dias et al. (2009), torna-se cada vez mais importante para o desenvolvimento da política de saúde do trabalhador.

Apesar das prescrições legais para que a AB desenvolva ações de saúde do trabalhador, essas ações ainda são incipientes, destacando-se entre as dificuldades para a sua implementação a verticalidade e a centralização do planejamento da atuação das equipes e o predomínio de atividades assistenciais em detrimento das de vigilância e promoção da saúde (DIAS et al., 2009).

A PNAB, ao definir o processo de trabalho e atribuições dos profissionais das equipes, apontou como um dos requisitos para que se desenvolvam ações em saúde do trabalhador, a efetivação do apoio técnico e pedagógico por parte de equipes especializadas aos trabalhadores da AB.

Sobre o papel do CEREST, Dias, Bertolini e Pimenta (2011) apontam que, para que desempenhem sua função de suporte técnico e pedagógico em relação à AB, são necessárias diversas ações, não podendo se limitar a capacitações técnicas pontuais e que, nesse sentido, a educação permanente e o apoio matricial mostraram-se como estratégias importantes na implantação e na manutenção das ações de saúde do trabalhador na AB.

Nesse contexto este estudo busca analisar o apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest de Betim para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na AB no período de 2006 a 2016. Este município foi o escolhido para a realização do estudo considerando a história do Cerest Regional de Betim com a atenção básica. Outro aspecto considerado facilitador é o fato da pesquisadora ser servidora do SUS no Município, lotada no Cerest, onde desempenha a função de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador (RTST) e acompanha há anos o percurso da saúde do trabalhador.

Vale destacar que, nessa dissertação a expressão apoio matricial foi utilizada como sendo um arranjo organizacional de compartilhamento de saberes que viabiliza o suporte técnico pedagógico segundo o conceito de Campos (1999) que definiu o apoio matricial em saúde como sendo uma metodologia que objetiva garantir retaguarda especializada assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência.

Assim, esse estudo busca descrever e analisar o papel desempenhado pelo Cerest no suporte técnico e pedagógico às equipes da AB e tem como pergunta orientadora: O apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest é uma estratégia potente para inserir ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica?

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Analisar o processo de apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica no município de Betim.

1.1.2 Específicos

- a) Descrever o processo de apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest junto às equipes da atenção básica.
- b) Analisar a percepção dos profissionais das equipes da AB e do Cerest acerca das ações de apoio técnico e pedagógico (matriciamento) na atenção à saúde do trabalhador.
- c) Identificar aspectos facilitadores e dificuldades encontradas para a execução das ações de apoio técnico e pedagógico em saúde do trabalhador.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Apoio matricial

Campos (1999) define o apoio matricial em saúde como sendo uma metodologia que objetiva garantir retaguarda especializada assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência, a fim de ampliar o campo de atuação e qualificar as ações dessas, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva das mesmas.

Para Campos et al. (2014), esta mudança de padrão possibilita a construção do vínculo, a relação terapêutica longitudinal e o acompanhamento do processo saúde-doença de cada usuário, fazendo com que a equipe de referência, responsável diretamente pelo cuidado dos usuários, conheça na particularidade a história de vida de cada um, colocando-se como corresponsável pelo tratamento, e as ações que se desdobram a partir do atendimento. O cerne desse arranjo consiste na apropriação do acompanhamento do paciente em seus aspectos biológicos, sociais, familiares, políticos e psíquicos pela equipe de referência.

Para melhor compreensão faz-se importante desmembrar o termo e destacar seus possíveis significados: consultando o dicionário encontramos que matriz pode indicar tanto o lugar onde se geram e criam coisas, mas também pode significar relações de repetição e reprodução, comando e obediência – a matriz e suas filiais (MICHAELIS, 1998). Apoio, por sua vez, é uma palavra polissêmica e dela derivam alguns significados como suporte, base, auxílio, sustentáculo (MICHAELIS, 1998).

Na expressão apoio matricial, a palavra apoio indica um modo para se operar a relação entre os profissionais de referência e os especialistas (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2011). É considerado um “modo interativo, um modo que reconhece as diferenças de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais” (CAMPOS, 2003, p.86).

De acordo com Campos e Domitti (2007), a junção dos significados de matriz e de apoio no termo apoio matricial indica uma possibilidade de se alterar a forma vertical

de relação entre os trabalhadores nas organizações de saúde, bem como que existem outras formas possíveis de relação entre esses em que todos são capazes de gerar e criar coisas.

Campos (1999) define que um dos objetivos do apoio matricial é romper a lógica tradicional do encaminhamento observada nos sistemas hierarquizados de saúde. Nestes sistemas, os trabalhadores da Atenção Básica encaminham os casos para os especialistas, que ocupam lugar de destaque, estabelecendo assim uma diferença de poder entre quem referencia um caso e quem o recebe: ao encaminhar um caso, a responsabilidade pela condução do mesmo também é transferida. Ao contrário, no trabalho organizado sob a lógica do apoio matricial não há transferência, uma vez que o usuário não é mais encaminhado para um serviço especializado, mas sim compartilhado, e a responsabilidade pela condução do caso continua com a equipe de referência.

Em outras palavras, o matriciamento tem por função dar suporte, discutir, intervir conjuntamente e atuar na formação dos profissionais para o cuidado à saúde mental, promovendo a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva das equipes de referência na condução dos casos (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

De acordo com Campos et al. (2014), esta metodologia prevê a interação entre as equipes de especialistas e as equipes de referência. A Equipe de Referência será composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dentro de certo campo, e eles serão responsáveis por acionar a rede complementar necessária a cada caso. O trabalho desta equipe deve ser orientado pelo compartilhamento de saberes, responsabilidades e competências a um conjunto de trabalhadores, de distintas áreas e saberes, organizados de acordo com o objetivo de cada serviço de saúde, configurando-se como referência para os usuários desse serviço. Esses profissionais são considerados fundamentais para a condução do caso individual, familiar ou comunitário e têm a responsabilidade pela condução do mesmo de modo longitudinal. Portanto, de acordo com essas definições, pode-se dizer que, na Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família ocupam o lugar de Equipes de Referência.

Os profissionais de áreas especializadas, que não participam cotidianamente da equipe de referência, oferecem suporte técnico especializado a essas equipes. Assim, de acordo com Campos (2003), o apoio matricial é realizado por trabalhadores, que não têm uma relação direta e cotidiana com o usuário, detentores de um saber específico distinto dos da Equipe de Referência. O fato de serem especialistas não significa que detenham a resposta para a resolução do caso, a ideia é a construção compartilhada de possibilidades de intervenção para a situação em pauta, como traz Dimenstein et al. (2009), somente a integralidade pode ser realmente efetiva na promoção à saúde.

Campos (1997, p.248-249) define “núcleo de conhecimento e de responsabilidade como um conjunto de saberes e responsabilidades próprios de cada profissão ou especialidade”. Assim, o trabalhador que realiza o apoio matricial possui um núcleo de conhecimento diferente do daqueles que recebem o apoio. Para Campos e Domitti (2007), a diferença entre o núcleo de conhecimento dos profissionais que realizam o apoio matricial e dos que compõem a equipe de referência tem capacidade para aglutinar saberes e contribuir para o aumento da resolubilidade dos problemas de saúde. No entanto, ficar limitado ao núcleo de conhecimento pode dificultar a interdisciplinaridade necessária para responder as demandas não contempladas pelos núcleos de cada profissão.

Neste sentido, Pena (2009) relata em um estudo desenvolvido na AB do município de Campinas/SP, que analisou o cotidiano dos trabalhadores no campo da saúde mental que o matriciador precisou distanciar-se do seu núcleo de conhecimento, ou seja da sua especialidade, para tornar possível o alargamento das discussões durante o matriciamento e assim exercer o seu papel de apoiador.

Outro conceito apresentado por Campos (1997, p.248-249) é o de campo de conhecimento e de responsabilidade, que constitui os “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões”, importante para compreender que existem demandas que extrapolam as atribuições específicas de cada categoria profissional.

Segundo Cunha (2005), a dimensão assistencial do apoio matricial é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários, e a dimensão técnico-pedagógica vai demandar ações de cunho educativo com e para a equipe. Desse modo, os trabalhadores que realizam o referido apoio atendem tanto a população adscrita quanto os profissionais que prestam assistência diretamente à população.

Na dimensão técnico-pedagógica, de acordo com o Caderno da Atenção Básica de número 27 publicado pelo Ministério da Saúde (2009), estão incluídas as ações compartilhadas, que pressupõem uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos, com ênfase em estudo e discussão de casos entre profissionais das equipes de referência e os apoiadores. Como possibilidades de ações compartilhadas têm-se: reuniões de matriciamento; atendimento individual compartilhado; atendimento domiciliar compartilhado; atividade coletiva compartilhada; atividades em grupo realizadas na Unidade Básica de Saúde ou em outros espaços do território, como associações de moradores (BRASIL 2010a).

As ações relativas à dimensão assistencial do apoio matricial dizem respeito às intervenções diretas dos profissionais do apoio matricial com os usuários, tais como atendimentos individuais ou atividades coletivas específicas de cada categoria que o compõe.

É preciso considerar que podem existir dificuldades para a realização do apoio matricial em virtude do compartilhamento de conhecimento e de poder necessários. Nesse sentido, Campos (2003) aponta que os trabalhadores tendem a cristalizar-se, apegando-se à identidade do seu núcleo de especialidade, o que acaba por dificultar a interdisciplinaridade.

2.2 Apoio matricial em saúde do trabalhador às equipes da atenção básica

A PNSTT aponta que o apoio matricial às equipes da Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pode ser visto, na atualidade, como desafio e oportunidade de redefinição do papel dos Cerest. Nesse sentido,

Dias e Lacerda-Silva (2013) consideram que, para a incorporação de ações direcionadas aos trabalhadores que contemplem sua inserção dos processos produtivos, pelos profissionais da AB, é necessário o apoio técnico e pedagógico de outros dispositivos do SUS, em especial do Cerest. Consideram ainda ser atribuição do Cerest prover apoio técnico especializado enquanto centro articulador das ações de Saúde do Trabalhador na RAS e que, desde a Portaria nº 1.679/02, esse suporte do Cerest deveria se traduzir em ações de acompanhamento dos profissionais da rede de serviços, o que foi ratificado pela Portaria nº 2728/09 (BRASIL, 2009).

De acordo com a PNAB, as Equipes de Saúde da Família (ESF) devem responsabilizar-se, de modo longitudinal, pelo cuidado integral da situação de saúde e produção da autonomia das pessoas e impacte sobre os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades de sua área de abrangência, mantendo a gestão e a coordenação do cuidado, mesmo quando este estiver em outros pontos de atenção de serviços de saúde. Segundo Campos (1999), essa forma de organização facilita a construção de vínculo entre os profissionais e a população, aumentando o comprometimento. Assim, pode-se afirmar que as ESF são as equipes de referência para uma dada população adscrita (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria GM Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) esta é “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho e se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”. Entendida como aprendizagem-trabalho, a educação permanente deve acontecer a partir dos problemas enfrentados na realidade e levar em consideração os conhecimentos e as experiências a partir da problematização do processo de trabalho. Assim, os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007).

Ainda de acordo com a Portaria 1.996, a educação permanente deve ser entendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção

de relações e processos que surgem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais (BRASIL, 2007).

A PNEPS prescreve ainda que, os processos de formação das equipes devem considerar os processos de trabalho e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades. Desse modo, é imprescindível que os profissionais incorporem, em suas abordagens, o papel do trabalho na determinação social do processo saúde-doença (BRASIL, 2007).

Assim, as diretrizes sobre educação em saúde estão em sintonia com a proposta de inserção de ações de saúde do trabalhador na atenção básica a partir da estratégia do apoio matricial, uma vez que no aspecto técnico pedagógico, a educação permanente entra como uma importante dimensão do apoio, sem a qual a troca de saberes entre os profissionais ficaria descontextualizada da prática dos serviços.

Dimenstein et al. (2009) apontam o apoio matricial como uma transformação no modo de cuidar, que possibilita apreender a saúde como produção de vida diária das pessoas, articulada ao contexto familiar, comunitário e cultural. Nessa perspectiva, conforme descrito por Campos et al. (2014), o apoio matricial funciona como um dispositivo que contribui para intervenções mais resolutivas das equipes, qualificando o cuidado na AB por meio do trabalho compartilhado, como parte da integralidade nos atendimentos, o que contribui para tornar essas práticas mais humanizadas e resolutivas.

Dias, Bertolini e Pimenta (2011) afirmam que o apoio matricial e a educação permanente constituem estratégias importantes para a implantação efetiva da saúde do trabalhador na atenção básica. As autoras, ao analisarem a experiência de implantação das ações de saúde do trabalhador no município de Amparo, no estado de São Paulo, relatam que, para a articulação das ações na rede de saúde do município, a estratégia adotada contou com: apresentação das diretrizes do programa ao Colegiado de Saúde da Família; discussão do programa e incorporação das ações, com agendamento prévio na atenção básica com cada equipe das Unidade de Saúde da Família (USF); capacitação em serviço da equipe de Vigilância em Saúde (sanitária e epidemiológica) para o desenvolvimento de

ações de vigilância em saúde nos ambientes de trabalho. Visando sedimentar as ações de saúde do trabalhador na AB do município estudado por Dias, Bertolini e Pimenta (2011), a equipe do Cerest de Amparo adotou o modelo de matriciamento das equipes, estruturado em um conjunto de ações permanentes.

3 METODOLOGIA

Foi realizado estudo qualitativo e exploratório, do tipo estudo de caso. Na abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2008), o pesquisador tem como objetivo aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação. Não há uma preocupação com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito, percepções e opiniões.

O estudo de caso caracteriza-se como o estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo. Segundo Triviños (1987), no estudo de caso o objeto é uma unidade que se analisa profundamente, produzindo uma análise crítica que leva o pesquisador à tomada de decisões e/ou à proposição de ações transformadoras.

O presente trabalho também se aproxima da pesquisa ação, caracterizada por Thiollent (1986), como uma pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Esta pesquisa integra a linha de investigação coordenada pela prof^a Elizabeth Costa Dias, no tema do desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número (ETIC 459/08) (ANEXO A). Foi concedido pelo Cerest de Betim a carta de anuência para a realização da pesquisa (ANEXO B).

3.1 Cenários do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Betim, situada na região metropolitana de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. A escolha do local se deu em função do município ser sede de Cerest Regional, possuir serviço de saúde do trabalhador na rede SUS desde 1994, ter desenvolvido, desde 2007, ações junto à atenção básica

e ter adotado, desde 2012, a realização de reuniões mensais com as ESF do Município como uma das estratégias de matriciamento.

