Luísa da Matta Machado Fernandes

Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: um Estudo de Caso

Universidade Federal de Minas Gerais

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte - MG

2012

Luísa da Matta Machado Fernandes

Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: um Estudo de Caso

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Saúde e Trabalho).

Orientadora: Prof. Dr[a] Soraya Almeida Belisário

Co-Orientadora: Prof. Dr[a] Elizabeth Costa Dias

Belo Horizonte

2012

Fernandes, Luísa da Matta Machado.
F363d Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde [manuscrito]: um estudo de caso. / Luísa da Matta Machado Fernandes. - - Belo Horizonte: 2012.
95f.
Orientador: Soraya Almeida Belisário.
Co-Orientador: Elizabeth Costa Dias.
Área de concentração: Saúde e trabalho.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estudos de Casos. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Belisário, Soraya Almeida. II. Dias, Elizabeth Costa. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : WA 440

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor
Prof. Clélio Campolina

Vice-reitora
Profª. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação
Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa
Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor
Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social
Profª. **Antonio Leite** Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador
Profª Ada Ávila Assunção

Sub-coordenador
Profª. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Representantes Docentes
Profª. Mariângela Leal Cherchiglia
Profª. Eli Iola Gurgel Andrade
Prof. Fernando Augusto Proietti
Prof. Francisco de Assis Acúrcio
Profª. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa
Profª. Soraya Almeida Belisário
Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Profª. Carla Jorge Machado
Profª. Mark Drew Crosland Guimarães
Profª. Cibele Comini César

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640

UFMG

DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Soraya Almeida Belisário, Elizabeth Costa Dias, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, aprovou a defesa da dissertação intitulada **"DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO",** apresentada pela aluna **LUÍSA DA MATTA MACHADO FERNANDES** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 14 de fevereiro de 2012.

Soraya Almeida Belisário
Profa. Soraya Almeida Belisário
Orientadora

Elizabeth Costa Dias
Profa. Elizabeth Costa Dias
Coorientadora

Tarcísio M Pinheiro
Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profa. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Das Utopias

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos se não fora

A mágica presença das estrelas!

Mario Quintana

Agradecimentos

Esse volume final da dissertação é a representação da conquista de uma longa caminhada, que teve momentos solitários e outros em grupo, com importantes apoio e suportes, das mais variadas formas. Destaco aqui, para agradecimento, algumas das pessoas que estiveram comigo ao longo dessa jornada.

A meus pais que sempre me apoiaram incondicionalmente nas minhas decisões e possibilitaram a concretização de muitos sonhos e ao meu irmão pelo companheirismo e paciência nos momentos difíceis.

A minha família (avós, tios, tias, primos e primas), amigos, amigas e amoras, que estiveram sempre a postos nos momentos difíceis e de comemoração. Especialmente a minha avó Yone que não pode estar ao meu lado até o final dessa jornada, mas que sempre fez questão de destacar o orgulho que sentia de mim diante das conquistas e caminhos percorridos, o que vai ser sempre um guia das minhas ações.

Agradeço especialmente as minhas orientadoras Soraya e Beth, que estiveram sempre presentes, construindo comigo esse trabalho e abrindo portas para o meu aprendizado.

A todos que em diferentes momentos participaram do grupo de Saúde do Trabalhador de onde nasceu o projeto contribuindo ricamente nessa construção, mas especialmente a Thaís, Vanira e Edinalva, que dividiram cada passinho da construção o método.

Aos colegas de mestrado por dividir as angustias, duvidas e alegrias de cada matéria, prazo, entrega e novas regras.

Ao Grupo de Condução Municipal e do Distrito Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que com o aprendizado diário da prática na Atenção Primária à Saúde e no mundo do trabalho me possibilitaram outras percepções sobre o estudo de caso.

RESUMO

Introdução: Entre as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se a atenção à Saúde do Trabalhador (ST). Nesse sentido, com o objetivo de operacionalizar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) no SUS, várias ações têm sido desenvolvidas concomitantemente à publicação de uma série de leis e portarias. Entre as ações destacam-se a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e o *Caderno de Atenção Básica 5*. Este último especifica as atribuições dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), em sua área de abrangência, no que tange às ações de ST. A Atenção Primária à Saúde (APS) é hoje a principal referência para o reordenamento da atenção à saúde no país, sendo de fundamental importância não só a integração das ações de ST como também a sua assimilação pela APS. **Objetivo:** Identificar as ações de Saúde do Trabalhador realizadas na Atenção Primária à Saúde desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família em um município de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória do tipo estudo de caso, realizada em município de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de análise documental, entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave e grupos focais com as equipes de SF e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Foram entrevistados as Referências Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador (RTMST) e Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da Superintendência Regional de Saúde RT-ST-SRS, o Coordenador da APS regional e o coordenador do CEREST. A escolha do município estudado foi realizada em duas etapas: seleção de uma regional de saúde e de um município pertencente à regional selecionada. Para a seleção da regional foram considerados os critérios: a) contar com Referência Técnica em Saúde do Trabalhador indicada há no mínimo dois anos; b) contar com apoio de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; c) ter cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) acima de 50%. Como critério de desempate realizou-se uma entrevista com a coordenação da área técnica em Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Minas Gerais. Já a seleção do município seguiu os seguintes critérios: a) contar com Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador (RTMST); b) apresentar registro de agravos à saúde relacionados ao trabalho no Sistema de Informação da Atenção Básica; c) ter cobertura de PSF acima de 50%. Complementando o processo foram realizadas entrevistas com o coordenador do CEREST e com as Coordenações de Vigilância e de Atenção Básica da regional de saúde. A seleção final baseou-se nas entrevistas com os representantes das APS dos três municípios apontados. A ESF estudada foi indicada pela RTMST. Em seguida procedeu-se a uma caracterização do município por meio de dados secundários e visita exploratória ao mesmo. Nessa etapa foram coletados documentos que auxiliaram na caracterização, identificação dos informantes-chave e a análise. Posteriormente procedeu-se à realização das entrevistas. **Resultados:** Os resultados são apresentados em três categorias: 1) ações de ST na APS; 2) fatores facilitadores; 3) dificuldades enfrentadas. Constatou-se que a equipe desenvolve as ações de Saúde do Trabalhador como parte de suas atividades diárias,

assim desenvolvidas: a) caracterização do território com mapeamento das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora; b) reconhecimento e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho; c) identificação e orientação sobre riscos e perigos relacionados ao trabalho; d) visitas domiciliares a trabalhadores; e) ações educativas nas empresas e em outros locais. As facilidades encontradas dizem respeito aos seguintes aspectos: a) trabalho multiprofissional, expresso na interação ESF/NASF; b) apoio institucional oferecido pela RTMST; c) apoio matricial e suporte técnico oferecido pelo CEREST; d) interação CEREST/RT-ST-SRS; e) apoio das instâncias estadual e federal; f) inserção da ST no Pacto Pela Saúde e g) a organização e o funcionamento da APS: cobertura do PSF e ESF completas. As dificuldades apontadas pelos entrevistados se referem a questões relativas aos seguintes fatores: a) Baixa qualificação dos profissionais da APS; b) organização e funcionamento da APS levando à rotatividade, sobrecarga de trabalho e ausência de um sistema de referência e contrarreferência; c) problemas na notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho; d) resistência dos donos das empresas; e) acesso dos trabalhadores ao serviço; f) resistência dos gestores locais; g) ausência ou fragilidade do processo de monitoramento e avaliação. **Considerações Finais:** Observou-se que a equipe desenvolve ações de ST em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, identificando as facilidades e dificuldades do processo. Conclui-se pela possibilidade do desenvolvimento das ações de ST na APS e recomenda-se o investimento na qualificação profissional e no matriciamento das ações.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; Equipe de Saúde da Família; Estudos de Casos.

ABSTRACT

Introduction: Among Brazil's Public Health System attributions is the Worker's Health (WH). Through the years were published laws and documents to built the Worker's health National Policy, from which we can emphasize the National System of Global Attention in Worker's Health and the "Primary Care Guidelines 5", which specifies the attributions, regarding WH, of the professionals who work at the Family Health Team (FHT). Despite all the efforts the WH still has to overcome challenges to be integrated with Brazil's Public Health System. One of the strategies used to achieve this gold is to be inserted through the Primary Health Care (PHC), which is today the base for restructuration of the health system in the country. It is possible to affirm that the integration between WH and Brazil's Public Health System depends of its assimilation by the PHC. **Objective:** This study aims to identify the WH actions developed by a FHT from a municipality in Minas Gerais through case study. **Method:** The research was a qualitative and exploratory case study in a municipality form Minas Gerais. The data were collected trough documents, interviews with key informants and focus groups with the FHT and the Worker's Health Center team. The key informants interviewed were municipal Technical Reference in Worker's Health, the regional Technical Reference in Worker's Health, the Regional Coordinator of PHC and the coordinator of WH Center. The municipality for the study was chosen in two steps: the selection form a Health's Regional and the selection form the city that belongs to the Health's Regional selected. The Health's Regional was chosen through the following criteria: a) has a Technical Reference in Worker's Health indicated for two years at least; b) has the support of a Worker's Health Center; c) has over 50% of the population covered by the Family Health Program (FHP). Those criteria's defined five possible regions, and one of them was selected after interview with the coordinator from the WH in the Health Secretary of Minas Gerais. For the selection of the municipality was used the following criteria: a) has a Technical Reference in Worker's Health; b) has over 50% of the population covered by the FHP; c) has notified health problems related to work at the PHC information system. To complement the selection of the municipality were conducted interviews with the Regional Technical Reference in WH, the Regional Coordinator of PHC and the coordinator of WH Center. After, the FHT was indicated by the Municipal Technical Reference in WH. Subsequently was held the characterization of the municipality, through secondary data, and exploratory visit, where documents were collected, which assisted in the characterization, identification of the key informants and the data analysis. **Results**: The results are presented in three categories: a) Worker's health actions in PHC; b) facilitating factors; c) difficulties. We observed that the FHT develops WH actions in daily work, including: mapping of productive activities in the territory, characterizing of users as workers, notification of diseases related to worker's health, identification and guidance on risks and dangers work related; home visits and educational activities at companies in the region. Among the facilities found we have: the interaction between FHT and the support team for the family health; the performance of the

regional office, the support from the WH Center and the regional technical reference in WH. Among the difficulties we highlight the organization and operation of the PHC, the low priorization of managers, the necessity of instructions to the PHC professionals and the resistance from the workers to access the health service. **Conclusion**: We observed that the team develops WH actions in consonance with the National Policy for Primary Health Care, identifying what was easy and what was difficult in the process. We conclude on the possibility of developing actions of WH in PHC and recommend the investment in professional qualification and the built of a technical support for the PHC professionals.

Keywords: Workers' Health; Primary Health Care; National Network for Comprehensive Workers' Health Care; Family Health Team, Case Studies.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAB – Caderno da Atenção Básica

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

COEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Equipe de Saúde da Família / Estratégia de Saúde da Família

FMI – Fundo Monetário Internacional

GRS – Gerência Regional da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MG – Minas Gerais

MP – Ministério da Previdência

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

NOST – Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador

NR – Norma Regulamentadora

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano de Descentralização Regional

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNEP – Política Nacional de Educação Permanente

PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PSF – Programa de Saúde da Família

PST – Política de Saúde do Trabalhador

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RTMST – Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador

RT-ST-SRS – Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da Superintendência Regional de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIHSUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação Obrigatória

SL – Sete Lagoas

SRS – Superintendência Regional de Saúde

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas pela Infância

URSS – União da República Soviética Socialista

WHO – World Health Organization

Lista de Quadros e Figuras

Figura 1: Fases do Método.....37

Figura 2: Critérios de Seleção do Caso.....38

Quadro 1: Ações de Saúde do Trabalhador na APS – Origem: ESF.....85

Quadro 2: Ações de Saúde do Trabalhador na APS – Origem: CEREST.....87

Quadro 3: Ações de Saúde do Trabalhador na APS e sua integração com a PNAB, 2011.....90

Sumário

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....17

1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....20

1.2. PRINCIPAIS MARCOS REGULATÓRIOS DA INSERÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS.....29

1.3. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....37

2. OBJETIVOS.....43

3. ARTIGO.....44

3.1- INTRODUÇÃO.....45

3.2- MÉTODO.....46

3.3- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....48

3.4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....60

3.5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....61

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....66

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....68

6. APÊNDICES.....75

6.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....75

6.2. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS.....78

6.3. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....79

6.4. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO CEREST.....80

6.5. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIONAL /MUNICIPAL.....81

6.6. ROTEIRO DO GRUPO FOCAL COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....82

6.7. ROTEIRO DO GRUPO FOCAL COM A EQUIPE DO CEREST.....84

6.8. QUADRO 1: AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA APS – ORIGEM: ESF.....85

6.9. QUADRO 2: AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA APS – ORIGEM: CEREST.....87

6.10. QUADRO 3: AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA APS E SUA INTEGRAÇÃO COM A PNAB, 2011.....90

6.11. ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.....94

1- Considerações Iniciais

A Saúde do Trabalhador é um campo de práticas e conhecimentos que surge da Saúde Coletiva com o objetivo de conhecer as relações de trabalho e saúde-doença. Contrapõe-se à Saúde Ocupacional, buscando superá-la ao abordar como determinantes sociais o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos. A Saúde do Trabalhador entende as classes trabalhadoras como sujeito político e social, resgatando o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora dos agravos à saúde. Busca desvencilhar-se do foco no indivíduo, com causas biológicas e uma visão empirista e positivista originária da clínica, levando em consideração fatores da organização e divisão do trabalho, destacando-se a intensificação do trabalho, precarização, superespecialização e diminuição da autonomia (LACAZ, 2007).

No início da década de 1980 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) discutiam o distanciamento da Saúde Ocupacional da Saúde Pública, buscando em seus fóruns estratégias para inserir a saúde ocupacional na rede de saúde de cada país. No ano de 1982, um grupo de trabalho da OMS reunido em Genebra chamava a atenção para a inserção da saúde do trabalhador na Atenção Primária, afirmando que:

> a preocupação básica dos serviços de saúde ocupacional tem sido tradicionalmente a saúde do trabalhador em relação às suas condições de trabalho [...] [mas] a tendência moderna é a de ampliar essa preocupação básica, considerando a saúde dos trabalhadores como um todo e desenvolvendo parâmetros para a sua integração nos serviços de saúde dos países (WHO, 1982 p.5).

No ano seguinte, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reuniu um grupo de consultores que elaborou o “Programa de Saúde do Trabalhador”, que tinha como principal objetivo a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, identificando, avaliando e realizando o controle eficiente dos fatores ambientais que apresentavam efeitos adversos sobre a saúde (OPAS, 1987).

É diante desse contexto mundial que Nogueira (1984) destaca a necessidade da troca de conceitos, passando de saúde ocupacional para saúde do trabalhador:

> passar do conceito de saúde ocupacional para o de saúde dos trabalhadores para enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, onde se conjuguem fatores econômicos, culturais e individuais para que se possa

> produzir um resultado que é a saúde de uma sociedade, de um país, de um continente (NOGUEIRA, 1984 p.3).