O Cerest do município de Betim, cumprindo seu papel de apoiador matricial definiu, no ano de 2007, como um de seus eixos norteadores o apoio técnico e pedagógico para os trabalhadores dos diversos pontos de atenção da rede SUS dos municípios de sua área de abrangência, com ênfase na AB.

As ações de apoio técnico e pedagógico iniciadas em 2007 e desenvolvidas até os dias atuais podem ser didaticamente divididas em três fases. A primeira consistiu em fazer com que a saúde do trabalhador fosse conhecida pelos profissionais do SUS. Este período foi marcado pelas capacitações das equipes, que foram organizadas em diferentes modelos, porém todos com o objetivo de disseminar o conhecimento sobre a saúde do trabalhador para que os profissionais pudessem suspeitar do adoecimento relacionado ao trabalho e encaminhar os casos suspeitos ao Cerest.

A segunda fase teve como objetivo a incorporação das ações de saúde do trabalhador ao cotidiano dos profissionais da AB e a estratégia utilizada consistiu na implantação das reuniões de matriciamento. Embora o Cerest realize várias ações de apoio matricial tanto no braço assistencial quanto no de apoio técnico pedagógico, convencionou-se chamar de matriciamento as ações desenvolvidas de forma compartilhada com os profissionais da AB. Os técnicos do Cerest utilizam o termo matriciamento para se referirem às reuniões mensais para discussão de casos e temas da saúde do trabalhador, e consideram unidades matriciadas aquelas em que esta metodologia de trabalho já foi implantada.

Assim, o matriciamento, iniciado em fevereiro de 2012, está implantado em 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com um total de 48 equipes de Programa Saúde da Família (PSF), o que corresponde a 50% das UBS e 37% das equipes de PSF do município. No Plano Plurianual de Saúde de Betim para o período de 2014 - 2017 consta que, até o ano de 2017 o município teria 50% das UBS com matriciamento em saúde do trabalhador implantado.

A terceira fase, recém-inaugurada, é um desdobramento dessas ações no município e consiste na institucionalização da saúde do trabalhador na AB definida pela publicação do Decreto Municipal nº 40.534, de 02 de dezembro de 2016, que dispõe sobre a implantação do protocolo da saúde do trabalhador na atenção primária do município de Betim.

3.1.1 O município de Betim

A cidade foi criada em 17 de dezembro de 1938, possui extensão territorial de 344 km² (IBGE, 2010) e faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, estando distante 30 km da capital mineira.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população em 2010 era de 378.089 habitantes, sendo estimada para 2016 em 422.354 pessoas. Em relação à faixa etária, 69,99% dos habitantes estão entre 15 a 64 anos de idade, constituindo a população economicamente ativa do município.

No que se refere ao sexo, 50,71% são mulheres. Embora a população masculina no total seja praticamente proporcional à feminina, observa-se redução da população de homens a partir de 20 anos de idade em comparação com as mulheres. Com base nos dados epidemiológicos, o fato é atribuído ao alto índice de mortalidade da população masculina jovem, associado às mortes por causas externas.

Segundo o IBGE, em 2014, 32,8% dos betinenses tinham ocupação formal, com uma média salarial de 3,5 salários mínimos. Quando se considera a população total, o percentual da população com rendimento de até meio salário mínimo é de 33,7%. De acordo com os dados do perfil produtivo do Município realizado em 2013 e 2014, pela AB e Cerest, 51% dos trabalhadores do Município estão na informalidade.

Além de ser polo petroquímico e automotivo, a cidade abriga importantes indústrias nos setores de metalurgia, mecânica e logística. O setor produtivo do Município é diversificado, incluindo comércio, serviços e atividades agrícolas de pequeno porte.

O território da cidade está dividido em dez regiões administrativas: Alterosas, Centro, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB, Petrovale, Teresópolis, Icaivera e Vianópolis.

3.1.2 A atenção básica no SUS de Betim

O município é habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde. É sede de uma região de saúde composta por 13 municípios: Betim, Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Piedade dos Gerais, Rio Manso e São Joaquim de Bicas, abrangendo um total de 642.750 habitantes (IBGE, 2010).

De acordo com o plano municipal de saúde vigente a organização do SUS local está pautada em redes de saúde, de forma a integrar os diversos serviços que compõem o sistema de saúde e ampliar a comunicação entre eles. Entre os eixos estruturantes das principais linhas definidas para serem trabalhadas, destaca-se assegurar que a APS realize uma atenção integral em uma rede articulada, nos níveis de atenção e em todos os ciclos de vida, nas condições crônicas e agudas.

A Atenção Básica do município é composta por 34 unidades básicas que abrigam 102 equipes de saúde da família, sendo que neste momento 33 equipes estão incompletas. As áreas de abrangência de cada unidade de saúde são territórios mapeados e divididos em 698 microáreas. Possui também nove equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo quatro credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS), as demais não foram credenciadas por não terem o quadro de profissionais completo. Destaca-se que, de acordo com o planejamento da coordenação da AB do município, para a cobertura da população são necessárias 15 equipes de NASF, porém não há indicativo de quando as referidas equipes serão criadas.

3.1.3 A saúde do trabalhador em Betim

A implementação da saúde do trabalhador no SUS Betim teve início, de acordo com Almeida e Reis (2013), em 1994, com a vigilância sanitária realizando inspeções nos ambientes de trabalho. Em 1995, segundo as mesmas autoras, a pedido do

sindicato dos metalúrgicos de Betim foi criado o Serviço de Referência em Saúde do Trabalhador (SERSAT). Este serviço, vinculado à média e alta complexidade, manteve as ações de inspeção nos ambientes de trabalho e passou a ofertar também procedimentos de assistência aos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

Com a instituição da RENAST, pela Portaria Ministerial 1.679/2002, o SERSAT, em dezembro de 2012, foi habilitado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 994, para ser Centro de Referência Regional, passando a oferecer cobertura para os 13 municípios que compõem a região de saúde de Betim. Ressalta-se que, desde a implantação do serviço de saúde do trabalhador, até o ano de 2005, as ações realizadas consistiram basicamente na assistência aos trabalhadores vítimas de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho e inspeção nos ambientes de trabalho.

Em 2005, a Portaria GM 2.437/2005 ampliou e fortaleceu as ações em saúde do trabalhador, que devem ser desenvolvidas em toda a rede SUS nos três níveis de atenção, de forma descentralizada e hierarquizada. Assim, a partir de 2006 o Cerest Betim iniciou o processo de implementação de seu papel de prover suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, no ano de 2007 o Cerest assumiu seu papel de apoiador matricial para os municípios da área de abrangência do Cerest implementarem ações de saúde do trabalhador. A estratégia foi a instituição da referência técnica em saúde do trabalhador (RTST) em cada município e a capacitação continuada das mesmas por meio de reuniões mensais que acontecem desde então no Cerest.

Ainda em 2007, foi nomeada a primeira Referência Técnica em Saúde do Trabalhador. Vale ressaltar que, embora o município já tivesse em seu quadro várias referências técnicas de programas específicos e áreas temáticas, a RTST só foi designada após uma solicitação da Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais. Tal procedimento foi necessário porque no município a indicação do nome do ocupante do cargo de gerente das unidades de saúde não considera o

conhecimento técnico, privilegiando somente aspectos políticos. Vale ressaltar que a presença da RTST foi uma conquista importante, na medida em que, embora esta profissional tenha uma atuação direta com os profissionais do Cerest sua vinculação é com a diretoria de atenção à saúde, o que facilita a interlocução com os demais serviços e programas do município.

Também no ano de 2007, a equipe técnica do Cerest foi recomposta por profissionais concursados recém- admitidos.

Em cumprimento à exigência da área técnica em Saúde do Trabalhador do MS, responsável pelo repasse do recurso da RENAST, liberado mensalmente pelo Ministério da Saúde fundo a fundo para os municípios que possuem Cerest habilitados, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Betim, em plenária realizada no dia 08 de agosto de 2006, aprovou a constituição do Conselho de Serviço do Cerest da Microrregião Betim, que foi homologada pelo Secretário Municipal de Saúde e funcionou de 2007 a 2010. O conselho de serviço se caracterizou como órgão colegiado, que contribuiu na formulação do plano de trabalho da saúde do trabalhador; no acompanhamento do planejamento, da execução dos gastos e da prestação de contas da aplicação dos recursos previstos nos planos da RENAST em sua área de abrangência.

No ano de 2010, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) no CMS de Betim. Esta Comissão assumiu as competências do Conselho de Serviço que foi destituído.

O ano de 2010 foi marcado também, pela mudança do Cerest para sua sede própria; pelo fortalecimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, por meio da transferência dos fiscais da saúde do trabalhador, lotados no Cerest, para o Serviço de Vigilância à Saúde do Município; pela transferência do serviço de reabilitação física existente no Cerest para o Centro de Reabilitação Física do Município e implantação do programa de Preparação e Intervenção para o Trabalho pelos profissionais da reabilitação física do Cerest; pela instituição de uma referência para os agravos da saúde do trabalhador na vigilância epidemiológica e; pela instituição

de uma Referência de Vigilância à Saúde (REVISA), em parceria com a vigilância epidemiológica, em todas as unidades de saúde do município.

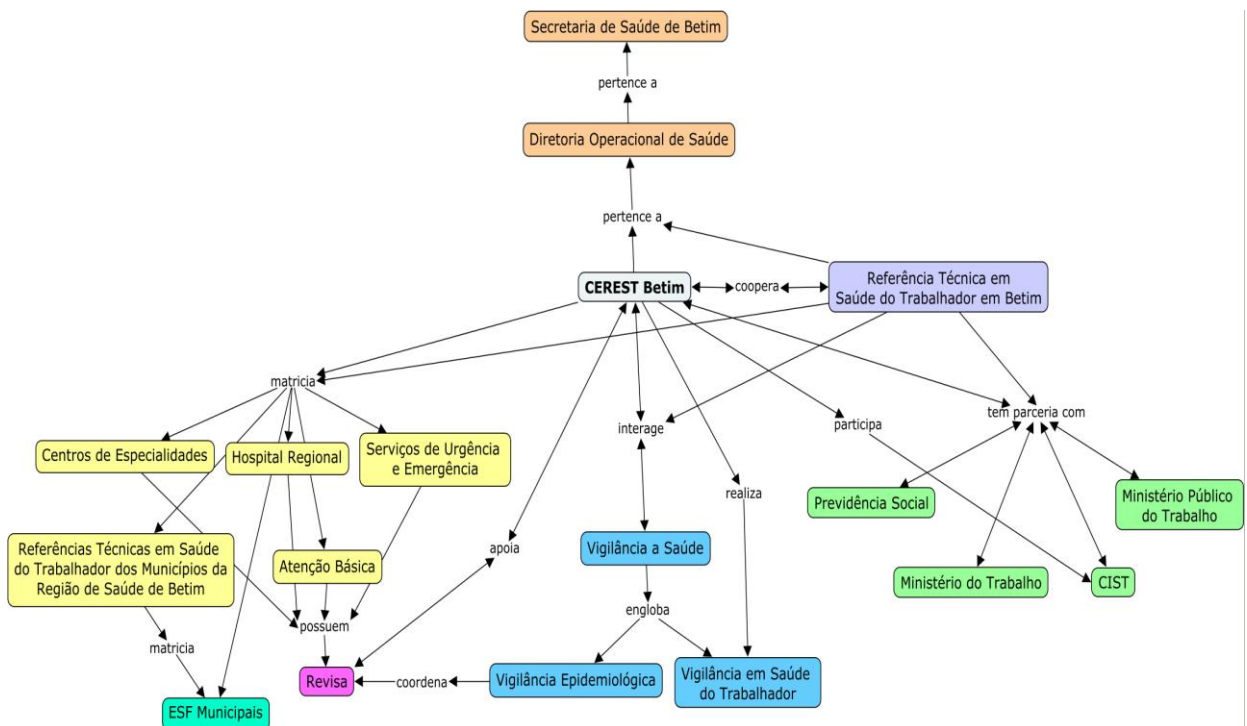
O objetivo principal do REVISA é implantar e organizar as rotinas de vigilância à saúde nas unidades da rede do Sistema Único de Saúde de Betim. Esses profissionais foram treinados intensamente pela equipe do Cerest para se tornarem uma referência da saúde do trabalhador em suas unidades de trabalho.

O Cerest possui sede própria e conta com uma equipe de 22 servidores, sendo que, exceto o gerente, todos são efetivos: dois assistentes sociais, dois médicos do trabalho, dois enfermeiros do trabalho, dois fonoaudiólogos, duas fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, um psicólogo, um técnico em enfermagem, quatro trabalhadores de apoio administrativo, dois auxiliares de serviços gerais e um gerente e uma referência técnica em saúde do trabalhador, além do motorista.

A equipe técnica do Cerest é responsável por: realizar atendimentos para investigação da relação do adoecimento com o trabalho; orientações previdenciárias e trabalhistas; ações de vigilância em saúde do trabalhador; intervenções para o retorno ao trabalho nos postos de trabalho e com o trabalhador; atividades educativas em saúde do trabalhador e; ofertar suporte técnico e pedagógico para as redes de atenção à saúde dos treze municípios que compõem a região de saúde de Betim. A figura 1 retrata a organização da saúde do trabalhador no município de Betim tendo o Cerest como centro articulador.

A figura 1 representa a organização da saúde do trabalhador no município de Betim.

Figura 1 - Organização da saúde do trabalhador em Betim



Fonte: Dados da pesquisa documental e entrevistas.

3.2 Etapas do estudo

O estudo foi realizado em duas etapas: análise documental sobre o processo de apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest junto às equipes da AB e entrevistas semiestruturadas aos participantes do processo de matriciamento, como descrito a seguir.

3.2.1 Pesquisa documental

Segundo Bravo (1991), consideram-se documentos as produções que apresentam indícios da ação humana que podem revelar suas ideias, opiniões e formas de atuar e viver. Nesta perspectiva, a pesquisa documental permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e por isso revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social.

A análise documental pode ser uma boa fonte de dados, sobretudo se aliada a outras técnicas, de forma complementar, de modo a ampliar as formas de evidenciar dados relevantes.

A autora também teve acesso: ao banco de dados do Cerest onde pesquisou sobre a origem dos encaminhamento dos pacientes atendidos no Cerest no período de 2007 a 2016 e ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) onde buscou o número de notificações dos agravos da saúde do trabalhador no período de 2007 a 2016 por unidade notificadora.

A identificação dos documentos a serem pesquisados foi feita pela própria pesquisadora em virtude de seu contato prévio com o serviço. Com o consentimento do gerente do Cerest, os seguintes documentos, pertencentes ao serviço, foram utilizados para a coleta de dados:

- a) livro de registro das atas de reuniões da equipe do Cerest. As reuniões que acontecem semanalmente é um espaço onde a equipe elabora e discute o planejamento, a execução e a avaliação das ações em saúde do trabalhador. Foi realizada a leitura integral do documento e todos os registros referentes a qualquer ação direcionada para a AB de Betim foram compilados em uma planilha, para análise posterior;
- b) livro de registro das atas das reuniões de matriciamento realizadas na AB pelos técnicos do Cerest. Neste livro há uma síntese das reuniões de matriciamento que ocorrem desde a implantação da metodologia, em fevereiro de 2012. Foram extraídas as informações referentes às reuniões de matriciamento com as Equipes da AB do município sede. As informações colhidas foram sintetizadas em uma planilha;
- c) protocolo da saúde do trabalhador na Atenção Básica e protocolo do matriciamento, projetos de capacitações existentes no serviço;
- d) do banco de dados do Cerest a pesquisadora selecionou os dados referentes à origem dos encaminhamentos dos pacientes e do SINAN foram retiradas as notificações realizadas pelas unidades básicas de Betim no período de 2007 a 2016. Essas informações foram organizadas em tabelas que auxiliaram a análise dos dados da pesquisa.

As informações retiradas dos documentos, juntamente com as obtidas nas entrevistas realizadas, subsidiaram a elaboração da descrição do apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest para as equipes da AB. O texto foi validado pelos técnicos do Cerest em reunião de equipe realizada no dia 09 de junho de 2017.

3.2.2 Entrevista semiestruturada

Segundo Minayo (2008), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização. Na entrevista semiestruturada busca-se estimular diferentes narrativas das vivências do entrevistado, permitindo que este emita sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação.

Com a realização de entrevistas, segundo Lakatos e Marconi (2010), é possível, entre outros, averiguar fatos ocorridos, conhecer a opinião e o sentimento das pessoas sobre o fato ou seu significado para elas.

Foram entrevistados os profissionais do Cerest, que realizam as atividades de apoio técnico e pedagógico para a AB e os trabalhadores das ESF de Betim que participam dessas atividades. Embora conste que o matriciamento está implantado em 17 unidades, foi verificado, por meio de análise do livro de registro de atas, que no segundo semestre de 2016 as reuniões aconteceram somente em 11 UBS.

Assim, foram entrevistados um médico, um enfermeiro e um agente comunitário de saúde de cada unidade básica com matriciamento em saúde do trabalhador implantado e que tiveram reuniões no segundo semestre de 2016, quais sejam: Petrovale, Paulo Camilo, Campos Elíseos, Alvorada, Bueno Franco, Cachoeira, PTB, Petrópolis, Duque de Caxias, Angola e Alterosas. Deste modo foram entrevistados 33 profissionais da AB.

Os instrumentos usados foram os roteiros de entrevista (APÊNDICE A e B), as entrevistas foram gravadas e todos os profissionais após informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa leram e assinaram o TCLE (APÊNDICE C).

Para a entrevista com os profissionais do Cerest o critério de inclusão para a conformação do grupo de pesquisa, foi ser ou ter sido matriciador em saúde do trabalhador para a AB. Dos 14 técnicos do Cerest 10 são matriciadores. Foram entrevistados oito deles, tendo sido excluído um profissional por estar de férias no período das entrevistas e outro por ser a própria pesquisadora. As entrevistas foram realizadas no período de 26 a 30/12/2016 e 09 a 13/01/2017, individualmente e em espaço reservado.

Para a conformação do grupo, o critério de inclusão foi o trabalhador estar na unidade básica matriciada há no mínimo seis meses. O critério de exclusão foi a recusa do convite para participar ou estar ausente do serviço no período das entrevistas. Os profissionais entrevistados foram selecionados por meio de sorteio aleatório entre os que preencheram os critérios de inclusão. Um profissional sorteado se recusou a participar por não aceitar que sua entrevista fosse gravada, tendo sido feito novo sorteio.

A relação de unidades com matriciamento em funcionamento foi fornecida pelo Cerest e, embora conste que o matriciamento está implantado em 17 UBS verificou-se que, durante o segundo semestre de 2016, as reuniões não aconteceram em seis unidades e a justificativa apresentada foi a falta do profissional médico nas equipes.

Para a realização das entrevistas não foi feito contato prévio com a unidade. A pesquisadora foi em cada UBS matriciada, apresentou para o gerente da unidade os objetivos da pesquisa e obteve autorização para realizar as entrevistas. No mesmo dia, após a informação dos gerentes sobre os trabalhadores que estavam presentes naquele dia, foram realizados os sorteios dos entrevistados por categoria profissional e na sequência as entrevistas foram realizadas, individualmente e em espaço reservado. Em algumas unidades não foi possível entrevistar todos os profissionais no mesmo dia, em função do excesso de demanda. Neste caso, foi agendado com o profissional o melhor dia e horário para a realização.

Para a realização das entrevistas com os profissionais da AB que aconteceram no período de 08/02 a 04/03/2017, a pesquisadora treinou uma assistente social que a auxiliou na realização desta tarefa. As gravações das entrevistas foram

posteriormente transcritas de maneira literal. Os entrevistados foram identificados como se segue:

- a) equipe do Cerest: letra C seguida dos números de 1 a 8 de acordo com a ordem da transcrição das gravações;
- b) profissionais da atenção básica: agente comunitário de saúde: letra A; enfermeiro: letra E e médico: letra M. Todas as letras seguidas dos números de 1 a 11 de acordo com a ordem da transcrição das gravações.

Posteriormente, as informações foram agrupadas em planilhas. Para a análise dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2006), pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo analisado, tem como finalidade identificar indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

De acordo com Bardin (2006), a técnica da análise de conteúdo tem como propósito ultrapassar o senso comum do subjetivismo e alcançar o rigor científico necessário. A função principal do método é o desvendar crítico de forma objetiva, de tal modo que se os procedimentos forem replicados os resultados alcançados serão os mesmos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos são apresentados em duas etapas: a primeira descreve o processo de apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest junto às equipes da atenção básica. Na segunda são apresentadas e discutidas as percepções que os profissionais das equipes da AB e do Cerest possuem acerca das ações de apoio técnico e pedagógico em saúde do trabalhador realizadas pelo Cerest com a AB, bem como os facilitadores e dificultadores encontrados para sua realização.

4.1 Ações de apoio técnico e pedagógico realizadas pelo Cerest para as equipes da Atenção Básica do município de Betim

A primeira reunião de equipe do Cerest registrada no livro ocorreu em 06/10/2006, apesar de se perceber pelo conteúdo das anotações que elas já aconteciam. As anotações seguem sem uma periodicidade definida, sendo que, a partir de 2008, os encontros passaram a ser semanais e, desde então, acontecem toda sexta feira de 8:00 às 12:00 horas, com a participação de todos os técnicos do Cerest e, esporadicamente, de convidados externos. As reuniões são divididas em três momentos: discussão de casos, informes administrativos e planejamento/avaliação das ações realizadas e discussão de temas relacionados ao trabalho.

De acordo com os registros, o Cerest iniciou suas ações junto à atenção básica com uma visita em todas as unidades básicas de saúde para falar sobre os agravos da saúde do trabalhador de notificação compulsória, realizada por uma profissional do Cerest, em março de 2006. Simultaneamente, foi organizada uma capacitação sobre a erradicação do trabalho infantil para os profissionais da AB que aconteceu em dois módulos, sendo o primeiro em 2006 e o segundo em 2007.

No ano de 2007 a coordenação municipal da AB realizou uma pesquisa com os trabalhadores das UBS para identificar o conhecimento e as ações realizadas, neste nível de atenção, sobre cada programa, serviço ou linha de cuidado, implantado em Betim. Tendo como ponto de partida o resultado da pesquisa sobre as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pela AB, e o preconizado na legislação sobre as

competências do Cerest, os técnicos deste Serviço decidiram concentrar esforços na realização de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede SUS, de forma especial para as equipes da AB.

O primeiro passo, nesse sentido foi a reorganização dos processos de trabalho do Cerest, para posteriormente, realizarem as capacitações externas. As ações realizadas foram:

- a) os profissionais antigos no serviço transmitiram aos novatos as primeiras informações sobre saúde do trabalhador;
- b) cada técnico assumiu o compromisso de estudar, resumir e apresentar para os colegas um protocolo dos agravos de notificação compulsória. Os resumos foram entregues para os profissionais das UBS durante as capacitações;
- c) foi montada uma aula padrão de cada módulo, que foi utilizada em todas as capacitações realizadas na unidades básicas, com os seguintes conteúdos:
 - ✓ primeiro módulo: apresentação do Cerest e da Renast, principais conceitos em saúde do trabalhador e estabelecimento do fluxo para encaminhamento de casos suspeitos ao Cerest;
 - ✓ segundo módulo: apresentação sobre os agravos de notificação compulsória em saúde do trabalhador;
 - ✓ terceiro módulo: principais ocupações e riscos de adoecimentos da área de abrangência de acordo com o perfil produtivo;
 - ✓ quarto módulo: revisão e atualização em saúde do trabalhador;
- d) para as capacitações os técnicos se dividiram em duplas, que além ficaram responsáveis pela realização da ação se tornaram referência no Cerest para as equipes capacitadas;
- e) os profissionais da recepção do Cerest foram treinados para acolher as demandas que possivelmente viriam da AB. Os responsáveis pelo primeiro atendimento foram capacitados para acolher, analisar, encaminhar e realizar o devido acompanhamento dos pacientes atendidos. O formulário utilizado para o primeiro atendimento foi revisado, com a inclusão de perguntas sobre o histórico ocupacional e de espaço para evolução. Toda a equipe assumiu o

compromisso de investigar e notificar os casos pertinentes e fazer a contrarrefêrencia de todos os pacientes encaminhados ao serviço pela AB;

- f) a RTST apresentou o projeto de capacitação para a coordenação da AB e a diretoria de Educação Permanente, que aprovaram e apoiaram a realização. A coordenação enviou um comunicado para as unidades, informando sobre a realização da capacitação;
- g) a dupla responsável realizou contato com o gerente da UBS e tomou todas as providências para a realização da capacitação.

As ações realizadas foram programadas nas reuniões de equipe, onde também com frequência foram avaliadas e propostos os ajustes necessários. Percebe-se que há abertura na equipe para críticas e mudanças de postura mesmo com a atividade em curso. As capacitações descentralizadas tiveram início em 2008 e ainda acontecem no município. Durante este período o modelo foi reestruturado algumas vezes, seja por iniciativa da equipe ou a pedido da gestão. Por meio dos registros foi possível verificar que o primeiro e segundo módulos aconteceram em todas as unidades, o terceiro foi realizado em algumas unidades e o quarto módulo não aconteceu.

Em 2009 foi realizada uma pesquisa sobre as ações de saúde do trabalhador que os ACS desenvolvem em suas rotinas de trabalho. Como parte do trabalho foi realizada uma oficina com um grupo de ACS que contou com a participação dos pesquisadores e de técnicos do Cerest. O estudo foi conduzido pelo Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a equipe técnica da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGSAT/DSAST/SVS-MS). Esta oficina subsidiou a elaboração da cartilha: Cuidando da Saúde dos Trabalhadores.

Ainda no ano de 2009 a coordenação da atenção básica de Betim realizou uma revisão na ficha A utilizada pelos ACS. A equipe da saúde do trabalhador aproveitou

a oportunidade para inserir na ficha A os itens atividade produtiva domiciliar, criança ou adolescente em situação de trabalho e, no campo descrição das doenças, foram incluídos o acidente de trabalho e a doença ocupacional. A coordenação da AB realizou um treinamento para todos os ACS sobre a nova ficha e o Cerest participou das capacitações para treinar sobre as informações da saúde do trabalhador.

Diante da necessidade de tornar a Saúde do Trabalhador presente no cotidiano das unidades de saúde, o CEREST buscou uma aproximação com a vigilância epidemiológica do município. Neste sentido, foi elaborado e implementado o projeto REVISA com o principal objetivo de implantar e organizar as rotinas de vigilância à saúde em todas as unidades da rede do SUS de Betim. No primeiro semestre de 2010 foram identificadas as referências técnicas para o desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica, perfazendo um total de 119 profissionais, dos quais 68 eram representantes da AB que foram capacitados para iniciarem as atividades.

Os REVISAS foram treinados em todos os agravos de notificação compulsória. Para o monitoramento, avaliação e atualização desses profissionais são realizados encontros periódicos, com temas técnicos de acordo com a demanda da equipe. A equipe do Cerest participou ativamente da elaboração, da execução e da organização das oficinas e reuniões mensais, além de ministrar os conteúdos relativos aos agravos da saúde do trabalhador, realizando estudos de caso e treinamento prático no preenchimento das fichas de notificação.

Em 2011, o Departamento de Educação em Saúde do Município (DESA) implantou a metodologia de rodas de conversa como modelo para as capacitações na rede SUS de Betim. Com o novo modelo, as unidades ficaram responsáveis por organizar mensalmente rodas de conversa para seus trabalhadores. Com a nova metodologia a equipe do Cerest não poderia solicitar e nem propor a realização de capacitações, passando a ser convidada pelas UBS para discutir sobre algum tema de interesse dos trabalhadores da unidade.

No segundo semestre de 2012, em função do projeto de fortalecimento das vigilâncias, foi realizado um treinamento para os ACS e enfermeiros para capacitá-

los para a realização do perfil produtivo do território. O treinamento foi realizado por regional e cada ACS recebeu a cartilha "Cuidando da Saúde dos Trabalhadores", produzida a partir da pesquisa realizada em 2009.

Como não foi possível a realização do perfil produtivo no ano de 2012, em 2013 os ACS foram novamente capacitados e a tarefa foi realizada com o acompanhamento do Cerest em todas as etapas. Após a consolidação dos dados foi realizada a devolutiva do perfil produtivo em reuniões específicas que aconteceram nas UBS com a presença dos ACS e enfermeiros. A partir de sugestões dos ACS, que após análise dos dados perceberam algumas inconformidades, os dados foram novamente coletados, consolidados e apresentados.

No ano 2013, com a nova gestão municipal, o modelo das rodas de conversa deixou de vigorar e novamente a equipe do Cerest se reorganizou para a continuidade das capacitações. Neste ano, a equipe do Cerest estipulou como meta, no planejamento anual, capacitar 50% das UBS. Os técnicos do Cerest foram divididos em duplas que ficaram responsáveis por quatro unidades básicas. O tema principal foi a notificação em saúde do trabalhador e o preenchimento da guia de referência. Nas capacitações foram entregues blocos de notificação e o instrutivo sobre o preenchimento dos mesmos. Foram levados casos de pacientes residentes na área de abrangência da unidade que haviam sido atendidos no Cerest.