No Brasil, a Saúde do Trabalhador é parte integrante do SUS, uma vez que a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição Federal de 1988 reconhecem o trabalho como um dos determinantes da saúde. A atribuição da Saúde do Trabalhador é ainda regulamentada pela lei orgânica do SUS – 8080/90 – e reforçada pelo Conselho Nacional de Saúde, ao criar a Câmara Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

Nos últimos 20 anos, o SUS tem se desenvolvido com limitações e avanços, mas, indiscutivelmente, colocando-se como uma política pública de capilaridade nacional e cobertura universal. No âmbito da Saúde do Trabalhador, entretanto, quase 30 anos após a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, poucos avanços foram alcançados, não tendo sido possível, ainda, a implementação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Desde então já foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, e inúmeras portarias e regulamentações de cada entidade trouxeram avanços para o campo. Em 2004, começaram a ser delineadas as diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência (MP) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que teve sua versão final publicada em 2011.

As maiores dificuldades enfrentadas nesse cenário para a Saúde do Trabalhador foram a reestruturação produtiva do capital, o enfraquecimento de importantes atores sociais da Saúde do Trabalhador, os movimentos sindicais, a fragmentação do sistema de Seguridade Social previsto na Constituição de 1988 e a falta de coordenação entre as ações do Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Ministério do Trabalho e Emprego (GOMEZ; LACAZ, 2005). Cada ator social realizou ações individuais, muitas vezes com objetivos diferentes, algumas vezes voltadas para a saúde privada e em outros momentos voltadas apenas para uma população de trabalhadores restrita à organização formal, não respondendo às reais demandas da sociedade.

No ano de 2002, a Saúde do Trabalhador volta para o foco do debate do Ministério da Saúde, que publica a portaria sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do

Trabalhador no SUS (RENAST). Esta rede tem como eixo estrutural os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e como objetivo integrar e articular as linhas de cuidado da Atenção Básica, e também da alta e média complexidade, sob o controle social, nos três níveis de gestão (DIAS; HOEFEL, 2005). Posteriormente, o MS editou a portaria 2.437, de 2005, que fortalece e amplia a rede, e, em 2009, editou também a portaria 2.728, que trata da adequação da RENAST ao Pacto pela Vida e de Gestão.

Em que pese o fato de no Brasil o conceito de Atenção Básica (AB) ter sido cunhado originalmente no intuito de evitar uma possível interpretação reducionista do conceito de Atenção Primária à Saúde, ou seja, objetivando diferenciar o sistema brasileiro dos projetos de Atenção Primária Seletiva, desenvolvidos nos países em desenvolvimento em larga escala pelo Banco Mundial e UNICEF (AGUIAR, 2003), é importante ressaltar que, neste estudo os mesmos serão utilizados como sinônimos. Tal opção se justifica pelo fato de ser a APS um conceito consagrado internacionalmente ao mesmo tempo em que já se vem observando a sua utilização pelo próprio Ministério da Saúde em suas mais recentes publicações.

Pode-se dizer que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença e a avaliação e o manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador sob o controle social, são possibilidades concretas na atenção básica (DIAS, 2000).

O Ministério da Saúde desde 1994 vem fortalecendo a atenção primária, tentando desviar o foco do sistema da assistência para a promoção e prevenção. Esse fortalecimento iniciou-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em seguida com o Programa de Saúde da Família (PSF). Já em 1998, o MS passou a direcionar sua política de financiamento para a Atenção Básica e, em 1999, cria o Piso de Atenção Básica (PAB), que consiste em um valor mínimo de recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica. O PAB é composto de uma parte fixa de recursos (PAB-Fixo), destinados à assistência básica, e de uma parte variável (PAB-variávael), relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas. Realizando tal reestruturação com o objetivo de que a Atenção Primária se tornasse a porta de entrada preferencial do sistema, aumentando o acesso à saúde, sua qualidade e eficácia e a racionalidade da utilização dos serviços (PAIM, 2001).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que fundamenta os princípios da Atenção Básica na universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão; e, ainda nesse mesmo ano, o Pacto pela Vida definiu como prioridade "consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde" (BRASIL 2006, p. 12).

É com foco nesse contexto que este estudo busca identificar ações de Saúde do Trabalhador em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Minas Gerais, destacando as facilidades, os desafios e as dificuldades encontradas.

O estudo integra o projeto "Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Saúde da Família", requerido pelo Ministério da Saúde / Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) ao grupo de pesquisa em Saúde do Trabalhador da UFMG (DIAS *et. al*. 2010a).

Este volume está organizado da seguinte forma: nas considerações iniciais são apresentados o referencial teórico que embasou o estudo - a Saúde do Trabalhador e a Atenção Primária à Saúde, a abordagem metodológica utilizada e os objetivos do trabalho. Em seguida é apresentado o artigo submetido à revista *Interface*, seguido das considerações finais. Os apêndices contêm os instrumentos desenvolvidos e utilizados no trabalho de campo.

1.1- Atenção Primária à Saúde

O melhor ponto de partida para apresentar a Atenção Primária à Saúde é a Conferência de Alma-Ata. A I Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde, ou Alma-Ata, foi realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, então parte da URSS (OMS, 1978). O evento foi organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF). A "Declaração de Alma-Ata" afirmava:

> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do

> sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 2).

Com a apresentação de um conceito amplo e ideologicamente baseado na saúde universal o documento tornou-se alvo de grandes debates e diferentes interpretações. No entanto, é importante destacar que a história da APS não começa nem termina em Alma-Ata.

No Reino Unido, em 1920, o *Relatório Dawson* já trazia os conceitos de "centros de atenção primária". O então Ministro da Saúde, que deu seu nome ao relatório, propunha um sistema de regionalização dos serviços de saúde. A população deveria ser atendida em seu próprio distrito, por um médico generalista, e cada Centro se modificaria de acordo com as necessidades locais (WHO, 2008). Alguns anos mais tarde, o *Relatório de Lalonde*, publicado no Canadá em 1974, defendia uma nova perspectiva de saúde para os canadenses, afirmando que o sistema de saúde centrado no atendimento médico e nas doenças era limitado, e que, para melhorar a saúde, seria necessário que se olhasse além do sistema tradicional (LALONDE, 1974).

No ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, a Fundação Rockfeller promoveu uma reunião com diversas Agências Internacionais, entre elas o Banco Mundial, para discutir a Atenção Primária Seletiva. Assim, passaram a financiar nos países em desenvolvimento programas específicos de combate e controle de doenças. O foco eram programas que fossem de baixo custo, com objetivos e metas bem definidos e de fácil controle. Com o apoio da UNICEF foram difundidos programas nos países pobres que abordassem a reidratação oral, imunização, aleitamento materno e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de bebês (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Alguns autores discutem as diferentes abordagens da APS, propondo formas diversas de se classificarem as iniciativas observadas.

Tarimo e Webster (1997, p.3) identificam duas polarizações: a APS como "um nível de atenção em saúde" e a APS como uma "abordagem dos problemas de saúde". Se a entendermos como um nível de atenção em saúde, partimos do pressuposto de que está

subordinada a um sistema de serviços médicos, constituindo-se um nível hierárquico de complexidade dos serviços e rol de procedimentos prestados. Por outro lado, quando a entendemos como uma abordagem dos problemas de saúde, falamos de uma abordagem ampla, que incorpora princípios e valores de reestruturação do sistema de saúde. Segundo os autores, são quatro os princípios básicos da APS ampla: 1) Acesso universal e cobertura de acordo com as necessidades; 2) Envolvimento individual e comunitário; 3) Ações intersetoriais em prol da saúde; 4) Uso de tecnologia apropriada e custo-efetiva.

Um trabalho organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) juntamente com a OMS, em 1987, apresenta três divisões do conceito, cujo didatismo merece destaque, que não se excluem mutuamente. A primeira concebe a APS como um nível de atenção dentro do sistema; a segunda se refere a um programa voltado para uma população específica, em condições de extrema pobreza, com objetivos definidos, recursos diferenciados e custo mínimo; e a terceira interpreta a APS como uma estratégia que afeta todo o sistema de saúde e toda a população e propõe minimizar ou resolver os problemas usuais de um sistema de saúde, de ordem econômica e gerencial, e têm como princípios a equidade, a eficiência, a participação social, a articulação intersetorial e a cooperação com outras comunidades ou países que também compartilhem da mesma visão.

Giovanella e Mendonça (2008) identificam três linhas principais, divergentes, de interpretação do conceito de atenção primária: 1) Programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2) Um nível de atenção de serviços médicos não especializados, ambulatoriais e de primeiro contato; e 3) Concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

Diante da controvérsia do conceito que interfere diretamente na organização dos sistemas de saúde dos países, em 2005, a OPAS e a OMS publicaram o relatório final de uma pesquisa realizada na América Latina e do Caribe, intitulado *Revisão das Políticas de Atenção Primária à Saúde na America Latina e no Caribe* (OPAS, 2005). Esse relatório subsidiou resoluções que incentivam os países a adotar e colocar em prática o conceito de APS expandido, publicado em Alma-Ata.

O documento traz a definição de sistemas de saúde baseados na APS:

> é um enfoque amplo para a organização e operação de sistemas de saúde, que fazem do direito ao alcance do nível de saúde mais alto

> possível seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximizam a equidade e a solidariedade. Um sistema de tal natureza é guiado por princípios próprios da Atenção Primária de Saúde, tais como o de dar resposta às necessidades de saúde da população; a orientação pela busca da qualidade; a responsabilidade e a prestação de contas dos governos; a justiça social; a sustentabilidade; a participação, e a intersetorialidade. Um Sistema de Saúde Baseado na Atenção Primária de Saúde está constituído por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que caracterizam a cobertura universal e o acesso a serviços aceitáveis para a população, e que promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo; dá ênfase à prevenção e à promoção, e garante o primeiro contato do usuário com o sistema. As famílias e as comunidades são a base para o planejamento e a ação. Um Sistema de Saúde Baseado na Atenção Primária de Saúde requer um marco legal, institucional e organizacional, assim como de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis, para alcançar a qualidade, a eficiência e a efetividade, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um Sistema de Saúde desta natureza promove ações intersetoriais, a fim de abordar outros determinantes da saúde e da equidade em saúde (OPAS, 2005, p. 25).

Nesse documento é também destacado que cada país deve buscar sua forma de estruturar a APS, de acordo com sua capacidade política, econômica, social, cultural, administrativa e histórica do setor saúde. É um norteador para a compreensão e organização dos componentes de um sistema de saúde estruturados pela APS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Starfield (2002) defende que os serviços de Atenção Primária devem ser centrados na família, voltados para as necessidades da comunidade. Assim, deve obrigatoriamente ter “competência cultural”, se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades de cada grupo populacional. Define ainda alguns atributos da APS, sendo eles: prestação de serviços de primeiro contato; responsabilidade longitudinal pelo paciente, com estabelecimento de vínculo clínico – paciente ao longo da vida; cuidado integral da saúde (físico, psíquico e social); e coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis.

Starfield, Macinko e Shi (2005), em um trabalho de revisão das evidências da eficácia e eficiência da APS, destacam alguns achados importantes: quanto maior a força da APS e maior a sua cobertura, menores as taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral e menor a taxa de crianças nascidas com baixo peso, melhor a cobertura de pré-natal das mulheres e melhor a taxa de anos potencias de vida perdidos. Dois estudos conduzidos no Brasil, em Petrópolis e Porto Alegre, concluíram que os pacientes que tiveram uma boa

experiência na APS são mais propensos a relatar sua própria saúde como boa. Três estudos comparando a atenção primária em países industrializados, um em 1991, outro em 1998 e o último em 2001, concluíram que uma boa atenção primária está relacionada com um bom suporte governamental e que os indicadores relacionados à infância são muito sensíveis à força da APS, especialmente mortalidade pós-neonatal e nascimento de baixo peso, mortalidade de prematuros e mortalidade por asma e bronquite de crianças menores de 5 anos. Além das melhorias no que concerne à saúde infantil, os estudos demonstraram que a APS contribui também para a diminuição da taxa de mortalidade geral, com destaque para as morbidades pulmonares e cardiovasculares.

Em 2006, foi realizado no Brasil um estudo longitudinal e ecológico para avaliar o Programa de Saúde da Família (PSF). As principais conclusões foram de que a redução da mortalidade infantil estava relacionada primeiramente com a escolaridade das mães e, em segundo lugar, com a cobertura do PSF, tendo um aumento de 10% na cobertura do PSF sido responsável por uma queda de 4,6% na mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Esses resultados corroboram a afirmação de Andrade, Barreto e Bezerra (2009) de que a APS pode ser entendida como uma tendência recente de inversão das ações de priorização da saúde: passou-se de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com os demais níveis de atenção do sistema e construída de forma coletiva, envolvendo todos os profissionais da área da saúde.

1.1.1- Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, podemos identificar o início da discussão sobre a Atenção Primária na década de 1940, com a implantação dos Serviços Especiais de Saúde Pública, voltados para doenças transmissíveis (malária, hanseníase etc.), tendo continuidade na década de 1950, quando, sob a influência da Fundação Rockefeller, foram implantadas as unidades primárias de saúde, que articulavam ações coletivas e preventivas à assistência médica. É a partir da década de 1970, contudo, que a saúde no Brasil sofre grandes mudanças. O Movimento de Reforma Sanitária começa a se estruturar, criticando o modelo de saúde vigente (centrado no médico e em hospitais, baseado no modelo norte-americano), e ganha força ao longo da década ao apoiar-se no movimento pela redemocratização do país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O Movimento da Reforma Sanitária foi a base para o capítulo de Seguridade Social da Constituição Brasileira de 1988, que coloca a Saúde como direito de todos e dever do Estado. Inúmeros aspectos do modelo vigente foram objeto de reflexão por parte da sociedade, como o arcabouço institucional, o controle social, a descentralização, o financiamento e o modelo assistencial (CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002).

Na discussão do modelo assistencial podemos destacar que dois princípios do SUS direcionaram a perspectiva da Atenção Primária à Saúde: a universalidade e equidade. Como discutido anteriormente, no Brasil, cunhou-se o termo Atenção Básica (AB) entendido majoritariamente como sinônimo da Atenção Primária à Saúde abrangente, com o intuito de diferenciar o sistema brasileiro dos projetos de Atenção Primária Seletiva, desenvolvidos nos países em desenvolvimento em larga escala pelo Banco Mundial e UNICEF (AGUIAR, 2003). O *Manual para a Organização da Atenção Básica do Ministério da Saúde* diz que os fundamentos da AB são coincidentes com os do SUS: "visão da saúde como um direito universal, a integralidade da assistência, a equidade, a resolutividade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a participação social" (BRASIL, 2006b, p.12).

Em 1991 foi implantado nas regiões Norte e Nordeste do país o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para combater e controlar epidemias de cólera e demais diarreias. Tratava-se de um programa emergencial, implementado pelo Fundo Nacional de Saúde. Em 1993 e 1994, diante dos bons resultados alcançados no norte e nordeste, o PACS foi expandido para as demais áreas do país, para responder aos Bolsões de Pobreza e fome (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1994 foi lançado o Programa de Saúde da Família, incorporando conceitos de experiências bem-sucedidas como o PACS e os Médicos de Família em Niterói. O programa nasce como parte da estratégia do governo de reestruturar o sistema de saúde sobre a atenção básica, focando principalmente na promoção da saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

Logo em seguida, com a discussão do financiamento, o PSF começa a perder a característica de programa e passa a ser entendido como estratégia. O modelo de financiamento do SUS precisava ser modificado para diminuir o descompasso entre os princípios e objetivos e a realidade de implantação. É publicada então a *Norma Operacional Básica* 01/96 (NOB 96), com o objetivo de aprofundar o processo de descentralização, a mudança na lógica do financiamento do setor saúde e a reorganização da assistência. Cria-se também o Piso

Assistencial Básico (PAB), rompendo pela primeira vez com o repasse financeiro por produção de procedimentos (AGUIAR, 2003).