O modelo de capacitação adotado foi avaliado, em 2014, pela equipe do Cerest como importante para a aproximação do Cerest com a AB, sendo seu principal resultado o aumento significativo de encaminhamentos de casos suspeitos do adoecimento relacionado ao trabalho da AB para o Cerest. Os dificultadores foram a troca frequente das datas programadas para os encontros, por parte das UBS, a ausência dos médicos nas capacitações e, em algumas situações, a ausência dos trabalhadores responsáveis diretamente pela assistência na AB. Algumas vezes, as capacitações foram realizadas somente com presença de trabalhadores administrativos, trabalhadores dos serviços auxiliares e os ACS. A partir desta avaliação definiu-se que as capacitações nas UBS somente iriam acontecer quando fossem demandadas pela unidade e o Cerest passaria a focar nas capacitações para categorias profissionais específicas.

Em maio de 2015, a partir das discussões sobre o perfil produtivo, começaram a ser realizadas atividades educativas para os trabalhadores/usuários, sendo que a primeira categoria escolhida foi a dos profissionais da beleza. As atividades foram organizadas pelas unidades com a participação dos ACS, tendo sido realizadas em três unidades no ano de 2015 e em outra três no ano de 2016. Embora os participantes e os ACS tenham avaliado positivamente a ação, os técnicos do Cerest consideraram que a participação dos trabalhadores da beleza foi muito baixa, sendo necessário pensar outra estratégia para sensibilizar o público alvo.

Em 2015 a equipe discutiu sobre a necessidade de se fazer uma capacitação específica para os médicos das unidades não matriciadas, tendo em vista a pequena participação desta categoria nos treinamentos realizados. A capacitação que ocorreu em outubro deste mesmo ano foi dividida em parte teórica e discussão de casos. Há registros de que foi feita avaliação com os participantes e que estes gostaram especialmente das discussões de casos.

Ainda em 2015, atendendo a um convite da gestão que foi ao encontro da demanda dos matriciadores e das ESF de ter um instrumento norteador das ações a serem realizadas, a equipe do Cerest iniciou a construção do Protocolo da Saúde do Trabalhador para a Atenção Básica. Os profissionais de uma UBS participaram da elaboração do documento e, depois de concluído, testaram o funcionamento, sugeriram alterações e aprovaram o uso. O Protocolo foi instituído no município por meio do Decreto Municipal nº 40.534, de 02 de dezembro de 2016.

De acordo com os relatórios de gestão do Cerest de 2008 a 2016 todas as unidades básicas de Betim receberam, no mínimo, quatro vezes, técnicos do Cerest para capacitação em temas relacionados à saúde do trabalhador. Foram realizados 136 encontros nas unidades e 27 capacitações para categorias profissionais específicas, sendo 16 para ACS, quatro para médicos e sete para técnicos de nível superior.

4.1.1 Reuniões de matriciamento

Em virtude da diferenciação que a equipe do Cerest faz para as reuniões com os profissionais das equipes da AB esta ação de apoio técnico e pedagógico realizada

pelo Cerest foi descrita separada das demais. Os dados foram extraídos dos livros de atas do matriciamento e de reuniões de equipe.

O livro de atas do matriciamento inicia com uma cópia do projeto para implantação das reuniões de matriciamento, elaborado em 2011, e do protocolo de matriciamento em saúde do trabalhador para as equipes da atenção básica, elaborado em julho de 2014. Na sequência consta, de forma reduzida, o registro das reuniões.

No ano de 2010 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora encontrava-se em fase de elaboração, mas já era de conhecimento o indicativo do papel do Cerest de apoiador matricial para os pontos de atenção da RAS desenvolverem ações de saúde do trabalhador. Neste ano duas profissionais do Cerest estavam concluindo o curso de especialização em saúde do trabalhador na Universidade Federal de Minas Gerais. Na oportunidade, foi sugerido a uma das profissionais fazer o trabalho de conclusão de curso sobre matriciamento.

Após a realização do trabalho acadêmico, a profissional transformou o estudo realizado em um projeto para o serviço, que, por decisão gerencial, foi implantado em 2012. Após consentimento da gerência do Cerest, o projeto foi apresentado para a diretoria responsável pelo serviço, para a coordenação e para os gerentes da Atenção Básica.

Na sequência foram escolhidos dois profissionais do Cerest que foram matriciadores nas três unidades que mais notificaram agravos da saúde do trabalhador no ano de 2010, conforme previsto no projeto. Após definida a unidade, a RTST apresentou a proposta para o gerente, que agendou o primeiro encontro com os médicos, enfermeiros e ACS das equipes existentes na unidade.

Assim, em fevereiro de 2012, foram implantadas as reuniões de matriciamento nas três unidades básicas que mais notificaram agravos da saúde do trabalhador no ano de 2011. As reuniões aconteceram mensalmente nas unidades com a participação dos médicos, enfermeiros e ACS da AB e a dupla de matriciadores do Cerest que ficou responsável pelo trabalho.

Na primeira reunião foi apresentada a proposta para os trabalhadores das equipes de PSF e foram definidos o melhor dia e horário para a realização das reuniões. Assim, em 27/02/2012 aconteceu a primeira reunião na UBS Bueno Franco, sendo que até dezembro de 2016 constam no livro 237 registros de reuniões que aconteceram e de reuniões que foram canceladas.

Transcorrido o primeiro ano, foi realizada uma avaliação sobre a participação dos ACS na reuniões de discussão de caso e considerando principalmente aspectos relacionados ao sigilo das informações tratadas, ficou definido que os ACS não participariam mais de todas as reuniões.

Nos dois primeiros anos de realização do matriciamento, dois técnicos foram os responsáveis pela atividade e os demais profissionais participavam esporadicamente das reuniões. No ano de 2014, após avaliação positiva, optou-se por expandir o matriciamento, de modo que até o ano 2017, 50% das unidades estivessem sendo matriciadas e até o ano 2020, 100%.

Com o aumento do número de unidades matriciadas, a equipe responsável pelo apoio matricial também precisou ser ampliada, sendo que atualmente dez técnicos do Cerest são matriciadores das ESF. Com o aumento de pessoas envolvidas, foi preciso elaborar o protocolo de matriciamento em saúde do trabalhador para as equipes da atenção básica para orientar os matriciadores.

No protocolo consta que o matriciamento se dará por meio de encontros periódicos entre as equipes de referência e os apoiadores e que nos casos urgentes o profissional de referência deve acionar o apoiador por meio de contato pessoal, virtual e/ou telefônico.

Fazem parte do protocolo as orientações para a condução das reuniões de matriciamento, que deverão ser divididas em dois ciclos. O primeiro é composto de 14 encontros, mensais, na unidade matriciada para formação da equipe e discussão de casos, sendo 10 reuniões destinadas aos médicos e enfermeiros, duas aos ACS e duas para todos os trabalhadores da unidade. Com exceção dos dois primeiros encontros, que serão destinados a discussão da Política Nacional de Saúde do

Trabalhador, dos principais conceitos em saúde do trabalhador, do papel do ACS, do cuidado em saúde do trabalhador e da pactuação e regras de funcionamento do matriciamento em saúde do trabalhador, os demais deverão privilegiar a discussão de casos, além de discutirem temas específicos.

Os temas sugeridos para serem discutidos são: riscos ocupacionais; acidente de trabalho grave; doenças relacionadas ao trabalho de notificação compulsória; benefícios previdenciários; relatórios para perícia, atestados médicos e comunicação de acidentes de trabalho (CAT); distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT); adoecimento mental relacionado ao trabalho; perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR); disfonia; preparação e intervenção para o trabalho (PIT); perfil produtivo do território, vigilância em saúde do trabalhador e planejamento em saúde do trabalhador.

No dia 19/02/16 a equipe do Cerest fez uma avaliação do matriciamento. Foram apontados como pontos negativos a falta de envolvimento dos gerentes das UBS e o fato dos participantes das ESF serem acionados durante a reunião de matriciamento para atender urgências. Como uma das alternativas para estas questões levantadas, ficou pactuado que cada matriciador deveria ter uma conversa com o gerente da unidade que estava matriciando explicando sobre a importância da presença do profissional durante as reuniões de matriciamento.

Na mesma reunião ficou definido que as unidades matriciadas não poderiam encaminhar os casos para o Cerest sem antes serem discutidos no matriciamento. Se o caso for de urgência e não puder esperar o dia do matriciamento, o profissional de referência deverá ligar para o Cerest e discutir com o matriciador ou com outro técnico que estiver disponível no momento. Também ficou definido que os casos discutidos nas unidades que não forem encaminhados ao Cerest, mas que devem ser notificados, o matriciador deverá anotar o nome do paciente e o agravo e trazer para o Cerest para monitoramento do registro no SINAN. Foi proposta a realização de uma avaliação com as equipes de referência.

Ainda em 2016, foi pautado o elevado número de cancelamento das reuniões de matriciamento e as dificuldades que estavam acontecendo na recepção do Cerest

em relação ao agendamento de pacientes de equipes matriciadas. Um matriciador expôs que duas unidades matriciadas solicitaram que o matriciamento seja realizado bimestralmente e outro colocou que esta hipótese já foi cogitada em suas unidades, mas que houve um entendimento que o espaçamento prejudicaria as discussões de casos e não se criaria uma rotina nos serviços.

No mesmo ano a equipe avaliou que existem alguns impedimentos por parte de alguns profissionais do Cerest e outros por parte das equipes das UBS para a realização do matriciamento. Por parte das ESF o principal dificultador é a falta do profissional médico em muitas equipes, sobrecarregando a agenda dos existentes, sendo que este foi o motivo da suspensão de reuniões em seis UBS. Foram feitas algumas propostas, mas a equipe definiu aguardar até que se tenha mais elementos para subsidiar a tomada de decisão.

A Tabela 1 é uma síntese das anotações que constam no livro de registro do matriciamento existente no Cerest.

Tabela 1 – Evolução do matriciamento por unidade matriciada

Unidade Básica de Saúde	Data 1ª Reunião	Reuniões programadas	Reuniões realizadas	Reuniões canceladas	Discussão de casos	Discussão de temas
Bueno Franco	27/02/12	33	28	5	23	20
Cachoeira	04/04/12	28	19	9	11	15
Angola	13/06/12	27	19	8	18	16
N. S.de Fátima	20/10/13	10	7	3	4	9
Bandeirinhas	25/11/14	6	6	-	4	4
Alterosas	25/11/14	16	10	6	4	8
Homero Gil	27/11/14	11	4	7	1	4
Marimbá	15/12/14	12	12	-	8	11
Vianópolis	15/12/14	9	9	-	5	8
Alvorada	12/01/15	23	16	7	7	11
Guanabara	14/10/15	4	3	1	-	3
PTB	21/10/15	12	9	3	7	8
Petrovale	17/11/15	10	6	4	3	6
Campos Elíseos	19/11/15	11	9	2	2	9
Paulo Camilo	21/01/16	9	9	-	5	7
Petropolis	28/04/16	7	7	-	6	6
Duque de Caxias	31/08/16	4	4	-	4	4

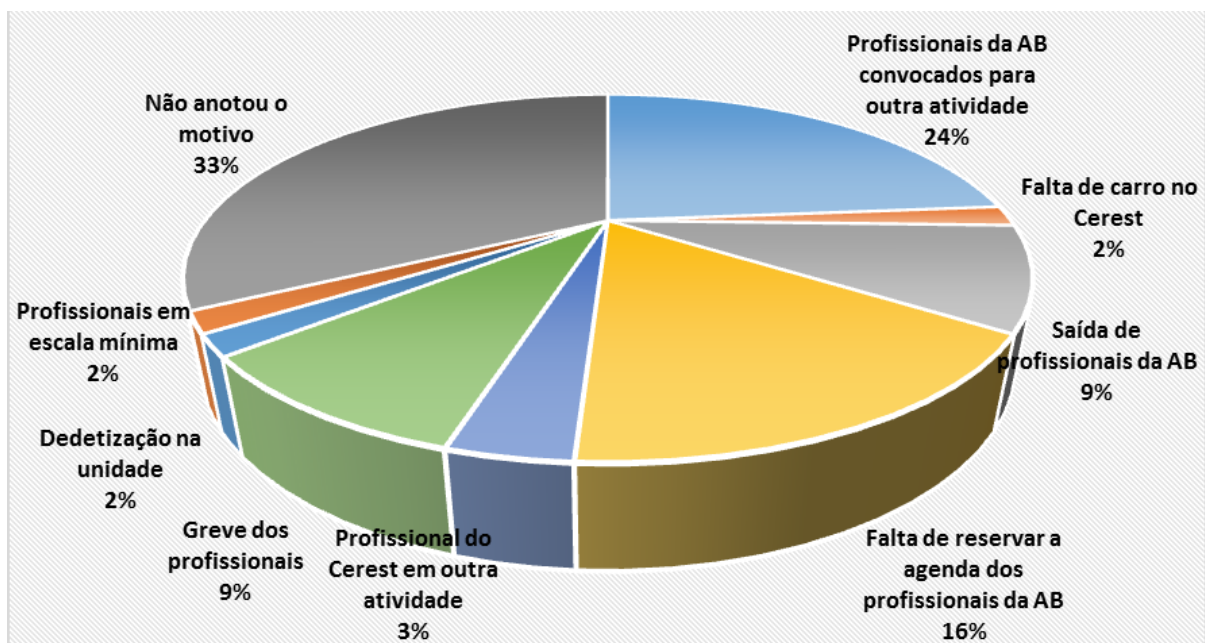
Fonte: Livro registro de atas do matriciamento – Cerest Betim

É importante ressaltar que, segundo informações dos matriciadores, esporadicamente, por esquecimento, não é feita a anotação no livro de atas, o que

possibilita afirmar que o número de reuniões realizadas e canceladas é superior ao registrado.

De acordo com os registros foram planejadas 237 reuniões, sendo que 55 não aconteceram, o que corresponde a 23%. Os motivos dos cancelamentos estão expostos no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Motivos de cancelamento de reuniões de matriciamento



Fonte: Análise documental

De acordo com os dados analisados, verifica-se que, embora a equipe do Cerest Betim esteja focada no matriciamento, ainda são realizadas capacitações seja no modelo centralizado que engloba categorias específicas ou no modelo descentralizado para todos os trabalhadores da UBS.

As principais ações de apoio técnico e pedagógico realizadas pelo Cerest com a AB descritos anteriormente estão representados na Figura 2.

Figura 2 - Linha histórica das ações de apoio técnico e pedagógico realizadas pelo Cerest para atenção básica no período de 2006 a 2016



Fonte:— Análise dos dados pesquisa documental

4.2 Análise das entrevistas

A Tabela 2 representa o perfil dos profissionais da AB entrevistados no quesito formação, tempo de atuação no SUS, em Betim e na Atenção Básica. Percebe-se que sob esses critérios o grupo dos ACS é o mais homogêneo.

Tabela 2 - Perfil dos profissionais das ESF segundo formação, cargo, tempo no SUS em Betim e na AB

Entrevistado	Formação	Cargo	Tempo no SUS	Tempo Betim	Sempre na AB
M1	Médico Saúde da Família	Generalista	7 meses	7 meses	Sim
M2	Médico	Médico	2 anos	2 anos	Sim
M3	Médico Saúde da Família	Generalista	7 meses	7 meses	Sim
M4	Medicina e Fonoaudiologia	Médico	2 anos	2 anos	Sim
M5	Médico Saúde Família e Psiquiatria	Generalista	8 anos	8 anos	AB e Urgência
M6	Médico Saúde da Família	Generalista	2,5 anos	2,5 anos	Sim
M7	Médico	Generalista	6 meses	6 meses	AB e Urgência
M8	Médico	Generalista	4 anos	2,5 anos	Sim
M9	Médico	Generalista	5 anos	2 anos	Sim
M10	Médico	Generalista	9 meses	9 meses	Sim
M11	Médico saúde da família	Generalista	7 anos	7 anos	Sim
E1	Enfermeira	Enfermeira SF	3,5 anos	3 anos	Sim
E2	Enfermeira	Enfermeira SF	8 anos	3 anos	AB e Urgência
E3	Enfermeira	Enfermeira SF	4 anos	4 anos	Sim
E4	Enfermeira	Enfermeira SF	11 anos	4 anos	Sim
E5	Enfermeira	Enfermeira SF	4 anos	4 anos	Sim
E6	Enfermeira	Enfermeira SF	5 anos	4 anos	Sim
E7	Enfermeira	Enfermeira SF	3,5 anos	3 e meio	Não
E8	Enfermeira	Coordenadora PSF	3 anos	3 anos	Não
E9	Enfermeira	Enfermeira SF	21 anos	20 anos	AB e Urgência
E10	Enfermeira	Coordenadora PSF	6 anos	3 anos	Não
E11	Enfermeira	Enfermeira SF	26 anos	3 anos	Sim
A1	Não especificou	ACS	5 anos	5 anos	Sim
A2	ACS	ACS	6 anos	6 anos	Sim
A3	Ensino Médio	ACS	5 anos	5 anos	Sim
A4	Técnica em Enfermagem	ACS	6 anos	6 anos	Sim
A5	Ensino Médio	ACS	18 anos	18 anos	Sim
A6	Superior em curso	ACS	5 anos	15 anos	Sim
A7	Ensino Médio	ACS	5,5 anos	5,5 anos	Sim
A8	Ensino Médio	ACS	17 anos	17 anos	Sim
A9	Técnico em segurança do trabalho	ACS	11 anos	11 anos	Sim
A10	Técnico em segurança do trabalho	ACS	11 anos	11 anos	Sim
A11	Técnico em Enfermagem	ACS	16 anos	16 anos	Sim

Fonte: Dados das entrevistas

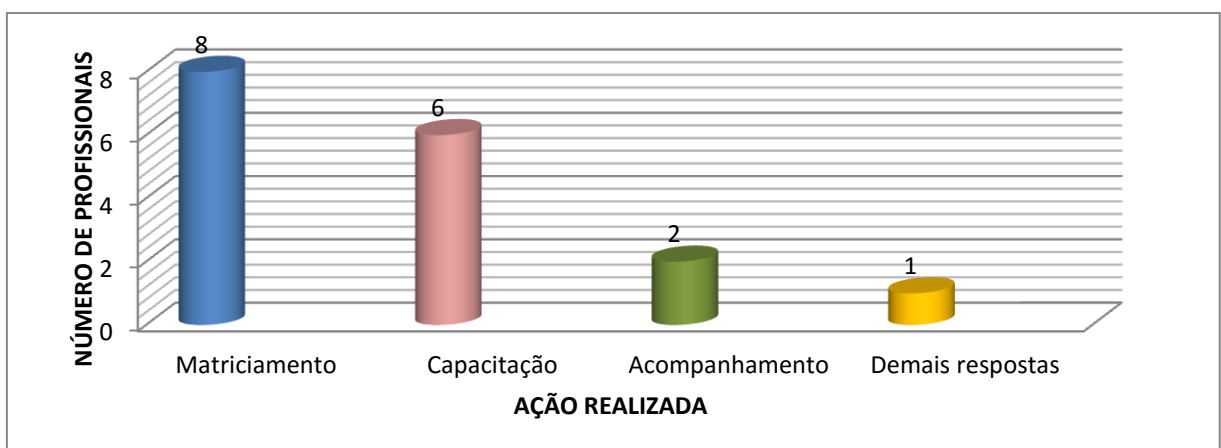
4.2.1 Concepções sobre apoio técnico e pedagógico

O apoio técnico e pedagógico em saúde do trabalhador assume variadas formas, dependendo do contexto em que se desenvolve e das percepções dos profissionais envolvidos, pois o modo como é concebido influencia diretamente sua implantação e desenvolvimento. Assim, essa temática possibilita uma reflexão sobre os modos como o matriciamento é idealizado pelos profissionais das ESF e das equipes especializadas.

Embora os profissionais do Cerest tenham respondido que as ações de apoio técnico e pedagógico realizadas por eles sejam: treinamento, acompanhamento, atividades educativas, orientação, capacitação, matriciamento, aula, seminários, discussão de casos e encontros, as respostas, quando perguntados sobre este apoio, foram focadas na atividade nomeada por eles de matriciamento, que consiste na reunião mensal para discussão de casos e temas da saúde do trabalhador.

A ação de matriciamento é a única considerada por todos os entrevistados do grupo de matriciadores como apoio técnico e pedagógico por parte do Cerest. O número de profissionais que respondeu cada atividade está representado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Ações consideradas de apoio técnico pedagógico por profissional do Cerest



Fonte: Dados das entrevistas

No que diz respeito à troca de conhecimentos entre os diversos núcleos de saberes, aponta-se a saída de um processo de trabalho individualizado ou fragmentado pela especialização para uma ação dialogada e interdisciplinar, repercutindo, inclusive, nos atendimentos individuais, ampliando a perspectiva clínica do profissional.

Nesse sentido, há uma unanimidade de pensamento entre os entrevistados ao considerar o matriciamento uma oportunidade para os profissionais das ESF adquirirem conhecimentos que não foram ensinados na graduação, ou mesmo lembrar os que já foram esquecidos. Esta afirmativa vai ao encontro do conceito definido por Campos et al. (2014) sobre a dimensão de suporte técnico-pedagógico do apoio matricial, que pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. Expressões como informação, orientação, suporte para identificação de casos, oportunidade de tirar dúvidas, levar conhecimento, ensinar, esclarecimento para ação na AB, capacitação, aprender a fazer exame físico, conhecer termos novos, oportunidade de educação permanente e complementar a formação básica apareceram repetidas vezes nas respostas dos profissionais. Os trechos a seguir, retirados das transcrições das entrevistas realizadas, ilustram as respostas dos entrevistados que coadunam com esta ideia.

[...] contribuíram, porque tinha ações que eu não fazia e alguns que eu até não me lembrava, não me recordava, né, então [...] (M11).

[...] no princípio a gente não tinha esse costume, né, de perguntar pro paciente se ele trabalhava, com quê que ele trabalhava, né, e agora depois dos matriciamentos, depois das capacitações, a gente já começou a ter mesmo essa pergunta como rotina, como que a pessoa trabalha [...] (E5).

Olha, eu acho, pra mim eu adquiri muitos conhecimentos que eu não tinha, que o matriciamento trouxe, né, de experiências de diferentes profissionais e coisas novas que eu não sabia: do direito do trabalhador, do quê que a gente servidor pode fazer frente a um processo que vem de fora, que são dos usuários, eu não, a gente não tinha [...] (E4).

[...] o quê que a gente percebe em relação ao matriciamento, dentro do que a gente acha que é matriciamento temos que colocar saúde do trabalhador, pensar trabalho como fator de adoecimento, no dia a dia do cara", é, isso tem que entrar pra ele já que a escola não deu, já que a formação não, não traz isso, né, trazer as questões, os fatores sociais como fatores de adoecimento (C5).

Uai, eu acho importante, né, porque a gente faz a graduação a gente não especifica em nada na saúde do trabalhador. Graduação nem me lembro se teve uma palestra, alguma coisa voltada pra saúde do trabalhador, acho que nem palestra teve (M9).

Sim, sim, você direciona muito depois pra saúde do trabalhador. É, alguns casos que às vezes você nem via como doença ocupacional que você passa a ver, né, que você enxerga bem nessa questão aí (M8).

De acordo com Campos (1999), o que se pretende quando a equipe de referência se encontra com os profissionais do apoio matricial é que este apoio auxilie a equipe de referência na condução do caso individual ou coletivo que necessita de uma intervenção em saúde, com a qual a equipe de referência teve dificuldade. A análise dos dados das entrevistas mostra que os profissionais das equipes de referência valorizam a intervenção a partir do caso clínico.

Assim, além da contribuição para a formação, explicitada anteriormente, o matriciamento contribui para a condução do caso e o aprimoramento nos processos de trabalho, o que pode ser verificado nas expressões retiradas das falas dos entrevistados ao se referirem ao entendimento sobre o matriciamento: triagem de casos, encaminhamentos, estabelecimento de fluxos, ter referência no Cerest, entender processo trabalho doença, criação de vínculo com o Cerest, ajuda mútua, equipe reunida em prol do trabalhador, resolutividade dos casos, agilidade no atendimento, possibilidade do Cerest entender sobre o trabalho da UBS e vice versa, troca de experiências, descentralização, possibilitar a autonomia das equipes do PSF, forma de trabalhar próxima, identificar melhor forma para conduzir o caso, direcionamento de foco, ajuda para aprender a pensar em saúde do trabalhador, acompanhamento dos trabalhadores que têm alguma doença relacionada ao trabalho, definição da melhor forma de atender o paciente, orientações de profissionais que ajudam a direcionar o foco na hora do acolhimento para tentar identificar o que é a queixa do paciente, orientação para a mudança de olhar para o atendimento, discussão de casos com a equipe do Cerest para saber as prioridades e os encaminhamentos e meio mais rápido para ajudar o trabalhador.

A partir das respostas acima é possível afirmar que o matriciamento em saúde do trabalhador consiste em uma atividade de educação permanente em saúde, que, conforme descrito na Política Nacional de Educação Permanente, possibilita a atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção

de relações e processos que surgem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais.

Conforme descrito anteriormente, o apoio matricial visa ampliar o campo de atuação e qualificar as ações das equipes de referência. Nesse sentido, os entrevistados das ESF disseram que as reuniões do matriciamento contribuíram para a mudança da prática profissional, o que corrobora com o pensamento de Dias e Lacerda-Silva (2013), de que, para a incorporação de ações direcionadas aos trabalhadores que contemplem os processos produtivos pelos profissionais da AB, é necessário o apoio técnico e pedagógico de outros dispositivos do SUS, em especial do Cerest. Os relatos abaixo ilustram esse aspecto.

Sim. Eu acho que é importante e foi resolutivo em muitos casos que eu acho que o paciente ou ia ficar sem solução ou ia demorar anos pra conseguir um posicionamento do médico especialista (M4).

[...] eu tenho inclusive facilidade, eu ligo lá, eu tiro dúvidas, né, a gente tem essa liberdade. Além de discutir no matriciamento (M11).

A reorientação das práticas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, com a contribuição dada pelo matriciamento, no que se refere ao cuidado em saúde do trabalhador, é evidente nos discursos dos entrevistados. Campos e Domitti (2007) apontam que o matriciamento é um arranjo capaz de oferecer outro modo organizacional para os serviços de saúde que complementa a organização hierarquizada em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação, pois a dialogicidade e troca de saberes, bem como o apoio especializado, permitem essa corresponsabilização pelos casos de saúde mental.

Os apoiadores percebem o apoio técnico pedagógico como oportunidade de aprendizagem para os profissionais da ESF e que eles têm a função de levar o conhecimento para os mesmos, conforme fica evidente na fala do entrevistado C5: "conseguimos levar algum conhecimento pra eles? Claro que a gente leva, claro que eles absorvem muito isso". Esse entendimento vai de encontro ao pensamento de Campos (2003), que define o apoio matricial como um modo interativo entre as equipes que reconhece as diferenças de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais, possibilitando assim, o compartilhamento do conhecimento.

Os apoiadores percebem ainda que o matriciamento possibilita conhecer parte da realidade vivida pelos profissionais da AB, como relata o entrevistado C8: “É uma troca, eles também passam muita coisa pra gente que às vezes a gente nem tem ideia, né, então assim, é uma troca de experiências”.

Os profissionais destacaram que conhecer a organização dos processos de trabalho das ESF é importante para o desenvolvimento de ações compartilhadas com os integrantes dessas equipes como pode ser verificado através da fala de C3: “É, eu achei bom, porque eu pude conhecer mais, eu pude conhecer melhor a outra ponta, né, a ponta ali, a atenção básica, como que é a rotina, pude estar mais próxima dessa vivência, desse dia a dia deles”. Esta percepção está em consonância com o fundamento da política de educação permanente, que prescreve que os processos de formação das equipes deve considerar os processos de trabalho e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades. Nesse sentido, percebe-se um conflito entre os entendimentos dos entrevistados no que concerne ao papel do matriciador de levar o conhecimento e a troca de experiência possibilitada pelo trabalho compartilhado.

Todos os entrevistados consideraram ainda que o matriciamento possibilita, assim como descrito por Campos et al. (2014), intervenções mais resolutivas das equipes, qualificando o cuidado na AB por meio do trabalho compartilhado. A resposta abaixo ilustra este pensamento:

[...] porque o matriciamento é pra isso, pra gente conseguir resolver os casos que às vezes ficam aí, arrastando tanto tempo sem ter resolução [...] os casos que a gente consegue discutir, porque aí os médicos começam a fazer relatórios pra empresa pedindo melhores condições de trabalho, começam a lembrar da questão da vigilância, que pode solicitar vigilância pra situações, né, diversas, que a gente encontra, é... tinha médico que nem conhecia notificação, durante a graduação nunca tinha ouvido falar que tinha os agravos de saúde do trabalhador, que era obrigatório a notificação. Então isso na questão do levantamento epidemiológico também a gente pode melhorar, né, dentro do município, então eu acho que o matriciamento é importante por conta disso tudo (C1).

4.2.2 Limites e desafios do matriciamento em saúde do trabalhador

As particularidades de cada unidade, tais como o nível de compromisso e engajamento de gestores e profissionais de saúde, influenciam a dinâmica do

matriciamento. Nesta investigação, foi possível evidenciar os principais limites e desafios na consolidação do matriciamento em saúde do trabalhador na AB.