Os esforços para a transformação do PSF em estratégia estruturadora do sistema de saúde provocaram grandes mudanças no modelo de atenção e, após esses esforços, os municípios que apresentaram os primeiros sinais de concretização foram aqueles que investiram e se articularam com o projeto da Reforma Sanitária (PAIM, 2001). Os municípios a partir da nova forma de financiamento podem ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde, valorizando as ações de promoção e proteção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Aguiar (2003) afirma que a influência da Alma-Ata na construção do SUS fica clara quando observamos que seus princípios e ideias expressos diretamente na Constituição, em leis ou em Normas Operacionais, são também prioridades contidas tanto na Carta como nas Recomendações de Alma-Ata: universalidade; equidade; participação comunitária; descentralização de poder e recursos; integralidade de ações preventivas, promotoras e curadoras; ordenação de recursos humanos para a saúde; regionalização e hierarquização dos serviços; elaboração de uma política nacional de medicamentos; uso de tecnologia adequada às necessidades; e articulação intersetorial.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde pactuou com os gestores de todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal) objetivos para a consolidação do Sistema Único de Saúde em três dimensões: em defesa do SUS, pela Vida e de Gestão. Essa articulação ficou conhecida como Pacto pela Saúde, que visa o fortalecimento da Atenção Básica, entendendo-a como estruturadora do sistema. Os objetivos pactuados nesses documentos, atualizados a cada biênio, tomam grande importância no cenário da saúde do Brasil quando passam a ser norteadores das ações de saúde das secretarias municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde.

Em 2006 foi também publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), refletindo a prioridade dada à AB pelo governo federal. O documento reafirma a Estratégia de Saúde da Família e define “atenção básica” de forma ampla (BRASIL, 2006b).

Atualmente, o desafio é superar a etapa de expansão numérica da Estratégia de Saúde da Família para uma etapa de construção e discussão formuladora, com melhoria na qualidade da atenção e integração com o restante da rede assistencial. Acredita-se que uma rede de APS

universal, usando a ESF como principal estratégia, possibilita melhor controle dos recursos da saúde, evita desperdícios, reduz a duplicação de oferta de serviços, promove estabilidade e confiança na relação do usuário com o sistema de saúde e aumenta a eficácia no alcance dos resultados de saúde. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Destaca-se que a Estratégia de Saúde da Família não é um projeto de atenção primária acabado. É uma política pública em processo evolutivo, fruto da tensão entre o debate teórico da Reforma Sanitária e a prática, que se reflete na autonomia da descentralização do SUS e na inserção de um modelo de saúde universal coexistindo com um modelo médico assistencial privatista. Diante da prioridade que vem sendo dada no SUS, pelos entes federativos, à implementação da ESF, pode-se projetar que, em alguns anos, o SUS será um sistema de saúde baseado na APS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

1.1.2- Redes de Atenção à Saúde

Trinta anos depois da Conferência de Alma-Ata, a OMS reabre a discussão da Atenção Primária à Saúde com o documento “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca”. O relatório, publicado em 2008, propõe que os países reorganizem seus sistemas de saúde na perspectiva de redes, com a APS no centro, e que as decisões sobre o desenvolvimento da saúde sejam guiadas por quatro grandes princípios fundamentais da atenção primária, sendo eles: cobertura universal, serviços centrados nas pessoas, políticas públicas saudáveis e liderança. O objetivo de se adotarem esses princípios e essa organização em rede seria tornar os sistemas de saúde mais coerentes, justos, eficientes e eficazes (WHO, 2008).

Para compreendermos o que seria essa organização em rede, que no Brasil coloca a Estratégia de Saúde da Família como seu principal instrumento de aplicação, é necessário resgatarmos o conceito de redes.

Para a OMS, as redes de atenção à saúde contêm seis modalidades de integração: trabalho intersetorial, relação entre a formulação da política e a gestão, integração vertical dos níveis de atenção, atenção contínua à saúde, espaços de integração dos vários serviços e conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas (WHO, 2008). A OPAS destaca ainda alguns atributos para o funcionamento das redes: população e territórios definidos; intervenções de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos sob uma única política institucional; APS como porta de entrada do sistema, resolutiva e gestora da

atenção à saúde; atenção centrada nas pessoas; sistema de governança participativo; recursos humanos suficientes, competentes e engajados; financiamento adequado; sistemas de informações integrados; e ações intersetoriais (OPAS, 2005).

Andrade, Barreto e Bezerra (2009) consideram a Estratégia de Saúde da Família um modelo de APS focado na unidade familiar e construído na esfera comunitária. Essa compreensão coloca o sistema de saúde brasileiro em consonância com as orientações da OMS e OPAS, atendendo aos atributos descritos. Para esses autores, as redes de atenção à saúde podem ser catalisadas pela Educação Permanente, facilitando o trabalho em conjunto e a organização da rede, construindo linhas de cuidados individuais e coletivas.

Já para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços à saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e ação interdependente. Nessa perspectiva, elas permitem que seja ofertada uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, com responsabilidade sanitária e econômica, gerando valor para a população. Um pressuposto do modelo de redes poliárquicas é o de que a APS seja prestada no tempo e lugar certo, com custo e qualidade certa, de forma humanizada e igualitária.

No ano de 2010, com o objetivo de colocar em prática a teoria das redes, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que institui as Redes de Atenção à Saúde. Essas redes buscam promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de otimizar o SUS no que tange a acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010). No ano seguinte, a nova portaria da Atenção Básica é publicada, buscando estabelecer funções para contribuir com o funcionamento da RAS, colocando a atenção básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011).

Hoje a inserção da Saúde do Trabalhador no SUS e a efetivação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador perpassa por uma articulação intrínseca com a Atenção Primária à Saúde e com as Redes de Atenção a Saúde. Para compreendermos os desafios dessa integração é necessário um resgate histórico do caminho do caminho percorrido pela Saúde do Trabalhador no SUS, realizado aqui a partir de seus principais marcos regulatórios.

1.2- Principais marcos regulatórios da inserção da Saúde do Trabalhador no SUS

No Brasil, até os anos 1980, a assistência à Saúde do Trabalhador era voltada para aqueles com carteira assinada, os trabalhadores formais. A assistência médica era prestada pelo Ministério da Previdência Social, e as ações de higiene e segurança do trabalho, executadas pelo Ministério do Trabalho. Os demais trabalhadores recorriam aos serviços filantrópicos, como as Santas Casas de Misericórdia. O controle dos ambientes de trabalho tinha como principal objetivo a manutenção e reposição da força de trabalho. A assistência era individual e curativa (SPEDO, 1998).

Posteriormente os sindicatos, por reivindicação dos trabalhadores, começam a investir na atenção à saúde, a qual se inicia em caráter assistencialista. (SPEDO, 1998). Em um segundo momento, a luta pela saúde passa a ser mais ampla, voltada para a transformação das condições de trabalho, e atrelada, na década de 70, ao movimento da Reforma Sanitária, ganha força com o processo de redemocratização do país. O cerne da abordagem da Saúde do Trabalhador na perspectiva da Reforma Sanitária baseou-se no protagonismo dos trabalhadores envolvidos com a construção do Sistema Único de Saúde, identificando o processo de trabalho como base das relações de saúde, doença e o social, embasando as práticas e saberes de saúde. Os sindicatos criticavam especialmente as práticas restritas da política de higiene e segurança do trabalho, contrapondo-se aos sistemas de saúde e econômico vigentes (MEDEIROS, 2001; LACAZ, 2007).

O movimento da Reforma Sanitária culmina na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Naquele momento, discutem-se as diretrizes para o Sistema Único de Saúde, destacando o trabalho, entre outros fatores, como determinante do estado de saúde da população (BRASIL, 1987a). A partir dessa conferência, desdobram-se inúmeras conferências setoriais, e, devido à força e organização dos trabalhadores que participavam do movimento, ocorre, no mesmo ano, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que reafirmou os princípios do SUS e o direito a saúde (BRASIL, 1987b).

Dois anos depois, como consequência das mobilizações da saúde e da democratização do país, a Constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as atribuições de saúde do Estado, definidas no artigo 200, podem-se destacar duas que se relacionam diretamente com a inserção da Saúde do Trabalhador no 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, p. 178). A implementação do SUS é regulamentada com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, na qual é reforçada a inserção da Saúde do Trabalhador no novo sistema de saúde.

Dias (2000) ressalta que as ações da Saúde do Trabalhador definidas na LOS 8080/90 e suas características não são novidade para os serviços de saúde, mas se destacam pelo aspecto inovador de articulá-las com as relações de trabalho-saúde-doença, integradas com as dimensões individuais, coletivas, técnicas e políticas. Segundo a autora as principais características da atenção à Saúde do Trabalhador são: a integralidade e/ou indissociabilidade das práticas de ações preventivas e curativas; a necessidade de uma ação transdisciplinar e interinstitucional; a relação dinâmica com as mudanças nos processos produtivos; e a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde (DIAS, 2000).

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que ocorreu em 1994, dá continuidade a inserção da Saúde do Trabalhador no SUS. A Conferência representou importante espaço de disputa política entre o Ministério da Saúde e o do Trabalho (BRASIL, 1995), motivando, assim, a criação de uma Comissão Interministerial, composta pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social (DIAS; HOEFEL, 2005). Essa comissão teve como objetivo desenvolver a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, apresentada em sua versão final no ano de 2011 (BRASIL, 2011).

Quatro anos depois, em 1998, foi publicada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST, cujo objetivo é definir as atribuições e responsabilidades das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Buscando orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, define que as três esferas do governo devem nortear suas ações pelos seguintes princípios: universalidade e equidade; integralidade das ações; direito a informação sobre saúde; controle social; regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador; utilização do critério epidemiológico e avaliação de risco no planejamento das ações; e configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 1998).

Alguns anos mais tarde, o Ministério da Saúde retoma a discussão da ST com a publicação, em 2002, da portaria que institui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do

Trabalhador (RENAST). A portaria reforça o modelo de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), já existentes, naquele momento, devido a algumas iniciativas estaduais, determinando sua abrangência, financiamento e objetivos de implantação, e destaca que as ações de implementação da RENAST devem ser desenvolvidas com a Atenção Básica, os CEREST e rede assistencial de média e alta complexidade (BRASIL, 2002).

Apresentada após a publicação e desenvolvimento da RENAST, a nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS (PNST) é instituída, em 2004, para fortalecer a rede (BRASIL, 2004). Seus princípios compreendem a implementação da atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da sociedade na gestão dessas ações (SANTANA; SILVA, 2009).

Com a continuidade das discussões em torno da PNST, são publicadas mais duas portarias, modificando e fortalecendo a RENAST. A primeira, de 2005, dispõe sobre sua ampliação e fortalecimento, destacando-se a implementação do Controle Social, com a efetivação obrigatória de um Conselho de Saúde em cada CEREST (BRASIL, 2005). E a segunda, publicada em 2009, visa à adequação da rede de acordo com os princípios do Pacto pela Saúde e define que as ações da área devem ser inseridas nos Planos de Saúde de todas as esferas do governo (BRASIL, 2009).

A RENAST propicia à Saúde do Trabalhador uma visão do trabalho em rede no SUS, o que reflete nas portarias ao destacarem a o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária, rede secundária e terciária do sistema de saúde brasileiro, reforçando ainda a importância e necessidade da participação dos trabalhadores.

No ano de 2005, ocorre também a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que apresentou três eixos principais de debate, refletindo as discussões e conflitos da área. Os eixos de debate foram: “Como Garantir a Integralidade e a Transversalidade da Ação do Estado em Saúde dos(as) Trabalhadores(as)?”; “Como Incorporar a Saúde dos(as) Trabalhadores(as) nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável no País?”; “Como Efetivar e Ampliar o Controle Social em Saúde dos(as) Trabalhadores(as)?” (BRASIL, 2006c).

Mesmo a área ganhando destaque na Constituição e sendo regulamentada por lei, a inserção da Saúde do Trabalhador no SUS encontrou e ainda encontra grandes resistências, haja vista a

distância que temos entre a II e III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e o interstício de marcos regulatório entre 1998, com a NOST 98, até 2002, com a publicação da RENAST. É importante entendermos o contexto histórico e político do país para situar os desafios da Saúde do Trabalhador.

Junto às discussões de democratização e à criação do SUS, iniciam-se os primeiros passos da reestruturação produtiva brasileira, que ganha ritmo acelerado nos anos que se seguem. Inicialmente, essa reestruturação caracterizou-se pela redução dos custos, redução da mão de obra, intensificação das jornadas de trabalho e implantação do sistema de produção por produtividade individual (ANTUNES, 2004).

As eleições diretas em 1989 colocaram no poder o Presidente Fernando Collor de Mello que, logo no início do seu mandato, nos anos de 1990 e 1991, levou o país a uma grave crise recessiva, com o desmantelamento da economia por meio da abertura desenfreada para as importações, crescimento do desemprego e privatização do Estado. O governo Collor terminou precocemente, após um *impeachment*, tendo o então vice-presidente, Itamar Franco, assumido o comando do país. É nesse momento que Fernando Henrique Cardoso (FHC), então Ministro da Fazenda, inicia a implementação do Plano Real, política econômica que levou o Brasil a uma recuperação e deu os primeiros passos em direção ao capitalismo globalizado. FHC é eleito presidente em 1995 e, retomando o ciclo de expansão do capitalismo brasileiro, insere o país na terceira revolução industrial, baseada na globalização do mercado e no desenvolvimento tecnológico (MEDEIROS, 2001).

Os processos de globalização da economia e de abertura para a competição internacional, somados à adoção de políticas recessivas de cunho neoliberal têm como resultado, em última instância, a intensificação do trabalho, a diminuição dos postos de trabalho, o aviltamento do valor do salário, o aumento da informalidade do emprego e a precarização das condições e relações de trabalho. Esses efeitos da terceira revolução industrial, a chamada revolução tecnológica, foram rapidamente sentidos pelos países capitalistas de desenvolvimento tardio como o Brasil (NAVARRO, 2004).

A década de 1990 no Brasil viu a intensificação do processo de reestruturação produtiva, caracterizada especialmente pelo processo de descentralização produtiva, que fez com que empresas saíssem em busca de locais com mão de obra barata, acentuando a superexploração do trabalho. Cresce o trabalho no “Terceiro Setor” e o trabalho em domicílio, que acaba por

aprofundar a desconcentração do processo produtivo e reforçar as formas de flexibilização e precarização, juntando o trabalho produtivo com o reprodutivo doméstico, aumentando a exploração da mulher. Atualmente, combinam-se processos de enxugamento da força de trabalho, aumentando o desemprego, com mutações no processo produtivo e na organização social do trabalho, como a flexibilização, a desregulamentação, a terceirização e a intensificação (ANTUNES, 2004).