A partir da análise das falas foi possível agrupar os dificultadores percebidos para a realização do apoio matricial. Alguns desses aspectos foram destacados pelas equipes de referência e pelos matriciadores e outros por apenas uma das equipes, conforme mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Dificultadores para a realização do matriciamento segundo os profissionais da AB e do Cerest

ASPECTO	AB	CEREST
Falta comprometimento de alguns profissionais das ESF	X	X
Ausência do médico matriciador	X	X
Incompatibilidade de horários Cerest e AB	X	X
Falta de reservar as agendas dos profissionais da AB para as reuniões	X	X
Não incorporação da saúde do trabalhador nas ações do cotidiano da AB	X	X
Rotatividade elevada de médicos da AB	X	X
Equipe de referência não levar casos para discussão	X	X
Saída de profissionais durante as reuniões	X	X
Número de trabalhadores x demanda de trabalho	X	X
Priorização das atividades de assistência pela AB	X	X
Cancelamento de reuniões previamente agendadas	X	X
Divisão do tempo com as atividades de assistência		X
Insegurança do matriciador		X
Falta de formação do matriciador		X
Falta de carro para transportar os matriciadores		X
Matriciar sozinho		X
Presença do ACS na discussão de casos	X	
Repetição de temas	X	

Fonte: Dados das entrevistas

O cotidiano dos serviços de saúde revela entraves que dificultam não somente a eficiência da ferramenta do apoio matricial, mas também a qualidade da atenção em saúde ofertada. Observa-se, nos discursos dos profissionais das equipes de referência, que a sobrecarga de trabalho, pano de fundo de várias das respostas acima, é um impeditivo para a consolidação do matriciamento em saúde do trabalhador. Assim, temas sobre a grande demanda que se assinala nos serviços de

saúde e que dificulta o exercício da interdisciplinaridade durante o encontro de AM na ESF são destacados no discurso: M11: “Outra coisa que pode atrapalhar é a grande demanda do serviço, por exemplo, quando a gente tá em reuniões ou capacitações dentro da unidade, chega muita coisa pra gente, o tempo todo a gente é interrompido”.

O predomínio de atividades assistenciais em detrimento das de vigilância e promoção da saúde dificultam a implementação de ações de saúde do trabalhador na atenção básica, conforme enunciado por Dias et al. (2009). Este fato, evidenciado nas fala de vários profissionais está exemplificado na resposta de M5: “Eu acho que o pessoal tem um pouquinho de dificuldade de a gente gastar um tempo com alguma coisa que não seja atendimento um atrás do outro, né”.

Outro aspecto que merece destaque é a alta rotatividade entre os médicos da AB e o longo período para reposição do profissional que saiu. Os entrevistados consideram que esta questão prejudica a reserva das agendas para a participação nas atividades de matriciamento, gera cancelamento e/ou ausência de profissionais e ainda dificulta a realização das ações no cotidiano, em função do acúmulo de atendimentos. A dificuldade com a agenda, expressa na fala de E6 retrata a sobrecarga de trabalho que os profissionais da AB enfrentam: “O que tem atrapalhado um pouco é a gente conseguir padronizar um dia pra toda unidade, é difícil organizar um dia pra que todo mundo esteja presente”.

A rotatividade dos profissionais também influencia na condução das reuniões, uma vez que se faz necessária a repetição de vários assuntos quando ocorre a entrada de um profissional novo. Esse fato exemplificado por C1 foi apontado como dificultador para ambas as equipes: “outro problema também na atenção primária que é a alta rotatividade dos profissionais, e isso faz, isso é um grande problema que faz você tá um pouco sempre tá, tendo que tá sempre recomeçando”.

As respostas dos apoiadores sobre a realização do matriciamento suscitam uma discussão importante sobre o preparo desses profissionais. De acordo com Campos e Domitti (2007), o trabalhador que realiza o apoio matricial possui um núcleo de conhecimento diferente do daqueles que recebem o apoio, sendo que esta diferença

tem capacidade para aglutinar saberes e contribuir para o aumento da resolubilidade dos problemas de saúde. Os apoiadores entrevistados possuem formações diversificadas e não se sentem preparados para enfrentar questões que exigem um conhecimento diferente do seu núcleo de conhecimento. A maioria dos profissionais do Cerest foi preparado em suas formações acadêmicas para lidar com a assistência, conforme evidenciado na fala de C5: “Na minha formação eu nunca tive, é, essa experiência assim, a gente forma muito voltado pra atendimento da população”.

Este fato valoriza o núcleo de conhecimento de cada profissão e dificulta o trabalho interdisciplinar proposto pelo matriciamento, como podemos perceber na fala de C1: “Como é uma coisa que eu não tinha formação [...] Como fazer?”

Uma consideração importante é que, embora os matriciadores façam parte de um serviço especializado em saúde do trabalhador, cada profissional tem a sua especialidade e é no cotidiano do trabalho que estão sendo formados no campo da saúde do trabalhador, tendo em vista a pequena participação em cursos de formação, conforme demonstrado no Quadro 2.

A partir de falas como a do matriciador C6 “Eu acho que precisa de um suporte pra nós, profissionais que estamos no matriciamento, ter mais respaldo pra gente, pras nossas reuniões acontecerem, continuar nas nossas capacitações da gente também, porque como é algo novo, né?” é possível depreender a necessidade de formação dos apoiadores no campo da saúde do trabalhador e do trabalho interdisciplinar.

A falta de formação contribui para o sentimento de insegurança que a maioria dos apoiadores relataram ter no desempenho deste papel. Este fato faz com que eles não estimulem a discussão de casos e organizem os encontros em torno do debate sobre temas, conforme explicita o entrevistado C2: “Trabalhar tema específico também facilita, porque você consegue fazer um direcionamento, é, melhor”.

Quadro 2 - Formação e tempo de atuação dos matriciadores no CEREST

Formação básica	Formação em saúde do trabalhador		Atuação no Cerest	
	Cursos	Carga horária	Cargo	Tempo no serviço
Fisioterapia com Especialização em Saúde Pública	Cursos de pequena duração	120 horas	Fisioterapeuta	8 anos
Fonoaudiologia	Cursos de pequena duração e Atualização do CEGEST	120 horas	Fonoaudióloga	9 anos.
Fonoaudiologia	Atualização do CEGEST	120 horas	Fonoaudióloga	9 anos
Serviço Social	Não	-	Assistente Social	3 anos
Médico do trabalho	Cursos de pequena duração	-	Médico do trabalho	22 anos
Fisioterapia com pós-graduação e mestrado em ciências da reabilitação	Cursos de capacitação e seminários.	Em média quarenta horas	Fisioterapeuta	9 anos
Serviço Social	Curso do CEGEST	120 horas	Assistente Social	6 anos
Enfermagem, com especialização em enfermagem do trabalho.	Curso do CEGEST Especialização em saúde do trabalhador	120 horas 360 horas	Enfermeira do trabalho.	22 anos

Fonte: Dados das entrevistas

Ir para a reunião com as ESF sem saber quais casos serão levados para o debate gera ansiedade e insegurança em alguns membros da equipe. Este fato faz com que os técnicos queiram ser acompanhados pelos colegas de equipe que eles consideram mais habilitados, assim descrito pelos entrevistados:

Eu comecei acompanhando, é, outros profissionais que iam pra fazer as capacitações nas primeiras unidades. Então eu ia, participava, via como que funcionava as reuniões, as discussões dos temas, é, então foi aí que eu comecei a aprender (C5).

Às vezes eu acho que eu não domino todos os assuntos que eu (risos) do jeito que eu deveria (risos) Né... E aí isso me causa insegurança... Ah, ir com médico (risos) facilita muito o trabalho..., então quando você vai com um médico que sabe como o serviço funciona, ou com um outro colega que sabe como a coisa funciona, isso facilita o serviço. Acho que ir sozinho é ruim... É isso basicamente, é um “se vira nos trinta”, né, porquê você tá lá de cara com a equipe você tem que abordar alguma coisa, então eu acho que isso pra mim é o grande dificultador, porque nem sempre eu... “Ai meu deus, como que eu vou fazer agora” (risos) às vezes me dá essa sensação, entendeu? (C1).

[...] Ter dois profissionais, facilita (C2).

No início eu fui acompanhando outras pessoas que já tinham mais experiências...é interessante quando você vai com outro, outro membro da equipe porque as discussões ficam melhores (C6).

Considerando a fala dos profissionais sobre a necessidade da presença de um colega mais experiente e as informações sobre as discussões de casos, que acontecem semanalmente entre os profissionais do Cerest, verifica-se que, entre os técnicos do serviço, os profissionais menos experientes contam com o apoio dos técnicos mais experientes no campo da saúde do trabalhador e no SUS.

Contudo, o fato de serem especialistas não significa que detenham a resposta para a resolução do caso, a ideia é a construção compartilhada de possibilidades de intervenção para a situação em pauta, como traz Dimenstein et al. (2009), somente a integralidade pode ser realmente efetiva na promoção à saúde. Neste sentido, o matriciamento requer um trabalho interdisciplinar e encontros sistemáticos entre as duas equipes, para a troca de saberes na construção de projetos terapêuticos, bem como para a definição de responsabilidades específicas para cada ator envolvido neste trabalho.

As dificuldades apresentadas pelos matriciadores podem ser entendidas a partir do conceito de Campos (1997) de campo de conhecimento e de responsabilidade que constitui os “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões”, importante para compreender que existem demandas que extrapolam as atribuições específicas de cada categoria profissional.

Efetivamente, os profissionais do Cerest evidenciam a necessidade de capacitações em saúde do trabalhador, a fim de efetivar melhorias à prática do matriciamento podendo assim contribuir decisivamente para que as ações em saúde do trabalhador na AB se realizem de maneira compartilhada.

4.2.3 Facilitadores e potencialidade do matriciamento em saúde do trabalhador

Todos os entrevistados afirmaram que o matriciamento contribuiu para ampliar as ações das equipes da AB e que, portanto, deve ser mantido. O desejo dos profissionais envolvidos em querer preservar este espaço é sem dúvida o maior facilitador para a realização deste trabalho, conforme manifestado na fala:

Eu acho que é comprometimento de muitos trabalhadores, a vontade de querer fazer isso acontecer, porque eu acho que quando as coisas caminham de forma melhor, mais efetiva, é quando você tem os profissionais do lugar mais comprometidos, que acreditam nesse trabalho, sabe, então eu acho que facilita muito, porque às vezes a pessoa, ela não tem uma capacitação mas se ela tem, se ela acredita naquilo e tem um comprometimento, ela se dispõe a participar, né, quantos médicos que hoje a gente não tem que liga pra cá, né, que pergunta, né, porque às vezes simplesmente não só encaminha, mas que liga e tenta resolver a questão lá, e só vai encaminhar depois que efetivamente se viu que não teve condição (C7).

Ó, se for por nota eu dou 10, eu acho muito bom, e toda vez a gente não só discute os casos, mas toda vez que os profissionais vem eles ensinam pra gente alguma coisa, alguma doença, toda vez tem alguma doença diferente que a gente ainda não sabia. Que talvez era alguma doença que a gente nem tinha noção que era sobre doença do trabalho e a gente aprende, tipo assim, como alergia, alergia a algum produto químico, a bota, luva o pó do látex, essas coisas todas a gente aprende, é bem legal (E11).

No que diz respeito aos aspectos facilitadores, os matriciadores destacaram a vinculação do encaminhamento de pacientes ao Cerest somente depois do caso discutido com o matriciador.

Este procedimento, além de facilitar o acompanhamento do paciente, faz com que o profissional das equipes de referência participe das reuniões.

Outros aspectos considerados facilitadores pelos matriciadores foram: poder matriciar sempre em dupla e preferencialmente formando par com um colega mais experiente, ter dia fixo para cada unidade matriciada, ter carro disponível para conduzir a equipe do Cerest, trabalhar temas específicos, a reunião acontecer na unidade básica, ser uma ação contínua, ter profissionais comprometidos na AB que se interessam pela saúde do trabalhador e o engajamento da equipe do Cerest com este trabalho. Esses aspectos foram observados em falas como a que segue:

Ter dois profissionais, facilita. Trabalhar tema específico também facilita, porque você consegue fazer um direcionamento, é, melhor. Fazer a notificação junto com a equipe, também facilita, né, na hora do matriciamento, facilita porque aí eles acabam, é, fica mais fácil pra eles fazerem as outras. O fato de ser na unidade, é, eu não tenho experiência fora da unidade, mas é bom, né, porque acaba que você se adapta à condição da unidade, mas como eu também não tenho experiência em outras unidades, eu não tenho como fazer um, né, parear, avaliar um e outro. Basicamente é isso (C1).

Um matriciador destacou como facilitador a organização prévia da reunião que cabe ao matriciador, conforme relatado abaixo:

[...] eu que tenho que ligar, eu tenho que marcar, eu tenho que ver o dia se a equipe vai tá presente ou não [...] Quando eu não faço isso tem dificuldade do matriciamento ser realizado [...] Então eu fico nessa parte e consigo fazer o link entre o tema que a gente vai abordar no dia e o desejo da unidade ou o que a unidade tem trazido com mais frequência pra discussão: os casos que têm pedido pra discutir, os casos que têm pedido pra encaminhar pro CEREST, ou até mesmo aqueles casos que não é a própria unidade que encaminha, mas chegam aqui e é daquela área de abrangência, e aí a gente tem que levar o caso pra unidade por ele tá dentro da, da atenção, né, daquelas equipes, então isso aí é [...] isso também a gente faz. Então esse papel de coordenar o, o... como que o matriciamento vai tá acontecendo naquela unidade [...] (C1).

Os profissionais consideram que o matriciamento e as capacitações são importantes e devem ser mantidas. No entanto, o matriciamento necessita de modificação em relação ao formato que está acontecendo atualmente, tendo em vista que, considerando o número de matriciadores e o número de unidades a serem matriciadas, se torna inviável realizar reuniões mensais em todas as 34 UBS do município. A equipe considera importante ampliar o matriciamento para todas as unidades conforme expressa o entrevistado C1: “Ah, eu queria que fosse em todas [...] (pausa) É... Isso me emociona porquê eu acho muito importante sabe”.

No sentido de ampliar o número de unidades matriciadas, as sugestões são: realizar o matriciamento de forma centralizada chamando os profissionais para encontros no Cerest, realizar as reuniões de matriciamento por regional e passar a periodicidade das reuniões para bimensal. Vale destacar que essas sugestões vão de encontro a aspectos considerados facilitadores pelas equipes da AB e por alguns matriciadores. Assim, se por um lado podem possibilitar a ampliação das unidades matriciadas, por outro pode dificultar a realização do trabalho.

A publicação da portaria instituindo o protocolo da saúde do trabalhador para a AB foi considerada um facilitador para o trabalho, seja pelo seu aspecto normativo, seja pelo direcionamento que o protocolo proporciona para os profissionais da AB, conforme relato de C2: “o protocolo eu acho que ele permite isso, porque ele tá ali o tempo inteiro e a pessoa tá vendo aquele instrumento, né”.