Esse contexto histórico da reestruturação produtiva do capital coloca grandes desafios para o desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador, que entende o trabalhador como ser social e coletivo, uma vez que investir na saúde do trabalhador significa interferir nas relações de trabalho e formas de organização da produtividade. E é nesse contexto nacional que a Saúde do Trabalhador encontra-se, buscando sua inserção no SUS por meio da articulação com a APS.

1.2.1- A Saúde do Trabalhador na APS

A organização da saúde do trabalhador no SUS começa a caminhar para a inserção do campo na APS, estratégia central do Ministério da Saúde. Um documento importante na articulação entre as áreas de Saúde do Trabalhador e Atenção Básica foi o *Caderno de Atenção Básica (CAB) número 5 – Saúde do Trabalhador*, publicado em 2002, que determina ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2002b). Essa publicação dá um novo passo em direção à inserção orgânica da Saúde do Trabalhador no SUS ao destacar ações de Saúde do Trabalhador de responsabilidade de cada profissional da Equipe de Saúde da Família.

Dias *et al.* (2008) afirmam que a aproximação do trabalhador com os serviços básicos de saúde torna-se cada vez mais importante para o desenvolvimento da política de saúde do trabalhador, diante da organização do trabalho e relações precárias de emprego como consequência do processo de reestruturação produtiva.

Já é possível encontrar na literatura recente trabalhos que discutem a inserção da Saúde do Trabalhador na APS, como os apresentados a seguir.

Nunes (2004) realizou um trabalho de capacitação de Saúde do Trabalhador com profissionais da Atenção Básica em Londrina, Paraná. Durante o processo de capacitação, observou que muitos profissionais resistiam à inserção das ações na APS, mas o faziam

dispondo de pouco acúmulo teórico metodológico sobre a área, visto que os processos de formação não lhes deram conhecimento suficiente sobre o assunto. A autora destaca que algumas ações são específicas de especialistas, mas muitas podem e devem ser desenvolvidas na entrada do sistema. O foco da ST como especialidade reflete na organização do serviço em programas segmentados, baseados na sociedade capitalista fordista. Ainda segundo a autora, a Saúde da Família enquanto estratégia propõe uma ruptura com essa lógica e possibilita a ampliação do vínculo, resolutividade e responsabilização sobre a atenção à saúde da população, enxergando o trabalho como um dos fatores determinantes. Para ela, a implantação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador deve vir acompanhada pela descentralização do processo para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), permitindo-se, assim, uma verdadeira integração do sistema.

Vieira (2009) desenvolveu um trabalho de capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica de Juiz de Fora, Minas Gerais, para contribuir no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador domiciliar. Nesse trabalho, a autora conclui que a articulação do CEREST com a APS é fundamental e prioritária para a implantação, consolidação e ampliação da Saúde do Trabalhador, particularmente em relação às ações de vigilância. Destaca ainda que os profissionais da atenção primária, ainda que não sejam especialistas em saúde e segurança do trabalho, são elementos fundamentais para o reconhecimento dos fatores de risco no trabalho domiciliar.

Uma das características da APS que favorece a inserção da ST é sua organização em territórios, já que os territórios onde se constituem as famílias são também aqueles de adoecimento e saúde dos trabalhadores. Os territórios são espaços geográficos estruturados a partir de dados demográficos, epidemiológicos, políticos e sociais. Por essa razão, são dinâmicos e constantemente influenciados pelas relações de trabalho, facilitando a identificação e o impacto destas na população que atendem. A territorialização ainda é um conceito e processo em discussão que pode ser aprimorado, por exemplo, ao se considerarem os riscos decorrentes do processo produtivo e as possibilidades de ações. Ainda assim, apresenta-se como uma porta de inserção de grande importância para o desenvolvimento dos serviços de saúde (DIAS; RIGOTTO; AUGUSTO, 2009).

Pessoa (2010) realizou um trabalho com a equipe de uma Unidade Básica de Saúde em Quirixé, Ceará, de planejamento de ações de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental. Durante o desenvolvimento do projeto foi construído um fluxograma de ações de ST na APS,

que definiu os seguintes pontos: implantar nas UBS do município horário noturno semanal para atender os trabalhadores; realizar seminários com os trabalhadores sobre uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI); realizar visitas aos prostíbulos com o intuito de desenvolver ação educativa sobre os riscos à saúde causados pelo ato sexual desprotegido das trabalhadoras, a necessidade do uso de preservativo e doenças; identificar o fluxo de Atenção à Saúde do Trabalhador existente (município, micro e macrorregião) para encaminhamento adequado; realizar levantamento/registro dos agravos à saúde relacionados ao trabalho que chegam à UBS; realizar visitas às empresas do agronegócio com o intuito de conhecer a realidade local e os processos produtivos. A autora conclui que realizar análise da situação de saúde já é função da atenção primária e, por isso, trabalhar com o enfoque do território contribuiu para a caracterização da população e dos problemas de saúde, promovendo a responsabilização e o fortalecimento dos vínculos entre o serviço de saúde e a população.

Chiavegatto (2010) constatou que a maioria dos profissionais (60%) reconhece seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador e no fornecimento de orientações previdenciárias e trabalhistas, elencando espontaneamente um conjunto de atividades de sua responsabilidade para além das previstas no CAB 5. No entanto, o desenvolvimento dessas ações apresenta uma baixa concordância, à exceção das ações assistenciais e da identificação dos trabalhadores em um determinado território. As principais dificuldades elencadas pelos trabalhadores da APS para as ações de ST são: a ausência de capacitação efetiva, de planejamento e seus desdobramentos, de incentivo financeiro, de apoio dos gestores, de priorização para estas ações pelo Ministério da Saúde, de organização de fluxos e referência técnica efetiva e a sobrecarga de atividades. A autora conclui que, mesmo diante das dificuldades, as ações da área pesquisada já fazem parte da rotina da APS, faltando apenas sua sistematização, instrumentos adequados e suporte técnico e político para o seu desenvolvimento de forma efetiva, contínua e resolutiva.

O trabalho de Lacerda e Silva (2009) teve como principal objetivo definir competências para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pudessem desenvolver ações de Saúde do Trabalhador. Os ACS identificaram como principais ações educativas em saúde do trabalhador as seguintes: orientação sobre a adoção de medidas de prevenção e proteção de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho; planejamento de grupos educativos e de discussões das doenças do trabalho que são mais comuns em seu território de atuação; participação de planejamento e realização de palestras em Segurança no Trabalho; e

orientação sobre legislação trabalhista. Como principal dificuldade para o desenvolvimento de ações na área os agentes identificaram o pouco reconhecimento de seu trabalho, sendo expresso de duas formas principais: pouco uso dos dados coletados pelos agentes no planejamento de ações de saúde pelas equipes e pouca resolutividade dos problemas e necessidades da comunidade. Outros fatores limitantes identificados por eles foram o desconhecimento em relação à rede de cuidado especializado em Saúde do Trabalhador e a falta de instrumentos para o desenvolvimento de ações de ST. O trabalho conclui que as ações de Saúde do Trabalhador já são desenvolvidas pelos ACS em seu território, mas são, na maioria das vezes, pontuais e descoladas de um planejamento junto à equipe.

Santos (2010) estudou o caso de três CEREST do estado de São Paulo, com experiência no trabalho multiprofissional. Na cidade de Amparo foi analisada a experiência de Apoio Matricial entre CEREST e Equipes de Saúde da Família, em Santo Amaro foi apresentada a construção do Grupo de Reorientação Profissional criado pelo CEREST, e em Campinas foi desenvolvido um projeto de vigilância para Postos de Combustíveis que envolveu a Comissão do Benzeno e a Coordenação de Vigilância em Saúde do município. A autora conclui que as experiências foram bem-sucedidas por terem propiciado a criação de rede entre pessoas e instituições, redes estas que têm forte potencial para ampliar os impactos das ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Vigilância em Saúde e assistência aos trabalhadores.

Diante do histórico da Saúde do Trabalhador e da Atenção Primária à Saúde, com a indicação da integração entre os dois campos por meio dos marcos regulatórios do Ministério da Saúde nos últimos ano, e das evidencias registradas da literatura científica que as ações de Saúde do Trabalhador já estão sendo desenvolvidas na APS desenvolveu-se um método para a identificação destas ações em uma UBS de Minas Gerais. A partir do estudo da UBS selecionada buscou-se analisar as ações de Saúde do Trabalhador realizadas na Atenção Primária à Saúde.

1.3 – Abordagem Metodológica

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa exploratória, do tipo Estudo de Caso. O método qualitativo se aplica ao estudo da história, relações, representações, crenças,

percepções e opiniões. Caracteriza-se pela empiria e a construção do conhecimento, sistemática e progressiva, até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2008). Segundo Alves-Mazzoti *et al.* (2006) na abordagem qualitativa, o pesquisador procura aprofundar na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito.

Yin (2005) afirma que a preferência para Estudos de Caso deve ser dada quando se pode fazer a observação direta sobre os fenômenos. Os estudos de caso contam com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescentam duas fontes de evidência que geralmente não são incluídas no repertório do historiador: observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas nele envolvidas (MINAYO, 2008). O objeto desse estudo são as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. Para estudá-las optou-se por realizar um recorte, analisando uma Equipe de Saúde da Família, em uma Unidade Básica de Saúde de um município do estado de Minas Gerais.

O método foi divido em três fases – preparatória, trabalho de campo e análise dos dados, apresentadas na figura 1. Estas se desenvolveram de forma dinâmica, em alguns momentos, sobrepondo-se.

Figura 1 – Fases do Médoto

A seleção do caso seguiu os seguintes critérios apresentados na figura 2. Estes são melhor detalhados no método do artigo apresentado no item 3 deste volume.

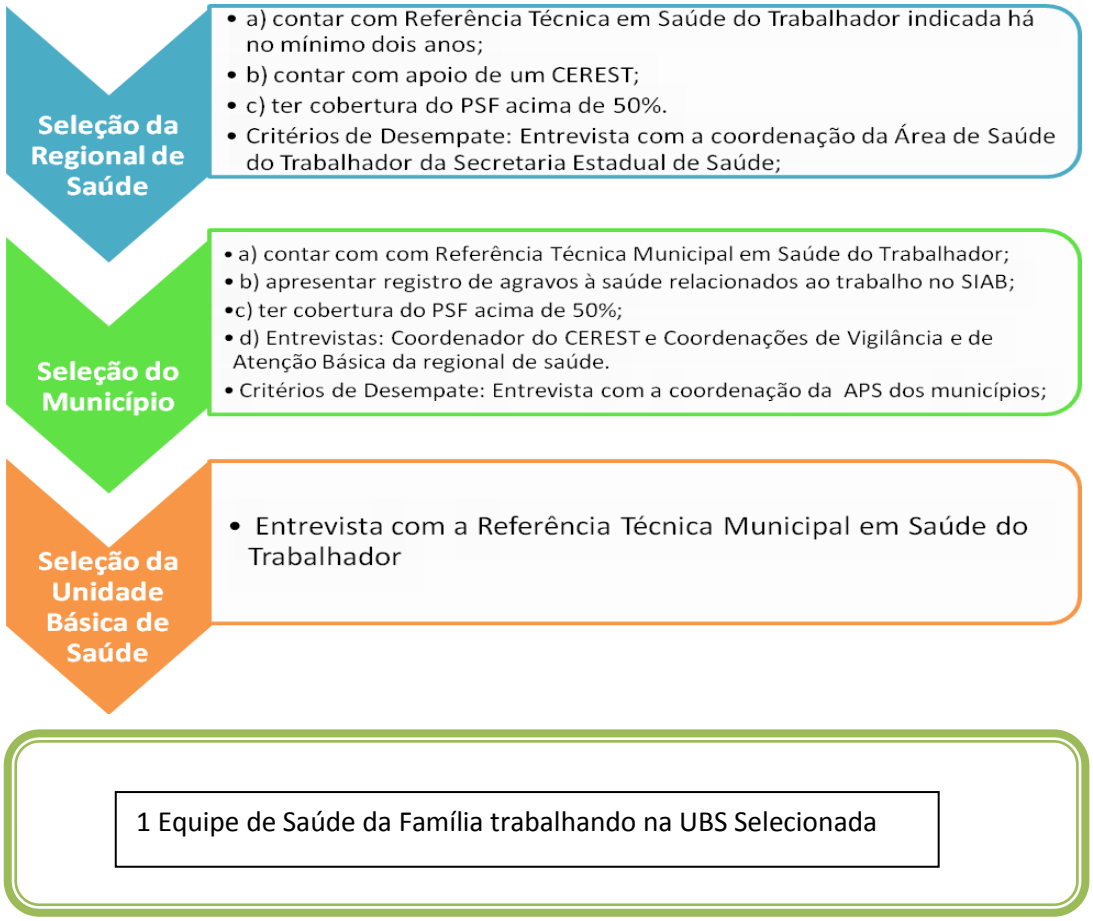

Figura 2 – Critério de Seleção do Caso

1.3.1- Caracterização do Campo

A caracterização do Estado, região e município participantes do Estudo buscou por dados referentes à organização do SUS, características econômicas, sociais e produtivas.

Minas Gerais é um estado da região sudeste, com área de 586.528,293 km2. Tem 853 municípios, com uma população de 19.850.072 habitantes, sendo que 14.671.828 residem na região urbana e 3.219.666 na região rural (IBGE, 2010). Destes 2.558.556 constituem a população economicamente ativa na região metropolitana (BRASIL, 2010b). O Sistema Único de Saúde de Minas Gerais é organizado estruturalmente pelo princípio da regionalização, baseado no conceito de redes poliárquicas, que, segundo Mendes (2009) partem do pressuposto de que a APS seja prestada no tempo e lugar certo, com custo e

qualidade certa, de forma humanizada e igualitária. Assim, possui 13 macrorregiões sanitárias, 18 cidades-pólo, 75 microrregiões sanitárias e 28 gerências ou superintendências regionais de saúde (MINAS GERAIS, 2006). A cobertura do PSF abrange 65,84% da população e o estado conta com 180 equipes credenciadas do NASF (BRASIL, 2010c). A implantação da política de ST no estado procura seguir as determinações estabelecidas pelos marcos regulatórios e conta hoje com 16 CERESTs regionais e um estadual. Recentemente foi publicado um importante documento que estabelece as diretrizes de saúde do trabalhador para o estado, reforçando em seu escopo a articulação com a APS (MINAS GERAIS, 2011).

A Superintendência Regional de Saúde selecionada no estudo é gestora de duas microrregiões, abrangendo vinte e quatro municípios. O município sede da regional também sedia um CEREST Regional, que tem como área de abrangência dezoito municípios, dentre os vinte e quatro da SRS (MINAS GERAIS, 2006). O município escolhido para o estudo tem 586.528 km^2 e 18.488 habitantes (IBGE, 2010), sendo a população economicamente ativa composta por 7933 habitantes (BRASIL, 2010b). As principais atividades produtivas são: Construção Civil, Comércio, Serviços, Agropecuária, Indústria Extrativa Mineral, Indústria de Transformação e Administração Publica (BRASIL, 2010b). No ano de 2010 foram notificados 27 agravos de ST no SIAB e 10 no SISPACTO. Já no SINAN foram registrados 213 agravos, sendo a maioria deles de acidentes leves ou moderados. (BRASIL, 2010c). O PSF tem a cobertura de 93.33%, contando com cinco ESF e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2010c).