Também foi salientada a necessidade de se repensar o papel do Cerest, revendo as ações de assistência realizadas pelo serviço como possibilidade de ampliar o número de matriciadores:

[...] então eu acho que o primeiro é a disponibilidade dos profissionais lá na ponta, o segundo, né, o mal entendimento do que é saúde do trabalhador ainda, da importância, e o terceiro, a organização da gente hoje, enquanto equipe, né, pelo fato da gente, aquilo que eu falei, nós não sermos só assistência, a gente ainda, fazermos atividade de assistência não nos permite estar na prevenção muito, então eu vejo isso um dificultador também da equipe, da organização da equipe pra tá indo fazer o matriciamento eu acho que essas três coisas são as primordiais de que dificulta o trabalho (C4).

Os profissionais das equipes de referência consideraram como aspectos que facilitaram a realização do matriciamento: incentivo da gerente, ter data fixa para a realização das reuniões, na AB; de aumento da resolutividade por parte das equipes da AB e a possibilidade de agir na causa do adoecimento.

O encontro entre as equipes de referência e o apoio matricial, conforme Campos (1999), pressupõe o trabalho em equipe e a corresponsabilidade dos envolvidos com a produção de saúde, ampliando e qualificando o campo de atuação das equipes de referência. Respostas como as transcritas abaixo evidenciaram a possibilidade do estabelecimento de relações horizontais e de trabalho conjunto entre as equipes:

Você faz uma atenção diferenciada para aquela unidade, então, é, você se torna um, uma pessoa de referência, um técnico de referência, então, é, o matriciamento ele garante que um profissional esteja mais perto do outro profissional, então que você consiga uma troca de informação, uma discussão de caso, da atenção básica entrar em contato, com o técnico e discutir diretamente com ele, de, de criar uma referência mesmo em saúde do trabalhador, e o matriciamento ele dá essa possibilidade, que as outras capacitações às vezes não dá (C1).

Facilita, a nossa relação com a unidade, hoje eu vejo assim, particularmente com as unidades que eu matricio, o entendimento de saúde do trabalhador, uma melhor solução dos casos, eu vejo isso, encaminha e aí essa relação que a gente tem deles encaminharem, ligar, “olha, eu tô em dúvida disso”,

então eu vejo que isso possibilita, não sei do trabalho em si, mas pro trabalhador, pro paciente que chega pra gente, um ganho na resolatividade do caso dele, tanto pra acompanhamento lá na base, como orientações previdenciárias, como fechar relação, então eu acho que principalmente pro usuário que nos procura é um ganho existir esse matriciamento, essa relação da gente com essas unidades que ele é referenciado lá (C4).

Eu peguei um caso que era uma dermatite que eu até discuti com o Cerest, o médico atendeu lá e na época e a gente via que, a gente, foi investigado produtos pra tenta identificar e não, e descobriu-se que o estresse do trabalho que tava provocando, e era na pele, né, e hoje em dia ela saiu do emprego e tá bem. Mas foi detectado isso aí, um caso interessante que foi trabalhado junto com o Cerest (M11).

Uma consideração importante é o entendimento, por parte de alguns matriciadores, que o fato dos profissionais da AB encaminharem pacientes ao Cerest significa que eles não estão fazendo ações de saúde do trabalhador, enquanto para outros encaminhar pacientes significa que estão fazendo e em alguns casos necessitam do apoio do Cerest. Porém, há um consenso entre os apoiadores que houve uma qualificação nos casos encaminhados para atendimento no Cerest. Os trechos a seguir expressam essas ideias:

A forma que tá sendo feita não tá conseguindo obter, na prática, o efeito que a gente gostaria que tivesse, e que a gente precisa que tenha, que é a atenção básica fazer saúde do trabalhador (C3).

Eu não sei se é tão eficiente assim, como um todo, se essa orientação realmente é efetiva no sentido de chegar um caso lá, de saúde do trabalhador, e os médicos, os enfermeiros terem realmente esse pensamento ali, pra saúde do trabalhador, e saberem o que fazer, as ações ali direcionadas praquele caso (C3).

o máximo que a gente conseguiu fazer mesmo em equipes antigas é qualificar tremendamente, e aí qualifica mesmo, a demanda para o CEREST (risos), entendeu? E aí qualifica pra valer, porque os caras mandam pra cá sabendo o quê que eles tão fazendo, mas não fazem lá (C5).

Tal lógica perpassa a formação de matriciadores e equipes de referência, sendo possível visualizar ainda matriciadores resistentes à proposta matricial, por preferirem estar no atendimento dentro do Cerest e equipes de referência focadas na ideia de encaminhamento, com transferência de responsabilidade.

Assim, o matriciamento cumpre também a função de ser regulador de fluxo, já que possibilita o entendimento e a diferenciação dos casos que realmente precisam ser atendidos por equipes especializadas em saúde mental e os casos que podem ser

acompanhados pela equipe da Atenção Básica, ou pelo menos deveriam ser acolhidos por essa equipe (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Para Campos et al. (2014), o cerne do apoio matricial consiste na apropriação do acompanhamento do paciente em seus aspectos biológicos, sociais, familiares, políticos e psíquicos pela equipe de referência. No que se refere a tal aspecto, os profissionais das ESF afirmaram considerar a atividade de trabalho e fazer a relação desta com o adoecimento. Afirmaram ainda que passaram a considerar a situação de trabalho dos pacientes somente depois das reuniões com o Cerest.

Na política de educação permanente, é imprescindível que os profissionais incorporem, em suas abordagens, o papel do trabalho na determinação social do processo saúde-doença.

Neste sentido, todos os médicos e enfermeiros afirmaram que após a instituição do matriciamento passaram a considerar a atividade de trabalho em seus atendimentos e fazer a relação do adoecimento com o trabalho. Já os ACS, entre os 11 entrevistados oito responderam que consideram a ocupação dos pacientes em suas atividades diárias, o que pode ser verificado nas falas abaixo:

[...] quando a gente entra a gente não tem muito essa visão da questão do trabalhador, então todas as capacitações e principalmente o estágio que eu fiz me ajudou demais, né, ter essa visão de olhar o trabalho, né, e a saúde da pessoa. (M11).

Olha, depois das reuniões do CEREST eu tive essa visão, mas antes eu não tinha, de verdade. (E11).

Acho que a gente obtém, né, informações e orientação necessária pra poder tá orientando também os usuários, observando, encaminhando (A1).

As atividades de assistência absorvem o tempo dos profissionais da AB, prejudicando a realização de outras atividades, inclusive as de vigilância em saúde do trabalhador, fato constatado nas entrevistas, tendo em vista que somente cinco profissionais afirmaram fazer vigilância epidemiológica, um profissional disse que já solicitou inspeção em ambiente de trabalho e outro considera que faz vigilância em saúde do trabalhador em seus atendimentos, conforme sua fala:

Olha, se eu considerar que a educação médica no momento do exame clínico, do exame físico ali, é uma certa vigilância, por exemplo, uma pessoa que tá trabalhando muito tempo sentada, ou então muito tempo em pé, né, a gente fala, dá orientações, a pessoa se trabalha, por exemplo, no supermercado, isso aqui é muito comum, carregando peso, eu sempre, primeira dor que aparece ali eu já trabalho nas próximas dores pra ele evitar. Se isso for considerado uma vigilância, sim. Agora outras atividades assim, não, nunca fui incentivada, nunca pensei em abrir um grupo pra isso, não, nunca trabalhei não. Mas as vigilâncias que eu cuido, sobretudo dessas lesões mecânicas, eu previno bastante com orientação no consultório médico, da postura, né, de formas posturais mais preventivas. Alergias, por exemplo, né, eu sempre oriento qual o tipo de proteção que tem que ter, peço, né, oriento as pessoas a usarem, é porque já teve um caso aqui que ele assumiu pra mim que tava sem o EPI, né, então eu chamo mais atenção pra isso, né, a gente trabalha isso sim (M11).

Um profissional destacou a dificuldade de, nesse contexto de aumento da informalidade, reconhecer o trabalhador, aspecto importante a ser trabalhado no matriciamento, tendo em vista a precarização das relações de trabalho e o aumento do desemprego, que elevam o número de trabalhadores na informalidade, aumentando, portanto, conforme Dias et al. (2009), a responsabilidade da AB para com a população sob sua responsabilidade sanitária.

É, tem muitos trabalhadores informais, né, então se tiver que fazer um resultado, um trabalho com eles, dificilmente eles vão parar com o trabalho deles porque eles dependem de cada dia que trabalham pra receber o dinheiro. Eu entendo que aqui, não sei se é por causa da crise econômica que o Brasil tá passando ou porque é a região que é muito pobre. Então geralmente tem muitos trabalhadores informais, né, então não tem assim, você não tem um resultado efetivo assim, você não pode garantir o resultado de uma melhora porque você não tem como afastar o paciente do trabalho, uma vez que ele depende daquele serviço e ele não tem um INSS, não tem um, algum apoio financeiro, se ele parar de trabalhar (M9).

A partir da análise dos dados, é possível depreender a importância das atividades de matriciamento para que os profissionais da AB possam incorporar a relação saúde/doença/trabalho em seus processos de trabalho, como na consulta médica e de enfermagem, na identificação da família, no mapeamento do território e no acolhimento. As falas abaixo demonstram que os matriciados consideram esta relação em seus processos de trabalho.

[...] a gente faz aquele acolhimento, olha as demandas, né, que ele tá precisando, e em alguns eu observei que, com o tempo, é, se fala muito, é, muito paciente que mexe com trabalho repetitivo, né, tipo assim, é, mexe em, como é que eu vou te falar, ô meu deus, aquelas empresas que fazem desossamento de frango, né, aí elas falam que tem que, que é um movimento muito repetitivo, que é tirar as vísceras do frango, depois elas

mexem no frio, gelado, aí depois, aí tem esse le... Ler dort. Ler dort. Por causa disso, né, esses movimentos repetitivos e o frio. E também as costureiras, queixam muito também, essa posição que ela fica muito, né, na máquina, indo e voltando, tem muita dor no ombro, né, essa no ombro dá muito. E pedreiro: pó de cimento. Vem com essa dermatite, aí também eu observei, né, isso que a gente observa, as mão todas, né, com feridas, rachadas, isso aí que [...] (E9).

A gente observa as queixas do usuário, né, então se ele, vamo supor, tá queixando muita dor na coluna, a gente procura saber se não é o trabalho que tá acarretando isso, a maneira incorreta de pegar o peso, então a gente procura saber e orienta e encaminha, à unidade de saúde (A1).

As análises da origem dos encaminhados de pacientes ao Cerest apresentadas a seguir corroboram com a fala dos profissionais de que estão considerando a atividade de trabalho como fator de adoecimento. Os dados revelam que o processo de apoio técnico pedagógico para as equipes da AB de Betim, iniciado em 2007, provocou uma inserção da saúde do trabalhador na rede SUS. A redução no número de encaminhamentos em 2016 pode ser fruto das reuniões de matriciamento que possibilitaram que os profissionais não só suspeitem, mas tenham condições de fazer a relação do adoecimento com o trabalho, sem necessitar do apoio assistencial do Cerest (Tabela 3, Gráfico 2).

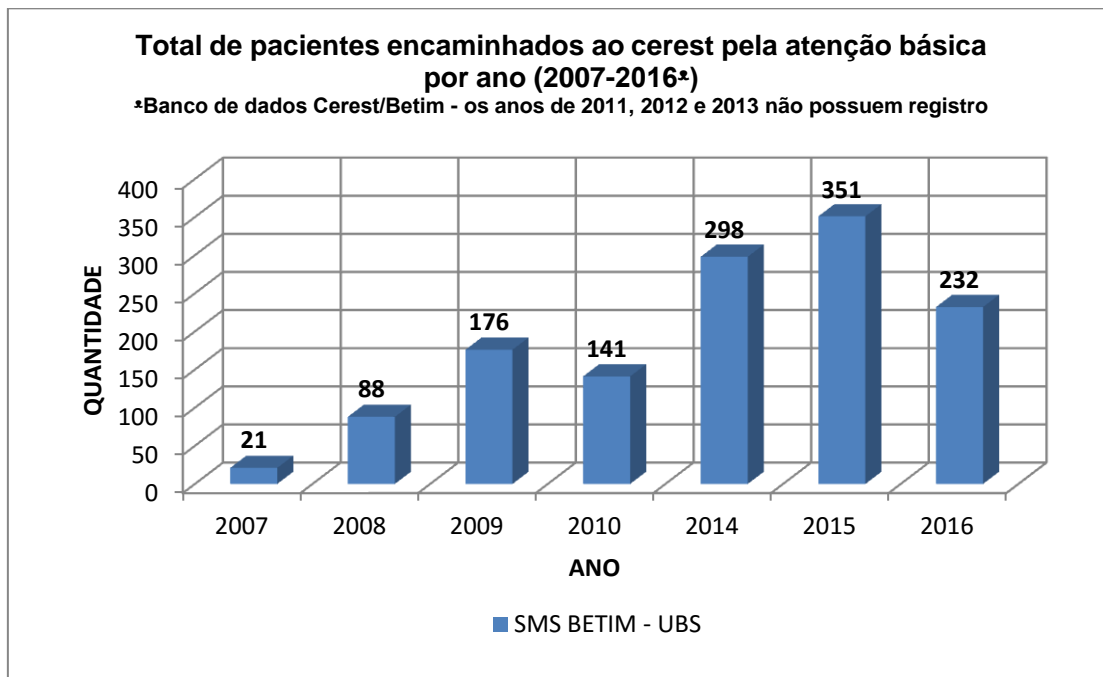
Tabela 3 - Encaminhamento dos pacientes ao Cerest por origem

Origem do encaminhamento de pacientes ao Cerest 2007 - 2016*								
Origem do encaminhamento	Anos							Total
	2007	2008	2009	2010	2014	2015	2016	
SMS Betim – exceto AB	16	30	53	82	94	111	69	455
SMS Betim - AB	21	88	176	141	298	351	232	1307
Municípios da microrregião	18	24	32	23	70	59	38	264
Sindicatos	20	50	80	63	53	52	57	375
Prefeitura Betim - exceto SMS	24	2	2	0	8	7	16	59
Sem encaminhamento	177	223	210	165	68	95	40	978
Outros órgãos	24	2	2	0	11	8	17	64
Total	300	419	555	474	602	683	469	

* Banco de dados Cerest/Betim - os anos de 2011, 2012 e 2013 não possuem registro

Fonte: Banco de dados Cerest Betim

Gráfico 3 - Encaminhamento de pacientes ao Cerest por UBS



Fonte: Análise documental

Na saúde do trabalhador, um dos indicadores capaz de medir as ações realizadas é o número de notificações dos agravos de notificação compulsória no SINAN, embora este dado só confirme que foi considerada a relação do adoecimento com o trabalho, o que não significa que as demais ações pertinentes foram realizadas. Segundo os entrevistados das equipes de referência, as queixas que são relacionadas, por eles, com as atividades de trabalho são: “lesão em joelho e ombro em motoristas; problemas de coluna em pedreiros e jardineiros; síndrome do túnel do carpo em pedreiros, marceneiros e auxiliar de serviços gerais; LER em trabalhadores de frigorífico; alergias; depressão; estresse; lesões do braço e da perna; alergias em pedreiros; dor devido a movimentos repetitivos; dor lombar em trabalhador da construção civil; dor na coluna; problemas nas mãos; e problemas respiratórios”.