1.3.2- Coleta dos Dados

Para a coleta de dados foram utilizadas as técnicas de grupo focal e entrevista semi estruturada.

A entrevista destina-se a construir informações relevantes ao objeto da pesquisa. Caracteriza-se como uma conversa a dois, com finalidade, de iniciativa do entrevistador, abordando um tema especifico. É uma fonte de informações, podendo fornecer dados secundários e primários. Na entrevista semi-estruturada busca-se estimular diferentes narrativas das vivências do entrevistado, permitindo que este emita sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação. Os tópicos do roteiro devem funcionar apenas como lembretes para o

entrevistador, se possível memorizados, servindo de orientação e guia para a interlocução e permitindo uma flexibilidade para que sejam absorvidos novos temas e questões levantadas pelo entrevistado. (MINAYO, 2008)

O grupo focal é uma técnica de pesquisa em grupo, caracterizando-se como uma conversa em grupos pequenos e homogêneos. Tem como objetivo obter informações a partir da relação entre os participantes, seja para gerar consenso, ou explicitar divergências. Nele o roteiro deve ter o objetivo de provocar e permitir um debate entusiasmado e participativo, promovendo condições de aprofundamento das questões. (MINAYO, 2008).

Os roteiros utilizados para a aplicação das técnicas descritas encontram-se nos apêndices 6.2 a 6.7. As entrevistas semi-estruturadas e os Grupos Focais foram gravados com gravador digital Panasonic RR-US360 e transcritas pela pesquisadora.

1.3.3- Caracterização dos Sujeitos

Buscando compreender a relação da ST com a APS, foram entrevistados os seguintes informantes-chave: Coordenador do CEREST; Coordenador da APS da regional; Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da Superintendência Regional de Saúde (RT-ST-SRS); e Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador.

Os grupos focais foram realizados com a equipe do CEREST e com a ESF, buscando identificar as ações de ST desenvolvidas na APS. O grupo do CEREST foi composto por oito integrantes: três enfermeiros, um estagiário de nutrição, um técnico de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um fisioterapeuta. O estagiário em segurança do trabalho e o médico não compareceram no dia agendado. Já do grupo da ESF participaram, além da equipe, integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), convidados pela RTMST, totalizando seis participantes, sendo: dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta e um nutricionista.

Todos os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 6.1). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (ETIC 459/08).

1.3.4 – Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Para Bardin (2004), a análise do conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo analisado, tem como objetivo identificar indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. Para o desenvolvimento da técnica foram seguidos os seguintes passos, propostos pelo autor:

1- Leitura flutuante do material;

2- Definir as categorias de análise;

3- Definir as categorias temáticas;

4- Análise dos Resultados;

As categorias e subcategorias de análise foram definidas a partir da leitura flutuante do material, sendo elas:

a. Ações de Saúde do Trabalhador Desenvolvidas pela APS;

    i. Estratégias para ampliar o alcance da atenção ao trabalhador;

    ii. Estratégias de qualificação da atenção à saúde do trabalhador;

b. Ações de Saúde do Trabalhador Desenvolvidas pelo CEREST

    i. Sensibilização dos trabalhadores da APS;

    ii. Capacitação da APS;

c. Ações de Saúde do Trabalhador Desenvolvidas pela RTMST

d. Ações de Saúde do Trabalhador Desenvolvidas pela RT-SRS-ST

e. Considerações sobre o CEREST;

f. Considerações sobre a área de abrangência da SRS;

g. Facilitadores para desenvolver as ações de ST na APS;

h. Dificultadores para desenvolver as ações de ST na APS;

i. Relações Intrasetoriais

j. Relações Intersetoriais;

   i. Controle Social;

   ii. Empresas;

   iii. Trabalhadores/população

k. Dinâmica de trabalho da coordenação da APS na SRS

l. Dinâmica de Trabalho da Equipe;

m. Outros

As categorias temáticas foram definidas após o agrupamento das Categorias de Análise, sendo elas: a) Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde; b) Facilitadores para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde; c) Dificuldades identificadas para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. A análise e a dos resultados das categorias temáticas são apresentadas no artigo (item 3), que compõe esse volume.

Optou-se pela apresentação do trabalho final em forma de artigo, como preveem as normas do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG. O artigo apresentado nesse volume, submetido à revista Interface, apresenta a análise dos resultados encontrados, a partir do objetivo exposto a seguir, de analisar as ações de Saúde do Trabalhador realizadas na Atenção Primária à Saúde, a partir do estudo de uma Unidade Básica de Saúde em um município de Minas Gerais.

2- Objetivos

Objetivo Geral:

Analisar as ações de Saúde do Trabalhador realizadas na Atenção Primária à Saúde, a partir do estudo de uma Unidade Básica de Saúde em um município de Minas Gerais.

Objetivos Específicos:

1) Descrever as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Minas Gerais;

2) Identificar as principais facilidades e dificuldades enfrentadas no desenvolvimento dessas ações;

3) Descrever o papel do CEREST no suporte dessas ações de saúde do trabalhador na UBS.

3- Artigo

Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde:

um estudo de caso

Artigo submetido à revista *Interface*

3.1- Introdução

O campo da Saúde do Trabalhador (ST), no âmbito da Saúde Coletiva, se baseia na compreensão da centralidade do trabalho na determinação do processo saúde – doença dos trabalhadores. O foco da questão desloca-se das causas biológicas e de uma visão empírica e positivista e considera fatores da organização do trabalho, que na atualidade assume características particulares tais como: a intensificação, precarização, super especialização e diminuição da autonomia (LACAZ, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem atribuições específicas no cuidado aos trabalhadores, estabelecidas na Constituição Federal e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990, 1988). Nesse sentido, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, voltada para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e para a rede assistencial de média e alta complexidade, é considerada a principal estratégia para o desenvolvimento de um cuidado diferenciado aos trabalhadores no SUS (BRASIL, 2002).

Dando continuidade a essa política, a elaboração e publicação do "Caderno de Atenção Básica 5", que trata das atribuições dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) na área de ST (BRASIL, 2002), e do "Pacto pela Saúde" (BRASIL, 2006), estabeleceram novos contornos ao desenvolvimento para os trabalhadores na APS, e, em 2009, a RENAST foi reestruturada considerando o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009).

Em 2010 foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, com o objetivo de promover a integração de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010), e, a seguir, foi publicada a nova "Política Nacional da Atenção Básica" (PNAB), com o objetivo de operacionalizar as RAS, estabelecendo as atribuições da APS (BRASIL, 2011).

A atenção integral à saúde do trabalhador no SUS está orientada pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), aprovada em 2011 pelo Conselho Nacional de Saúde. Suas características principais são a indissociabilidade das práticas de ações preventivas e curativas, ação transdisciplinar e interinstitucional, relação dinâmica com as mudanças nos processos produtivos e participação dos trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde (SANTOS, LACAZ, 2011).

A organização do SUS em Minas Gerais está baseada no conceito de redes poliárquicas, que, segundo Mendes (2009), partem do pressuposto de que a APS seja prestada no tempo e lugar certo, com custo e qualidade certa, de forma humanizada e igualitária. A implantação da política de ST no estado procura seguir as determinações estabelecidas pelos marcos regulatórios e conta hoje com 16 CERESTs regionais e um estadual. Recentemente foi publicado um importante documento que estabelece as diretrizes de saúde do trabalhador para o estado, reforçando em seu escopo a articulação com a APS (MINAS GERAIS, 2011).

A literatura indica que as ações de ST na APS ainda se apresentam de forma pontual, com foco nas ações de capacitação (DIAS *et al*., 2010), e que, apesar de as ações de ST aparecerem na rotina de trabalho das equipes, faltam sistematização, instrumentos e suporte técnico e político para os profissionais, para que estas ações se tornem efetivas (CHIAVEGATTO, 2010).

É nesse contexto que se propõe este estudo, cujo objetivo é analisar as ações de ST realizadas na APS, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município de Minas Gerais.

3.2- Método

Trata-se de abordagem qualitativa, exploratória, do tipo Estudo de Caso, segundo recomendado por Yin (2005), permitindo o estudo de acontecimentos contemporâneos, quando não é possível controlar comportamentos relevantes, e buscando estabelecer ligações entre os fatos em uma linha temporal.

A seleção do município a ser estudado foi realizada em duas etapas: a) seleção de uma Gerência ou Superintendência Regional de Saúde segundo o “Plano Diretor de Regionalização de MG” (2009); b) seleção de um município pertencente à regional selecionada.

Para a seleção da regional foram considerados os seguintes critérios: a) contar com Referência Técnica em Saúde do Trabalhador indicada há no mínimo dois anos; b) contar com apoio de um CEREST; c) ter cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) acima de 50%.

Cinco regionais atenderam aos critérios estabelecidos. Realizou-se, então, uma entrevista com a coordenação da Área de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde para desempate e definição final. Foi então selecionada a regional na qual a coordenação identificou ações de saúde do trabalhador na APS em desenvolvimento.

Já a seleção do município seguiu os seguintes critérios: a) contar com Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador (RTMST); b) apresentar registro de agravos à saúde relacionados ao trabalho no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); c) ter cobertura do PSF acima de 50%. Complementando o processo foram realizadas entrevistas com o coordenador do CEREST e com as Coordenações de Vigilância e de Atenção Básica da regional de saúde, os quais apontaram três municípios passíveis de estudo. A seleção final baseou-se nas entrevistas com os representantes das APS dos três municípios apontados, sendo escolhido o município no qual identificou-se relato de ações de saúde do trabalhador em desenvolvimento no momento pelas Equipes de Saúde da Família. Definido o município, a escolha da ESF foi feita a partir de uma discussão com a RTMST.

Foram consultados os bancos de dados do IBGE, Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego, e Previdência, o que possibilitou a caracterização de município e região. Buscou-se definir, por dados referentes à organização do SUS, características econômicas, sociais e produtivas. Em seguida, realizou-se visita exploratória ao município com coleta de documentos. Os documentos consultados foram: Plano Municipal de Saúde 2010/2013; Relatório Anual (2010) das ações de ST municipais; Relatório final da Atividade de Visita às Empresas no Município; Plano de Trabalho 2011/2010 do CEREST e Regimento Interno do CEREST. A análise dos documentos auxiliou na caracterização do campo e seleção dos informantes-chave.

A coleta de dados se deu por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas com roteiros desenvolvidos, testados e validados em estudo piloto no município de Sete Lagoas[1] (DIAS *et al*., 2009).

Buscando compreender a relação da ST com a APS, foram entrevistados os seguintes informantes-chave: Coordenador do CEREST (Entrevista 1); Coordenador da APS da

[1] Este estudo integra o projeto "Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Saúde da Família", encomendado à UFMG pela CGSAT/MS.

regional (Entrevista 2); Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da Superintendência Regional de Saúde (RT-ST-SRS) (Entrevista 3); e RTMST (Entrevista 4).

Os grupos focais foram realizados com a equipe do CEREST e com a ESF, buscando identificar as ações de ST desenvolvidas na APS. O grupo do CEREST (Grupo Focal 1) foi composto por oito integrantes: três enfermeiros, um estagiário de nutrição, um técnico de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um fisioterapeuta. O estagiário em segurança do trabalho e o médico não compareceram no dia agendado. Já do grupo da ESF (Grupo Focal 2) participaram, além da equipe, integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), convidados pela RTMST, totalizando seis participantes: dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta e um nutricionista. Todos os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (ETIC 459/08).

Para sistematização e análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2004), incluindo-se as seguintes etapas: leitura flutuante do material; definição das categorias de análise e temáticas; análise dos resultados. Como categorias temáticas foram definidas as seguintes: Ações de Saúde do Trabalhador na APS; facilitadores para o desenvolvimento das ações de ST na APS; dificuldades identificadas para o desenvolvimento das ações de ST na APS.

3.3- Resultados e Discussão

O município escolhido dentre os 24 da abrangência da Superintendência Regional Selecionada e também da área de abrangência do CEREST Regional, tem 18.488 habitantes (IBGE, 2010), sendo 7.933 os economicamente ativos (BRASIL, 2010b). As principais atividades produtivas são: Construção Civil, Comércio, Serviços, Agropecuária, Indústria Extrativa Mineral e de Transformação e Administração Pública (BRASIL, 2010b). As informações de saúde relacionadas aos trabalhadores disponíveis em bancos de dados do MS revelam que, em 2010, foram registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 27 atendimentos de acidentes relacionados ao trabalho, na rede de serviços da Atenção Básica do município e 213 registros de agravos de notificação no Sistema Nacional

de Notificação de Agravos (SINAN), entre os quais os mais frequentes são: acidentes de trabalho; Lesão por Esforço Repetitivo/ Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (LER/DORT), acidentes com material biológico e Pneumoconiose. O PSF do município apresenta cobertura de 93,33% e conta com cinco ESF e um NASF (BRASIL, 2010c).

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados de acordo com as categorias definidas.

3.3.1- Ações de Saúde do Trabalhador na APS

Os resultados sugerem que a equipe desenvolve as ações de ST como parte de suas atividades cotidianas: a) Caracterização do território: mapeamento das atividades produtivas e perfil da população trabalhadora; b) Reconhecimento e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho; c) Identificação e orientação sobre riscos e perigos relacionados ao trabalho; d) Visitas domiciliares a trabalhadores; e) Ações educativas nas empresas; f) Outras ações educativas.

Observa-se que as ações de ST desenvolvidas na APS relatadas pelos entrevistados são realizadas em conjunto pela ESF, NASF e RTMST.

A equipe relata que, após a habilitação do CEREST e indicação da RTMST, teve acesso a instrumentos que possibilitaram o foco nas questões relacionadas à ST, dando início ao mapeamento das ocupações dos usuários e das atividades produtivas do território. Foram encontrados trabalhadores atuando, principalmente, nos setores de confecção, frigorífico e extração mineral. Tal achado possibilitou que a equipe identificasse riscos afeitos a essas atividades, bem como que as relacionasse às demandas já percebidas. A partir desse mapeamento passaram a realizar notificações de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Dias *et al*. (2011) destacam que as ações de mapeamento das atividades produtivas, o acolhimento dos trabalhadores e a assistência ao usuário trabalhador são possibilidades concretas de ações de ST desenvolvidas na APS.

A identificação de patologias relacionadas ao trabalho em usuários, destacando-se a silicose e a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR), despertou a equipe para a magnitude do impacto do trabalho na saúde de sua população adscrita.

> [...] a gente tinha um índice elevadíssimo de silicose. E foi aí que a gente parou pra pensar, meio que obrigatório, o que tava levando essa população a adoecer. E foi a partir daí que a gente começou a fazer todas essas atividades para *tá* focalizando o trabalhador (Grupo Focal 2).

Além das atividades cotidianas realizadas na UBS, a equipe desenvolve ações nas empresas com o objetivo de atingir um maior contingente de trabalhadores. Elas partem de um planejamento prévio e diferenciado para cada setor produtivo. A RTMST participa da construção conjunta do planejamento, no contato com os proprietários das empresas, além de acompanhar a equipe durante as visitas.