Analisando as notificações dos agravos da saúde do trabalhador realizadas pelas UBS de Betim, no período de 2007 a 2016, no SINAN, apresentadas na Tabela 4, verifica-se que os dados corroboram com a fala dos profissionais de que estão fazendo a relação do adoecimento com o trabalho e realizando as notificações.

Observa-se que os números de notificações são irregulares, não sendo possível verificar uma tendência. Embora as três UBS que mais notificaram sejam matriciadas, não é possível relacionar o número de notificações ao matriciamento, tendo em vista que, entre as três que menos notificaram duas também são matriciadas.

Tabela 4 - Notificações dos agravos da saúde do trabalhador realizadas pela AB de Betim no período de 2007 a 2016

Notificações dos agravos da saúde do trabalhador no SINAN realizadas pela Atenção Básica de Betim no período de 2007 a 2016											
Unidade Básica	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Cachoeira	2	2	0	2	11	26	3	0	5	2	53
Bueno Franco	0	0	0	0	22	4	6	0	7	6	45
Petropolis	0	0	1	7	3	1	5	1	13	12	43
Alcides Braz	0	0	1	4	7	3	9	2	7	9	42
Teresopolis	1	1	0	4	5	8	4	1	7	9	40
Angola	0	0	1	3	5	4	4	1	9	9	36
Homero Gil	0	0	0	0	0	1	8	4	13	5	31
Alterosas	0	0	0	0	0	1	4	2	10	8	25
Santa Izabel	0	0	2	4	0	7	4	4	2	1	24
Dom Bosco	0	0	0	1	1	0	0	0	10	11	23
Cruzeiro do Sul	0	0	0	7	7	3	0	0	1	2	20
Bandeirinhas	0	0	0	0	0	1	0	0	15	1	17
Laranjeiras	0	0	0	2	0	1	1	0	4	8	16
Duque de Caxias	0	0	0	1	1	7	0	0	6	0	15
Cidade Verde	0	0	0	0	2	1	4	0	3	4	14
Capelinha	0	0	0	1	4	3	0	0	2	3	13
Citrolandia	0	0	0	0	1	5	1	0	3	2	12
Marimba	0	1	0	0	0	2	0	0	6	2	11
Vianópolis	0	0	0	0	0	3	0	0	6	2	11
PTB	0	0	0	0	3	5	0	0	1	0	9
Alvorada	0	0	0	0	1	2	0	0	3	2	8
Trincheira	0	0	1	0	0	3	0	0	3	0	7
N. S. Fatima	0	0	0	0	0	1	0	0	4	2	7
Universal	0	1	0	2	1	1	0	0	0	1	6
Guanabara	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	5
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5
Imbirucu	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	5

Continua

Tabela 4 - conclusão

Notificações dos agravos da saúde do trabalhador no SINAN realizadas pela Atenção Básica de Betim no período de 2007 a 2016											
Unidade Básica	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Vila Cristina	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4
Petrovale	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Nova Baden	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Colônia	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Campos Eliseos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Icaivera	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Paulo Camilo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Soma	3	6	7	38	76	95	55	15	151	109	555

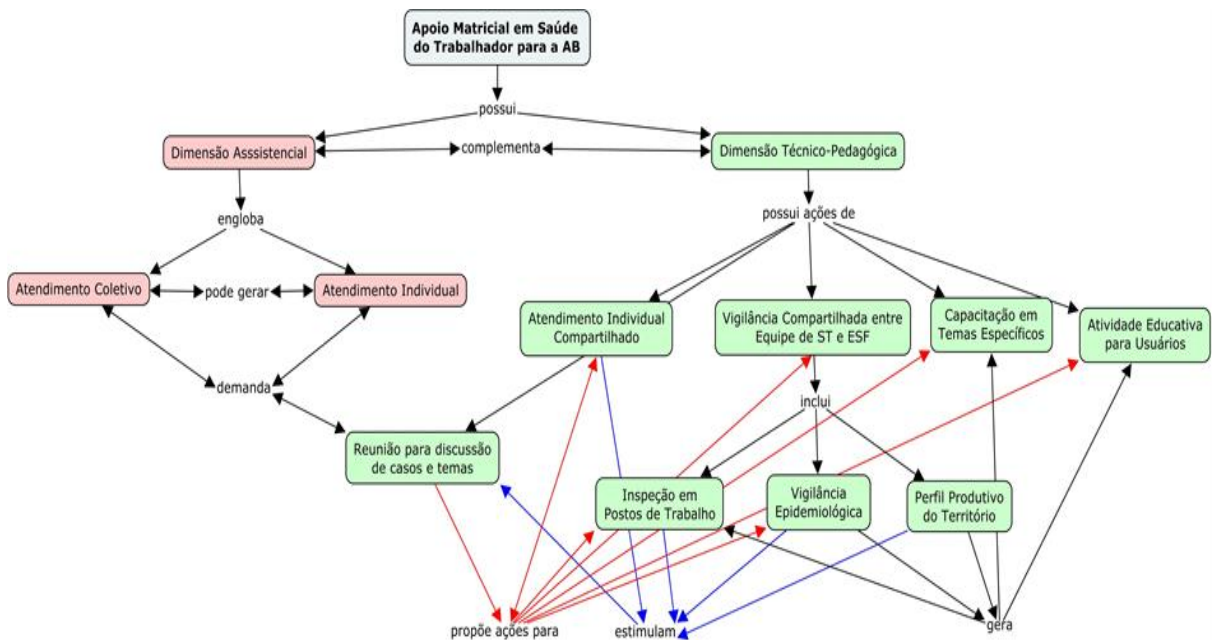
UBS com matriciamento implantado que tiveram reuniões no segundo semestre de 2016.

UBS com matriciamento implantado que não tiveram reuniões no segundo semestre de 2016.

Fonte: Banco de dados do SINAN/Ministério da Saúde

A Figura 3 apresentada a seguir é uma representação do processo de apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest para a atenção básica no município de Betim.

Figura 3 - Apoio técnico e pedagógico realizado pelo Cerest para a AB de Betim



Fonte: Pesquisa documental e entrevistas

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica se constitui em uma importante estratégia para o cuidado da saúde dos trabalhadores no SUS, seja pela capilaridade que permite a identificação das condições reais de vida da população, pela responsabilidade sanitária da equipe de saúde ou pelo acesso ao trabalho domiciliar, no qual as políticas tradicionais de proteção da saúde têm dificuldade de acessar.

Os resultados desta pesquisa demonstram que os profissionais da AB, embora estejam absorvidos pelas atividades assistenciais e sobrecarregados pelo excesso de demanda e falta de profissional, quando contam com suporte adequado incorporam a perspectiva da saúde do trabalhador em suas ações.

Outra constatação deste estudo, corroborando outras observações registradas na literatura é que os sistemas de formação não preparam os profissionais para pensar o trabalho como determinante do processo saúde doença. Este estudo evidenciou, ainda, que partir do processo de trabalho das equipes de referência é uma estratégia que pode dar certo para inserir as ações de saúde do trabalhador na AB, uma vez que, com a informação teórica, os profissionais não conseguiram identificar quais ações fazer por não saberem decodificar a informação recebida.

A partir das análises realizadas é possível depreender que o processo de trabalho da AB valoriza a clínica, e introduzir as ações de saúde do trabalhador a partir da discussão de caso é uma estratégia adequada para que a saúde do trabalhador aconteça na AB. Tal conclusão foi fundamentada a partir das observações dos profissionais da AB sobre a importância das discussões do caso clínico, o que evidenciou a necessidade de se investir na formação prática, neste sentido o apoio matricial é uma ferramenta adequada.

Outro dado revelado neste estudo é a necessidade de formação dos matriciadores para a realização do apoio matricial, sejam eles profissionais dos Cerest, dos NASF, dos centros de especialidade ou as referências técnicas municipais em saúde do trabalhador.

A forma da saúde do trabalhador entrar no SUS é inserir ações de saúde do trabalhador na atenção básica. Para esta inserção, o estudo realizado mostrou que é necessário o apoio técnico pedagógico por parte de profissionais especializados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. H. R. C.; REIS, A. P. O cuidado à saúde do trabalhador na rede SUS Betim e microrregião: a atuação do CEREST e a atenção primária em saúde. In: DIAS, M. E.; SILVA, T. L. (Orgs.). **Saúde do Trabalhador na atenção primária à saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Coopmed: Belo Horizonte, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. de A. Rego e Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.28, n.3, p.632- 645, 2008.
- BETIM. **Decreto 40.534** de 02 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a implantação do protocolo da saúde do trabalhador na atenção primária no município de Betim. Betim: Prefeitura.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Capítulo II. Seção II – Da Saúde, artigos 196 a 200. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.908** de 30 de outubro de 1998. Norma operacional básica em saúde do trabalhador no SUS. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1679**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.437**, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. n.27, 152p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823/GM**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios**. 7. ed. Madrid: Paraninfo, 1991.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações dos modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.197-228.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: CAMPOS, G. W. de S. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.18, n.1, p.148-168, abr. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D; PEREIRA, J. N; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v.18, (Supl 1), p.983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p.2061-2070, 2009.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. Saúde**, v.9, n.1, p.137-148, 2011.

DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Coopmed, 2013.

DIAS, M. D. A. Compreender o trabalho na atenção primária à saúde para desenvolver ações em saúde do trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 38, n.127, p.69-80, Junho, 2013.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670&search=minas-gerais|betim>>. Acesso em: junho/2016.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. 1996. 414 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998. (Dicionários Michaelis).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PENA, R. S. **Saúde mental atravessada: construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS CEREST

Pesquisa: APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR: A CONTRIBUIÇÃO DO CEREST

ROTEIRO DE ENTREVISTA com OS PROFISSIONAIS DO CEREST

BLOCO 1 – Identificação

1. Qual a sua formação básica?
2. Você fez curso ou capacitação no tema Saúde do Trabalhador?
3. Qual? Com que carga horária?
4. Qual seu cargo no CEREST?
5. Há quanto tempo trabalha no CEREST?

BLOCO 2 – sobre as ações desenvolvidas pelo com as equipes da Atenção Básica

6. Que ações de apoio técnico e pedagógico o Cerest realiza ou já realizou com as equipes da Atenção Básica? Você participou?. Conte um pouco sobre como foi essa experiência.
7. Você tem outras experiências de matriciamento com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde?
8. Quais as principais dificuldades encontradas?
9. O que facilitou o trabalho? Qual a sua avaliação sobre essas atividades? Elas contribuíram para ampliar as ações das equipes?
10. Como o CEREST pode ampliar e melhorar seu papel de suporte técnico e pedagógico às equipes da AB?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS AB

Pesquisa: APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR: A CONTRIBUIÇÃO DO CEREST

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DA AB

1. Há quanto tempo que trabalha no SUS? E em Betim? Sempre trabalhou na Atenção Básica?
2. Em seus atendimentos você considera as relações entre o trabalho e o processo saúde doença dos trabalhadores? Conte alguma de suas experiências.
3. Você participa ou já participou de alguma atividade de educação permanente no tema saúde do trabalhador? Quais? Quando? Quem promoveu? Qual a sua avaliação? Elas ajudaram você a ampliar o foco de suas ações no serviço?
4. Descreva o que você entende por matriciamento em saúde do trabalhador:
5. Você participa ou já participou de de atividades de matriciamento em saúde do trabalhador? Quais?
6. As reuniões de matriciamento contribuíram para mudanças na sua prática?
7. Como você avalia essas atividades?
8. Quais as dificuldades para efetivar o matriciamento em sua unidade?
9. Você já demandou algum serviço do Cerest? Qual? Foi atendido? Como você avalia a contribuição do Cerest?
10. Você conta com o apoio do Cerest nos atendimentos relacionados à saúde do trabalhador?
11. Você realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador – vigilância de agravos e vigilância de ambientes e condições de trabalho?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Voce está sendo convidado a participar do estudo intitulado APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR: A CONTRIBUIÇÃO DO CEREST, sob a responsabilidade da Sra. Mrcia Lazarino e da Prof.a Elizabeth Costa Dias da Universidade Federal de Minas Gerais, coma finalidade de analisar o processo do apoio técnico e pedagógico (matriciamento) realizado pelo CEREST com as equipes da atenção básica de Betim, para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. O produto desse estudo deverá contribuir para subsidiar o apoio técnico e pedagógico para as equipes da atenção básica.

Se concordar em participar, você sera entrevistado e suas respostas serão gravada e posteriormente transcritas. Duas respostas serão mantidas em segredo, e apenas a pesquisadora terá acesso a elas. Sua participação é gratuita e voluntária e a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim o desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesse estudo e os resultados da análise feitos de forma coletiva serão apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho. Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade pessoal e espera-se que os resultados forneçam subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____ aceito participar da pesquisa intitulada APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR: A CONTRIBUIÇÃO DO CEREST dentro das condições acima expostas.

Betim, _____ de _____ de 2016.

Pesquisadores:

Prof. Dra. Elizabeth Costa Dias – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Márcia da Silva Anunciação Lazarino – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.

ANEXO A - APROVAÇÃO COEP

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE - 19915013.7.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Elizabeth Costa Dias
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 11 de setembro de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA



Betim, 30 de novembro de 2016

CARTA DE ANUÊNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa pela pesquisadora Márcia da Silva Anunciação Lazarino, sob orientação da Professora Doutora Elizabeth Costa Dias responsáveis pelo projeto: **“APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR: A CONTRIBUIÇÃO DO CEREST”**, que tem como objetivo “Analisar o processo de apoio técnico e pedagógico realizado pelo CEREST às equipes da Atenção Básica/Saúde da Família para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no seu cotidiano de trabalho com a finalidade de contribuir para seu aperfeiçoamento”, consideramos que:

- 1- O projeto de pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico, bem como a integração ensino e serviço, faz parte das diretrizes da Educação em Saúde do SUS/Betim;
- 3- A execução do projeto foi autorizada pela Diretoria Operacional da Saúde;
- 4- Esta instituição não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
- 5- Os resultados desta pesquisa devem ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Betim.

Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado **somente após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente.**

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa, a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Merlín Frederico
Diretora de Educação em Saúde
SMS/SUS Betim


Rasivel dos Reis Santos Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS/Betim