> Aí fizemos uma fusão do PSF, NASF e ST. No mês de maio foram, se eu me lembro, onze empresas. Cada uma em um ramo específico. Beneficiamento, supermercado, lojas de material de construção, confecções [...] tinha uma linha, por exemplo, confecção tem um público feminino maior então, partimos lá da saúde da mulher. [...] Cada local que o risco determinado a gente falava do assunto daquele risco. [...] Aí, terminamos todas as visitas com uma ginástica laboral (Entrevista 4).

Esse trabalho é avaliado como positivo, uma vez que foi constatada uma boa adesão tanto dos trabalhadores como dos proprietários das empresas.

> Tivemos uma boa adesão dos trabalhadores e até dos proprietários. Até, inclusive, tamo agendando talvez para esse segundo semestre uma outra visita para abranger uma outra questão de saúde [...] (Entrevista 4).

Oliveira *et al*. (2010) relatam ações de promoção da saúde dos trabalhadores de uma empresa de reflorestamento realizadas por uma ESF do município de Unistalda (RS). À semelhança da equipe deste estudo, as ações foram desenvolvidas durante o horário de trabalho, a partir da concordância dos donos da empresa.

Outras atividades educativas também foram desenvolvidas pela equipe estudada, como o esclarecimento sobre fatores de risco relativos à silicose e PAIR e orientações quanto ao uso de Equipamento de Proteção Individual. As estratégias compreenderam visitas às empresas, utilização da rádio local e a distribuição de panfletos. A RTMST participou ministrando treinamentos aos trabalhadores da ESF e NASF sobre os temas a serem abordados.

> É... de silicose nós tivemos uma campanha mesmo, [...] onde orientamos todos os profissionais que trabalham em beneficiamento e marmoraria. [...] Da silicose como evita, de uso correto de equipamento. [...] Qual poeira faz mal para o trabalhador que tá exposto [...] Usamos até a rádio (Entrevista 4).

Entre as estratégias adotadas pelas equipes para melhorar o acesso dos trabalhadores às ações de saúde foram observadas a ampliação do horário de atendimento e a visita às empresas, implicando a alteração da rotina de trabalho da própria equipe.

> Até foi combinado com o proprietário da empresa e com a equipe de profissional. Vamos chegar antes deles começarem a trabalhar mas assim dentro do horário. [...] (Grupo Focal 2).

> A gente tem atendimento noturno, né, para atender essas pessoas. Hoje a gente *tava* até conversando disso para tá esticando esses atendimentos, para eles não perderem dias de trabalho (Grupo Focal 2).

Estudo desenvolvido por Couto *et al*. (2010) constatou que muitas UBS estabelecem um horário diferenciado ou terceiro turno de atendimento para contemplar os trabalhadores, tanto do sexo feminino quanto masculino, tendo essa estratégia se mostrado bastante eficaz.

O acompanhamento domiciliar dos usuários em tratamento no CEREST foi incluído na programação de visitas da equipe. Durante estas e demais visitas, os profissionais da APS identificam demandas relacionadas à ST por meio de observação e diálogo com os usuários, gerando demanda para a unidade.

> Eu acho muito interessante essas coisas de saúde do trabalhador porque a gente pode falar da experiência que a gente tem que vai de casa em casa. Na minha área mesmo eu tive caso igual ela citou ali da fábrica de confecções. E no começo tava tendo um problema que não conseguia ir nessa tal fábrica, sabe [...] (Grupo Focal 2).

Lacerda e Silva, Dias e Ribeiro (2011) também identificaram nas visitas domiciliares de rotina dos ACS o acompanhamento de usuários com agravos relacionados ao trabalho, e destacam que estas permitem o acompanhamento do usuário na linha de cuidado do SUS, favorecendo uma atenção ágil e resolutiva.

A APS deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011). Embora alguns autores afirmem que, na prática, isso ainda não foi alcançado, ou seja, as equipes ainda não conseguem operacionalizar toda a dinamicidade do território, enxergando-o apenas como um espaço geográfico que facilita os processos de gestão (GONDIM *et al*., 2010), foi possível observar que a equipe do estudo consegue prestar assistência ao usuário com o olhar atento às relações de saúde e doença promovidas pelo trabalho, considerando o território um espaço vivo e dinâmico onde essas relações se desenvolvem.

Isso significa que a equipe do estudo consegue trabalhar na mesma perspectiva proposta por Santos e Rigotto (2011) entendendo o território como um espaço vivo, constituído de redes sociais e que está em constante movimento, pressionado por diferentes sujeitos políticos e permeado por fluxos de diversas naturezas, internos e externos. Nas suas ações, reconhece o processo produtivo e a organização do trabalho como fonte de renda e de bem-estar, oportunidade de socialização e realização, mas também como espaço de exploração, sofrimento, contaminação e acidentes.

3.3.2- Facilitadores para o desenvolvimento de ações

Os principais facilitadores identificados foram a) Trabalho Multiprofissional expresso na interação ESF/NASF; b) Apoio Institucional: função desenvolvida pela RTMST; b) Apoio Matricial: suporte técnico oferecido pelo CEREST; c) Interação CEREST/RT-ST-SRS; d) Apoio das instâncias estadual e federal; e) Inserção da ST no Pacto Pela Saúde; f) Organização e funcionamento da APS: cobertura do PSF e ESF completas;

Para a equipe, o trabalho multiprofissional é um facilitador ao desenvolvimento das ações de ST, que no estudo se caracteriza especialmente pela integração do NASF à ESF: “Então, o que eu achei muito interessante nesse trabalho nosso é porque igual ela falou que o NASF veio para adicionar, né” (Grupo Focal 2).

Peduzzi (2001) destaca que o trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas, e Campos e Domitti (2007) entendem que, no trabalho multidisciplinar, os profissionais

realizam as intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de diferentes campos.

Constatou-se que a RTMST exerce a função de Apoiador Institucional, o que é corroborado pelos membros da equipe ao relatar que a presença de uma RTMST atuante confere segurança ao desenvolvimento das ações: “E ajuda também ter a referência, igual o RTMST, ele tá ciente de todos os problemas que a gente tá, ele procura solucionar, buscar uma resposta, encaminhar” (Grupo Focal 2).

Segundo Santos-Filho, Barros e Gomes (2009) o Apoio Institucional proposto pela Política Nacional de Humanização do SUS se baseia em uma relação dinâmica, sem passividade ou omissão, entre o apoiador institucional e a equipe apoiada, contribuindo para a cogestão e a construção de espaços coletivos.

Vasconcelos e Morschel (2009) destacam que produzir e fortalecer a articulação entre os setores da saúde, promover parcerias intersetoriais e construir com os trabalhadores e gestores espaços de educação permanente são algumas das ações que compõem a agenda dos apoiadores institucionais.

A RTMST auxilia também na articulação entre a ESF e o CEREST, considerada ótima pelos entrevistados: “Com o CEREST, nossa relação, vou até elogiar, que é bem ótima mesmo. O CEREST, quando nós precisamos, eles estão disponíveis” (Entrevista 4).

O CEREST é considerado um apoio técnico que auxilia na organização da atenção aos usuários.

> A gente tinha a noção do que tava acontecendo, mas não sabia pra quem pedir socorro. E agora a gente tem um caminho. Por exemplo, a referência técnica seria o CEREST, e a contra referência também (Grupo Focal 2).

Cada técnico do CEREST é referência para determinadas RTMST, e realiza contato direto e constante, por meio de reuniões e telefonemas, estreitando, assim, o vínculo entre as partes. Esse contato, também relatado por Santos (2010) e por Poços e Dias (2010), parece indicar o início da construção da função de Apoio Matricial do CEREST.

> [...] A gente conseguiu uma aproximação muito grande com as referências técnicas, um diálogo. Porque eles conseguiram enxergar que o CEREST estava ali para apoiá-los nas ações que eles iriam executar no município. Não seria mais um regulador das ações e sim um setor para facilitar as ações demandadas dos seus planos de saúde (Entrevista 1).

Segundo Campos e Domitti (2007) o apoio matricial em saúde tem como objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais, possibilitando um suporte técnico pedagógico.

A interação CEREST/RT-ST-SRS, bem como o apoio das instâncias estadual e federal, também foi considerada facilitadora do processo de operacionalização da PNST. Essa interação propicia a entrada do CEREST nos municípios, e o apoio dos governos estadual e federal confere visibilidade e credibilidade à política. Ainda no que se refere à PNST, um dos entrevistados destaca a inserção da ST no Pacto Pela Saúde como um fator facilitador da implementação da mesma, uma vez que levou a uma mudança de postura dos gestores municipais.

Estudo realizado pelo CEAP (2009) identificou que nos três primeiros anos de implantação do Pacto pela Saúde todas as Secretarias de Estado e 52,4% dos municípios aderiram a ele, indicando a ampliação do grau de responsabilidade do gestor local com o SUS e possibilitando a celebração de um acordo de cooperação técnica.

Outras questões definidas como facilitadoras referem-se à organização da APS no município, tais como cobertura de PSF e existência de equipes completas, apontadas na literatura como fatores que influenciam a qualificação do SUS.

> [...] E as facilidades é que aqui nós temos cobertura de 100% do PSF. E com isso é mais fácil detectar determinados erros ou acertos. [...] Porque faz um bom tempo que está com a equipe toda completa, facilita aí muito [...] (Entrevista 4).

Estudo realizado em municípios de pequeno porte de MG identificou o aumento das equipes de PSF e o aumento da população coberta pelo programa como fatores que influenciam na queda das Internações Hospitalares Sensíveis à Atenção Ambulatorial (VELOSO, ARAÚJO, 2009). Outro estudo conduzido em cidades do Sul e Nordeste do Brasil comparou o

desempenho das UBS com PSF com o das tradicionais, e concluiu que o desempenho do PSF foi melhor nas duas regiões (FACCHINI *et al*., 2006).

3.3.3- Dificuldades identificadas

As dificuldades apontadas pelos entrevistados se referem a questões relativas a: Qualificação dos profissionais da APS; Organização e funcionamento da APS: rotatividade, sobrecarga de trabalho e a ausência de um sistema de referência e contrarreferência; Problemas na notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho; Resistência dos donos das empresas; Acesso dos trabalhadores ao serviço; Resistência dos gestores locais; Ausência ou fragilidade do processo de monitoramento e avaliação.

A necessidade de qualificação da formação dos profissionais da APS para desenvolver ações de ST foi uma dificuldade consensual entre os entrevistados, que destacam a necessidade de investir em capacitações baseadas nos protocolos e legislações já existentes, na responsabilização pelo cuidado do trabalhador e no conhecimento dos fluxos da rede, envolvendo profissionais de nível superior e técnico.

> A gente vê que os profissionais têm interesse, hoje tem cinco PSF aqui e três enfermeiras com pós em saúde do trabalhador. Mas tem que ter mais oferta e não só para os enfermeiros e médicos, para os ACS também [...] (Grupo Focal 2).

Chiavegatto (2010) identificou a falta de capacitação e sensibilização dos profissionais de nível superior da APS como uma das razões para esses não desenvolverem ações de ST com maior frequência. A demanda por ações de educação permanente em ST fica evidente quando a equipe destaca que já realiza diversas orientações, mas reconhece que estas poderiam ser qualificadas.

> Deveria assim ter mais cursos e palestras, pra informar a gente melhor e aí podermos dar as orientações melhor. Porque, assim, a gente já orienta, mas às vezes poderia tá orientando melhor [...]. A gente trabalha há quatro anos e teve só uma vez que veio dois caras do CEREST e deram o curso. Aí a gente discutiu a ficha A e como preencher a ocupação. Porque antes a gente só colocava lá que a mulher era do lar e o homem a gente não preocupava muito em pesquisar e saber mesmo. Mas depois a gente viu a importância e mudou (Grupo Focal 2).

Lacerda e Silva, Dias e Ribeiro (2011) também identificam entre os ACS a demanda por capacitações voltadas para os riscos relacionados ao trabalho e proteção do trabalhador. Eles relatam realizar as orientações mesmo sem conhecimentos específicos, utilizando o senso comum e experiências pessoais.

Na ST, investir na qualificação dos profissionais da APS é fundamental para despertar a reflexão crítica sobre o trabalho. Segundo Santos, Soares e Campos (2007) a reflexão crítica no trabalho e sobre o trabalho é possível quando os trabalhadores dominam o processo de trabalho, usando a gestão participativa como instrumento.

Para a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) do SUS, os espaços de formação devem ser construídos diante das necessidades dos serviços de saúde, das possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, da capacidade resolutiva dos serviços e da gestão social sobre as políticas públicas de saúde, alcançando-se, assim, uma dinâmica em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2007).

Quanto à organização e ao funcionamento da APS, as principais dificuldades levantadas estão relacionadas a rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho na APS, ausência de monitoramento e avaliação das ações e ausência de um sistema de referência e contrarreferência.

Aguiar e Barbosa (2008) indicam a alta rotatividade dos profissionais da APS como fator que diminui a efetividade das ações da Estratégia de Saúde da Família e dificulta a criação de vínculos com os usuários, o que está em consonância com a preocupação destacada pelos gestores entrevistados: “[...] Essa rotatividade... hoje a gente tem um médico em um determinado PSF, amanhã já não é esse médico, é um outro profissional [...] eu incluiria isso como uma dificuldade” (Entrevista 1).

Outra dificuldade destacada pelos gestores refere-se à resistência dos trabalhadores da APS em desenvolverem ações de ST diante da sobrecarga de trabalho das equipes. Espínola e Costa (2006) identificaram que os ACS consideram que a sobrecarga de trabalho interfere direta ou indiretamente no desenvolvimento e qualidade das suas atividades. Taveira (2010) relata que, por vezes, as ESF se deparam com infraestrutura deficiente e inadequada e sobrecarga no atendimento clínico, que dificulta o planejamento e avaliação do processo de trabalho.

Os trabalhadores da ESF e do NASF deste estudo, entretanto, não reconhecem essas ações como uma sobrecarga. A contradição com a percepção dos gestores aparece nessa equipe que, em sua prática diária, já tem as relações de saúde e trabalho incorporadas ao seu processo de trabalho. Para a equipe, a ST representa a possibilidade de abordagem do usuário de forma integral, o que não quer dizer que não percebam a sobrecarga de trabalho na APS.

> Dentro da minha parte da enfermagem eu acho que não sobrecarregou não. Eu só acho que a gente já atendia o trabalhador de maneira incorreta, porque a gente faz a parte da mulher, a gente faz a parte do homem, mas a gente não fazia especificamente a parte do trabalhador. Então eu acho que sobrecarregar não, eu acho que agente tá apenas organizando a atenção primária (Grupo Focal 2).

Sobre o sistema de referência e contrarreferência, foi apontado que o não estabelecimento dos fluxos entre CEREST e APS propicia a quebra de vínculo com os pacientes e gera insegurança no desenvolvimento das ações de ST: “Acho que a minha maior dificuldade era ter um elo com o paciente, que ele fosse, e que voltasse. Que fosse referenciado, que tivesse apoio” (Grupo Focal 2).

No município de Botucatu, enfermeiros da APS relatam que o sistema de referência e contrarreferência é precário e que a agilidade e o sucesso dos encaminhamentos são mais influenciados pelos relacionamentos interpessoais e informais do que pelos fluxos sistematizados (JULIANI, CIAMPONE, 1999). Também no caso de Jequié, a dificuldade de se estabelecerem fluxos de referência e contrarreferência com os serviços especializados e de alta complexidade aparece como um limite do PSF (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Outra dificuldade apresentada refere-se a não existência de um processo de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas em ST e à ausência do estabelecimento de metas.

> [...] Porque ação de saúde da mulher e saúde da criança se tem meta. E são monitorados e avaliados. Em saúde do trabalhador não tem a padronização dessas metas e a responsabilização deles com essas ações. Então um número X de colo de útero, de prevenção, que eu tenho que tá fazendo, eu vou ser cobrado. Mas uma visita domiciliar pra um trabalhador que teve um acidente grave que tá sendo acompanhando por mim, se eu não fizer, tanto faz. Então não se tem ainda esse processo de avaliação e monitoramento [...] (Grupo Focal 1).

Santos, Soares e Campos (2007) observam uma tendência na APS de organizar o trabalho para atingir as metas de cada programa, o que pode levar ao desenvolvimento do trabalho fragmentado. Santos-Filho (2009) destaca a necessidade de contrapor esse modelo no SUS, apontando a necessidade de se desenvolverem indicadores que possibilitem a avaliação e o monitoramento das ações de saúde dentro da perspectiva da integralidade, que contribuam para o aumento da capacidade dos trabalhadores de intervir em seus processos de trabalho e no território em que atuam.

A dificuldade de estabelecimento de fluxo de notificações de agravos em ST; erros no preenchimento do item "ocupação" da ficha de notificação; o não estabelecimento do nexo causal trabalho-doença; a não notificação de acidentes que chegam à urgência; e a resistência dos médicos em preencher a CAT foram pontos identificados como dificultadores para o desenvolvimento das ações.

> [...] Agora o maior dificultador que nós temos são as questões de preenchimento das fichas. É que mesmo a gente treinando essas pessoas juntamente com o CEREST, ainda vem assim, 30 a 40% vem preenchida errado. Principalmente a parte da ocupação (Entrevista 3).

Segundo Nobre (2007), o não registro ou sub-registro de acidentes e doenças ocupacionais são possivelmente mais frequentes entre os trabalhadores informais. Ganne e Tamaki (2001) concluíram que 75% dos agravos de saúde do trabalhador não são notificados na cidade estudada, sendo que a maioria das notificações existentes trata de acidentes graves de trabalho.

Sobre as dificuldades na abordagem dos trabalhadores, alguns entrevistados apontam a resistência dos donos das empresas à entrada do SUS nos ambientes de trabalho e a dos trabalhadores em frequentar a UBS.

A equipe acredita que a resistência dos primeiros pode estar ligada à visão ainda fiscalizatória e punitiva da vigilância em saúde.

> Olha, o que eu senti até agora do que mais dificultou pra gente foi dos próprios donos das pedreiras e das indústrias. Eles tinham na gente até então uma ideia de que a gente ia lá fazer uma avaliação se eles tavam usando os EPI's. Se tava com algum problema, pra tá fazendo alguma denúncia [...] (Grupo Focal 2).

Embora as equipes já estejam buscando alternativas para o problema, o horário de funcionamento da unidade ainda é levantado como uma das causas que dificultam o acesso do trabalhador, ao mesmo tempo em que aparecem como determinantes desse comportamento as condições de vida e organização do trabalho características da região. Comparecer à unidade representa para os trabalhadores o afastamento do trabalho e com isso a diminuição da produtividade e remuneração.

> E às vezes a pessoa trabalha até, já tá sentindo alguma coisa, já tá trabalhando assim, não tá conseguindo produzir o que podia só que não quer parar, porque quando ele encosta ou vai pro INSS ele não vai ganhar o que ta produzindo na pedreira (Grupo Focal 2).

Gomes *et al*. (2007) concluíram que ser homem e provedor está relacionado à não presença nos serviços de saúde, destacando o tempo de espera para o atendimento nas UBS como um problema, já que correm o risco de perder o dia de trabalho.

O fato de os trabalhadores serem remunerados por produção é considerado um limitador ao qual a equipe e RTMST buscaram se adaptar, ao considerarem o tempo de permanência no local e a abordagem dos problemas a serem discutidos.

> [...] Só que a gente chegava lá e é tudo por produtividade. Então como chefe da família ele precisa dessa produtividade. Então tinha a nossa preocupação de não tá atrapalhando a produtividade dele e saber se ele tava aproveitando (Grupo Focal 2).

Outra dificuldade foi a resistência dos gestores municipais em relação a três aspectos: estabelecimento de cotas de exames destinados à ST; indicação da RTMST e, por fim, resistência ao fato de não haver um financiamento específico para a ST.

> A princípio, a maior dificuldade nossa foi questão da implantação e o convencimento do gestor da nossa região de indicar uma referência técnica para seu município [...] Aí, quando a gente fala que ele tem que reservar a cota de exames da saúde do trabalhador, ele não concorda; ele entende que já tem esse serviço [...] A primeira resposta do gestor é: qual o recurso novo que eu vou ter? Ele não entende que ele já tem recurso, que a saúde do trabalhador já esta dentro, né, da política do município, que ele já faz essas ações (Entrevista 3).

Os resultados evidenciaram várias ações pertinentes à ST desenvolvidas pela equipe. Contudo, verificou-se que a mesma nem sempre identificou essas ações como parte integrante de sua rotina de trabalho. Inicialmente, as ações de ST foram recebidas com receio. Essa visão foi sendo modificada com o desenrolar do processo, momentos de qualificação e com a percepção da própria equipe dos resultados de seu trabalho. Compreenderam que muitas vezes já realizavam as ações de ST e que, em outros momentos, a percepção da relação trabalho-saúde possibilita uma melhor atenção ao usuário, mesmo que esta acarrete mudanças na organização do trabalho.

> Eu acho que assusta sim. A gente tava chegando, começou a trabalhar em fevereiro, e aí em maio vieram falar de fazer saúde do trabalhador. Assim eu achei que ia ser uma loucura ir em todas as pedreiras, mudar a rotina da gente e o horário. [...] Mas depois eu fui vendo como tava contribuindo e que não era tanto assim assustador. E no final foi até gratificante ver o resultado do trabalho que a gente fez (Grupo Focal 2).

Cabe também mencionar a problemática da Saúde do Trabalhador da Saúde levantada pelos profissionais da APS, que está relacionada diretamente com a organização do trabalho. O tema é destacado pela equipe como uma demanda a ser trabalhada.

> Agora, um outro ponto positivo também que eu achei com a chegada do NASF é que quando a gente fala da saúde do trabalhador a gente esquece a saúde do trabalhador da saúde. E a gente tem muito caso de depressão, e a gente até então tava esquecido. A gente era trabalhador, preocupava com o trabalhador, mas até então a gente não tinha o atendimento voltado pra gente (Grupo Focal 2).

Trapé e Soares (2007) estudaram o processo de trabalho dos ACS, e Santos, Soares e Campos (2007) o dos enfermeiros. Ambos os estudos encontraram relações de desgaste e estresse com o processo de trabalho e concluem que há necessidade de uma abordagem à saúde destes trabalhadores.

Abordar a saúde do trabalhador da saúde permite uma reflexão crítica do trabalho e sua qualidade de vida, abrindo espaço para a empatia e identificação com os usuários-trabalhadores. Para Lacaz (2000) a qualidade de vida no trabalho está intimamente relacionada ao controle que o trabalhador coletivo consegue conquistar.

3.4- Considerações Finais

Neste estudo, as ações de ST desenvolvidas na APS mostram-se integradas às atividades diárias da ESF e do NASF, com consistência e continuidade. As ações da equipe são orientadas essencialmente pela PNAB. Entretanto, foram observadas ações que vão além do prescrito, realizadas na perspectiva da ST imposta pela realidade produtiva local.

Entre os principais facilitadores estão à integração multidisciplinar ESF/NASF, a função de apoiador institucional da RTMST, o CEREST iniciando o apoio matricial, o apoio da RT-ST-SRS e a motivação da ESF. Entre as dificuldades destacam-se aquelas reconhecidas como próprias do momento vivido da APS (sobrecarga, rotatividade dos profissionais, estabelecimento de fluxos), além da necessidade de suporte técnico e qualificação dos trabalhadores da APS.

Por fim, o estudo permitiu o reconhecimento da possibilidade da inserção das ações de ST na APS. É necessário, entretanto, que estas sejam matriciadas por todos os níveis do sistema, em especial pelo CEREST, e que seja implementado um movimento sistemático de qualificação das equipes e dos ACS, sendo esta qualificação, segundo as orientações da PNEP, capaz de transformar os processos de trabalho.

3.5- Referências Bibliográficas

AGUIAR, A.C.; BARBOSA, S.P. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga. **Rev. APS**, v.11, n.4, p.380-388, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Capítulo II. Seção II – Da Saúde, artigos 196 a 200. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei 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.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica.** Saúde do Trabalhador-número 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Cobertura do Programa de Saúde da Família nos municípios de Minas Gerais em 2009. Disponível em: www.saude.gov.br/dab. Acesso em: 5 ago. 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria 1695 de 20 de agosto de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2728/2009. Regulamenta a RENAST de acordo com o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Redes de Atenção a Saúde. Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Série Pactos Pela Saúde 2006**. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Perfil econômico das regiões do Brasil, 2009. Disponível em: www.mte.gov.br. Acesso em: 20 jul. 2010b.

_____ Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica em Saúde do Trabalhador no SUS. Portaria n. 3.908 de 30 de outubro de 1998. Brasília, 1998.

_____ Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Decreto n. 7.602 de 7 de novembro de 2011. Brasília, 2011a

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**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade?. 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

CHIAVEGATTO, C. V. Percepção dos profissionais de nível superior da Atenção Primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2010.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

DIAS, E.C. et al. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.2, supl.2, p.38-46, 2010.

DIAS, E.C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia de atenção integral à saúde do trabalhador (RENAST). In: GOMEZ, C.M.; MACHADO,

J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

DIAS, E.C. et al. Estudo de Caso: Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Rede Primária de Atenção à Saúde – Sub Projeto 02. Relatório ténico-científico. Belo Horizonte, 2009.

ESPÍNOLA, F.D.S.; COSTA, I.C.C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v,18, n.1, p.43-51, 2006.

FACCHINI, L.A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, 2006.

FIGUEIREDO P.P *et al. Processo de trabalho da Estratégia* Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis *Revista de Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, 20 [1]: 235-259, 2010

GANNE, N.; TAMAKI, E.M. Acidentes do trabalho e sub-registros. **Desafio – Revista de Economia e Administração**, v.4, p.55-66, jul.-dez. 2001.

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-574, mar. 2007.

GONDIM, G.M.M. et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al.(Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Pesquisa mensal de emprego. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme_200907tm_01.shtm. Acesso em: 10 set. 2010.

JULIANI, C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do SUS: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.4, p.323-333, dez. 1999.

LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública,** v.23, n.4, p.757-766, 2007.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 151-161, 2000.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C.; RIBEIRO, E.C.O. Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface**, v.15, n.38, p.859-870, jul.-set. 2011.

MENDES, E.V. **As redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde**. Belo Horizonte, 2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Plano de Regionalização de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.10, n.2, p.333-345, 2005.

NOBRE, L.C.C. **Trabalho precário e morte por acidente de trabalho**: a outra face da violência e a invisibilidade do trabalho. 2007. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

OLIVEIRA, M. D. *et al.* A articulação intrasetorial na promoção da saúde dos trabalhadores em reflorestamento no município de Unistalda. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, mar. 2010.

PEDUZZI M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface,** v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

POÇO, J.L.C.; DIAS, E.C. Descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária de saúde – desafios e possibilidades: a experiência do CEREST de Juiz de Fora, MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.2, supl.2, p.38-46, 2010.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v.8, n.3, p.387-406, nov. 2010 / fev. 2011.

SANTOS, A.P.L. **Tecendo redes, superando desafios**: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: Unifesp, 2010.

SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Saúde do Trabalhador no SUS: contextos, estratégias e desafios. In: GOMEZ, C.M.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, p.777-781, 2007.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde no marcos teóricos políticos da saúde do trabalhador e do Humaniza SUS: o contexto do trabalho nos cotidianos dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da Saúde**: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho. Ijuí/RS: Editora Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, v.13, supl.1, p.603-613, 2009.

TAVEIRA, Z.Z. Precarização dos Vínculos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da UFMG, 2010.

TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v.15, n.1, p.142-149, 2007.

VASCONCELOS, M. F. F; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface,** v.13, supl.1, p.729-738, 2009.

VELOSO, R.C.; ARAÚJO, M. R. N. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, v.12, n.3, p.238-243, jul.-set. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008: primary health care now more than ever. WHO Library Cataloguing, 2008. 148p.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: Planejamento e métodos. São Paulo: BOOKMAN, 2005.

4- Considerações Finais

Neste estudo, as ações de ST desenvolvidas na APS mostram-se integradas às atividades diárias da ESF e do NASF, com consistência e continuidade, destacadas nos quadros 1 e 2 (Apêndices 6.8 e 6.9). As ações da equipe são orientadas essencialmente pela PNAB, como podemos observar no Quadro 3 (Apêndice 6.10). Observou-se que as mesmas vão além do prescrito, são realizadas na perspectiva da ST imposta pela realidade produtiva local, mas ainda com foco principal na prevenção e assistência.

Observa-se, no entanto, alguns limites das ações de ST desenvolvidas pelas ESF, como a pouca ampliação para as ações de promoção da saúde, pouco envolvimento dos usuários-trabalhadores nestas, especialmente no que se refere à identificação de necessidades e planejamento, além de não discutirem a transformação dos processos de trabalho. Mesmo com limitações, ao serem comparadas com os princípios da Saúde do Trabalhador, as ações desenvolvidas devem ser valorizadas e ressaltadas, já que no contexto do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde avançam na percepção do território, responsabilização sanitária e cuidado com o trabalhador, além de cumprirem os pactos realizados para a Saúde do Trabalhador em 2009/2011.

Ressalta-se a necessidade de se realizarem outros estudos de caso no país para a busca de mais informações sobre como as ações são desenvolvidas, bem como para a identificação de que fatores facilitam e de que fatores dificultam esse processo. Esse é um ponto importante, pelo fato de o Brasil apresentar distintas realidades de saúde, aliadas a também distintas características produtivas resentes em cada região. Tal fato pode impactar no desenvolvimento das ações de ST na APS. Atualmente, o projeto de pesquisa no qual esse estudo de caso se insere está desenvolvendo mais três estudos de caso semelhantes em diferentes regiões do Brasil.

Por fim, o estudo permitiu o reconhecimento da possibilidade da inserção das ações de ST na APS. É necessário, entretanto, que estas sejam matriciadas por todos os níveis do sistema, em especial pelo CEREST, seguido da implementação de um movimento sistemático de qualificação das equipes e dos ACS. Qualificação esta que deve estar em consonância com a PNEP, estimulando as transformações no processo de trabalho e que considere as necessidades dos serviços de saúde; as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais,

além da busca pela promoção da capacidade resolutiva dos serviços. Além disso, recomenda-se o investimento no trabalho multidisciplinar desenvolvido na interação ESF/NASF e na função do apoiador institucional. Destaca-se o importante papel desempenhado pela Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador, a qual funciona como um importante apoiador institucional da equipe. Tal achado permite inferir sobre a possibilidade dessa estratégia ser eficaz em outros municípios desde que a RT seja bem indicada e que receba suporte técnico por parte do CEREST, consubstanciado nas ações de matriciamento previstas.

5- Referências Bibliográficas

AGUIAR, A. C.; BARBOSA, S. P. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga. *Rev. APS*, v.11, n.4, p.380-388, 2008.

AGUIAR, R. A. T. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primaria à Saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.*. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora HUCITEC/FIOCRUZ, 2009. p. 783-836.

ANTUNES, R. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. In: ANTUNES, R.; SILVA, M. A. M. (Org.). *O Avesso do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004. p.13-27.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3. Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Congresso Nocional. 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.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do* _____, 1988. Capítulo II. Seção II – Da Saúde, artigos 196 a 200. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987b.

_____. Ministério da Saúde. *Caderno da Atenção Básica* – Saúde do Trabalhador – número 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Cobertura do Programa de Saúde da Família nos municípios de Minas Gerais em 2009. Disponível em: www.saude.gov.br/dab. Acesso em: 5 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica em Saúde do Trabalhador no SUS*. Portaria n. 3.908 de 30 de outubro de 1998. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria 1695, de 20 de agosto de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalhador. Decreto n. 7.602 de 7 de novembro de 2011. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679/2002. 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.437/2005. 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728/2009. Regulamenta a RENAST de acordo com o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. *Saúde do Trabalhador: Diretrizes de Ação para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. *Série Pactos Pela Saúde* – 2006. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Perfil econômico das regiões do Brasil, 2009. Disponível em: www.mte.gov.br. Acesso em: 20 jul. 2010c.

CAMPOS, F. E; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

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*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. *Pacto pela saúde*: possibilidade ou realidade?. 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

CHIAVEGATTO, C. V. Percepção dos profissionais de nível superior da Atenção Primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais. 2010.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

COUTO, M. T. *et al*. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

DIAS, E. C. *et al*. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.20, n.2, supl.2, p.38-46, 2010.

DIAS E. C. *et al. Conceitos e instrumentos para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde.* [Relatório ténico-científico]; Belo Horizonte, 2010.

DIAS E. C. *et al. Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, no período 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo.* [Relatório ténico-científico]; Belo Horizonte, 2008.

DIAS, E. C. *et al*. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia de atenção integral à saúde do trabalhador (RENAST). In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

DIAS, E. C. *et al*. Estudo de Caso: Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Rede Primária de Atenção à Saúde – Sub Projeto 02. Relatório ténico-científico. Belo Horizonte, 2009.

DIAS, E. C. *et al. Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, no período 2002-2007*: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina - UFMG, 2008. Relatório técnico-científico.

DIAS, E. C. Organização da Atenção à Saúde no trabalho. In: FERREIRA JUNIOR, M. *Saúde no trabalho*: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000. p 3-28.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-829, 2005.

DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070. 2009.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v.18, n.1, p.43-51, 2006.

FACCHINI, L. A. *et al*. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.669-681, 2006.

GANNE, N.; TAMAKI, E. M. Acidentes do trabalho e sub-registros. *Desafio – Revista de Economia e Administração,* v.4, p.55-66, jul.-dez. 2001.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al*. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p 575-625.

GOMES, R. *et al*. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.3, p.565-574, mar. 2007.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GONDIM, G. M. M. *et al*. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. *et al*.(Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - IBGE. Pesquisa mensal de emprego. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme_200907tm_01.shtm. Acesso em: 10 set. 2010.

JULIANI, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do SUS: a percepção de enfermeiros. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.33, n.4, p.323-333, dez. 1999.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública***,** v.23, n.4, p.757-766, 2007.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 151-161, 2000.

LACERDA E SILVA, T. Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do trabalhador. *Interface*, v.15, n.38, p.859-870, jul.-set. 2011.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MEDEIROS, M. A. T. O Centro de referência em saúde do trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência. 2001. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MENDES, E. V. *As redes de Atenção à Saúde*. 1. ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde*. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva***,** v.10, n.2, p.333-345, 2005.

NAVARRO, V. L. Reestruturação Produtiva na Indústria de calçados de couro em Franca (SP). In: ANTUNES, R.; SILVA, M. A. M. (Org.). *O Avesso do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004. p. 79-152.

NOBRE, L. C. C. *Trabalho precário e morte por acidente de trabalho*: a outra face da violência e a invisibilidade do trabalho. 2007. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

NOGUEIRA, D. P. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 495-509, 1984.

NUNES, E. F. P. A. A saúde do trabalhador na rede de atenção básica: construindo viabilidades a partir de um projeto pedagógico. Tese de Doutorado. Programa de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de CampinasUNICAMP: Campinas, SP. 2004.

OLIVEIRA, M. D. *et al*. A articulação intrasetorial na promoção da saúde dos trabalhadores em reflorestamento no município de Unistalda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.31, n.1, mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Condições de Eficiência dos Serviços de Atenção Materno-Infantil.* Brasília: OPAS, 1987.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. \

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud – La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Orientación Estratégica y Programática para la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C.: OPS, 2005

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 143-146, Ago. 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PESSOA, V. M. Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará. 2010. 295 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

POÇO, J. L. C.; DIAS, E. C. Descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária de saúde – desafios e possibilidades: a experiência do CEREST de Juiz de Fora, MG. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.20, n.2, supl.2, p.38-46, 2010.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. OS 20 anos de saúde do trabalhador no SUS: limites, avanços e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008*: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v.8, n.3, p.387-406, nov. 2010 / fev. 2011.

SANTOS, A. P. L. Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

SANTOS, A. P. L. *Tecendo redes, superando desafios*: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: Unifesp, 2010.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador no SUS: contextos, estratégias e desafios. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.41, p.777-781, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde no marcos teóricos políticos da saúde do trabalhador e do Humaniza SUS: o contexto do trabalho nos cotidianos dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Trabalhador da Saúde*: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho. Ijuí / RS: Editora Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface*, v.13, supl.1, p.603-613, 2009.

SPEDO, S. M. Saúde do trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS). 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

STARFIELD, B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. *Rev. Panam. Salud Publica / Pan Am. J. Public Health*, v. 12, n. 6, p. 384-387, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TARIMO, E.; WEBSTER, E. G. Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World: Alma-Ata revisited. Geneva: World Health Organization, Division of Analysis, Research and Assessment, 1997.

TAVEIRA, Z. Z. Precarização dos Vínculos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da UFMG, 2010.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. *Rev. Lat. Am. Enferm***.**, v.15, n.1, p.142-149, 2007.

VASCONCELOS, M. F. F; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface***,** v.13, supl.1, p.729-738, 2009.

VELOSO, R. C.; ARAÚJO, M. R. N. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. *Rev. APS*, v.12, n.3, p.238-243, jul.-set. 2009.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 12-48, 1998.

VIEIRA, M. C. F. Contribuições para o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde do trabalhador domiciliar, na atenção primária à saúde, no município de Juiz de Fora. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública). FIOCRUZ: Rio de Janeiro, RJ, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health care and working populations.* Geneva: World Health Organization, 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2008*: primary health care now more than ever. Geneva: WHO Library Cataloguing, 2008. 148p.

YIN, R. K. *Estudo de Caso:* Planejamento e métodos. São Paulo: BOOKMAN, 2005.

6- Apêndices

6.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: *"Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: um Estudo de Caso"*

Prezado Profissional,

Você está sendo convidado(a) a participar de entrevista sobre o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador Atenção Primária a Saúde, no território de abrangência de trabalho da sua equipe. Este estudo busca conhecer o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária a Saúde para subsidiar a formulação de políticas e apoio técnico dessas atividades no SUS.

Sua contribuição consistirá na participação em uma entrevista. A entrevista é uma conversa individual com o pesquisador, em que cada participante terá a oportunidade de relatar suas percepções em relação ao trabalho que desenvolve. A duração da entrevista individual está prevista para 1 hora, em horário agendado entre o pesquisador(a) e o(a) entrevistado(a).

Não haverá nenhuma compensação financeira/pagamento pelo fornecimento destas informações. Também não haverá despesas para participante. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhor compreensão do processo de desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária a Saúde e assim contribuir com a construção de indicadores para a avaliação de ações e da Rede Nacional da Saúde do Trabalhador - RENAST.

As informações obtidas no estudo serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. As entrevistas e grupos de discussões serão gravados para posterior transcrição e análise dos dados e apenas os pesquisadores terão acesso às gravações. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As fitas cassetes com o registro das entrevistas, assim como suas transcrições, serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto. As transcrições dessa entrevista se reproduzidas em publicações científicas respeitarão o sigilo do nome do autor.

Você tem o direito de ser informado sempre que desejar sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, todas as informações serão respondidas e esclarecidas.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG e está registrado sobre o número ETIC 458/08. Em caso de dúvidas sobre a ética do estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP/UFMG pelo telefone (31) 3499-4592 ou com pesquisador responsável no endereço que se encontra ao final da página. Também lhe é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, lhe sendo permitido deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à sua integridade. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgadas identificações em momento algum da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação:

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta etapa do projeto. Preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da entrevista para o projeto: **"Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: um Estudo de Caso"** e concordo com a divulgação dos dados encontrados, sendo preservada a minha identidade.

_____ RG: _____

Nome Completo do Participante da Pesquisa

_____

Assinatura do participante

_____

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Elizabeth Costa Dias

DMPS -Faculdade de Medicina da UFMG

Av. Alfredo Balena 190 sala 817 / CEP: 100 130-000 - Belo Horizonte – MG

Fone/fax: 31 32489816.

6.2 Roteiro de Entrevista com Coordenador da Área Técnica de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

1- Como você vê as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde nessas regionais selecionadas?

Explorar os seguintes aspectos:

- Como são as relações institucionais entre a Saúde do Trabalhador e a APS?
- Quais são as ações desenvolvidas? (promoção, prevenção, assistência e vigilância)
- Qual o papel do CEREST no desenvolvimento dessas ações?
- Envolvimento das equipes de saúde da família com a Saúde do Trabalhador
- Tempo que as ações são desenvolvidas.
- Notificações do SINAN.

2- Se você tivesse que escolher uma para participar do Estudo de Caso, qual delas escolheria?

6.3- Roteiro de Entrevista do Coordenador da Atenção Primária a Saúde

1- Há desenvolvimento de alguma estratégia de implementação da Saúde do Trabalhador na APS?

2- Quando e como se deu a aproximação APS com o CEREST?

3- Quais ações de Saúde do Trabalhador a APS desenvolve?

Explorar como são desenvolvidas cada ação citada.

- Como se dá o fluxo de referência e contra-referência do usuário trabalhador?

- Explorar a prevenção, promoção, assistência e vigilância.

4- Quais as dificuldades e facilidades a APS encontra para desenvolver ações de ST?

5- De que forma enfrenta as dificuldades?

6.4 Roteiro de entrevista com o Coordenador CEREST

1- Quando e como se deu a aproximação do CEREST com a APS no município sede?

2- Quais ações de Saúde do Trabalhador a APS desenvolve com o apoio técnico ou de forma articulada ao CEREST, no município sede?

Explorar como são desenvolvidas cada ação citada.

(Como se dá o fluxo de referência e contra-referência do usuário trabalhador no município sede?)

3- Há desenvolvimento de alguma estratégia de implementação da Saúde do Trabalhador nos municípios da área de abrangência do CEREST?

4- Quais dessas estratégias incluem a Atenção Primaria a Saúde?

5- Quais as dificuldades e facilidades o CEREST possui para desenvolver a sua função junto à APS?

6- De que forma o CEREST enfrenta as dificuldades?

6.5 Roteiro de entrevista para Referência Técnica em Saúde do Trabalhador regional ou municipal

1- Como está organizado o modelo de atenção a saúde da região de jurisdição administrativa da regional/ município?

2- Qual o papel da regional/município na implementação das ações de ST na APS?

3- Quais ações de Saúde do trabalhador na APS são desenvolvidas na região/município?

4- Como se desenvolvem estas ações?

(Como é estabelecido o fluxo, referências e contra referências e pactuações?)

5- Quais as dificuldades encontradas para o desenvolvimento da política de Saúde do Trabalhador? E as facilidades?

6- Quais ações estão sendo desenvolvidas para enfrentar as dificuldades?

6.6 Roteiro de Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família

Apresentar as ações de Saúde do Trabalhador abaixo em um "flip chart", explicando os tópicos, com o intuito de facilitar a discussão.

- Identificação da população trabalhadora

- Mapeamento das atividades produtivas

- Identificação de riscos potenciais à saúde dos trabalhadores formais ou informais

- Atendimento ao trabalhador com agravo à saúde relacionado ao trabalho

- Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho

- Fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias

- Notificação de agravo à saúde relacionado ao trabalho

Perguntas chaves:

1- Iniciar o debate jogando o tema na roda: Observando este quadro quais as ações de Saúde do Trabalhador que vocês desenvolvem?

Explorar:

- Quem faz;
- As atribuições de cada um;
- O fluxo do usuário;
- Documentos necessários (fichas, etc);
- Quais instrumentos utilizados para desenvolver a ação.

2- Em geral, de onde surgem as necessidades para a realização destas ações?

Explorar se é por:

- Demanda espontânea
- Planejamento de ações pelas equipes
- Induzidas pelo CEREST

3- Como a equipe vê o CEREST em relação ao desenvolvimento destas ações?

4- Quais as dificuldades e facilidades para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador?

5- Quais sugestões a equipe tem para melhorar as ações de saúde do trabalhador na atenção primaria?

Explorar em relação ao CEREST, Vigilância, Conselho de Saúde e à Gestão.

6.7- Roteiro de Grupo Focal com a Equipe do CEREST

1- Como o CEREST se articula com a APS para desenvolver a saúde do trabalhador neste município sede? E nos municípios da área de abrangência?

Explorar:

- Dificuldades e Facilidades;
- Mecanismos de superação adotados para as dificuldades;

2- Quais ações o CEREST desenvolve com a APS?

Explorar como são desenvolvidas cada ação citada:

- Fluxo de referência e contra-referência do usuário trabalhador;
- Articulação intersetorial;
- Ações de promoção a saúde;
- Vigilância em Saúde do Trabalhador;

Apêndice 6.7- Quadro 1: Ações de Saúde do Trabalhador na APS – Origem: ESF

Origem	Ação	Objetivo	Desenvolvimento	Parceiros	Resultados	Dificuldades
Equipe de Saúde da Família	**Campanha Pulmão Limpo - Contra Silicose**	Conscientização e orientação dos trabalhadores expostos a poeira de sílica e da população em geral quanto ao uso de EPIs, riscos da sílica e ações preventivas.	- Orientações gerais a toda a população, utilizando a Rádio Local e a Internet; - Visita às empresas de beneficiamento de pedras, com orientações específicas aos trabalhadores, incluindo também nas visitas o tema da dengue.	RT ST Municipal Técnico em Vigilância Sanitária Municipal NASF	- 130 trabalhadores de 11 empresas orientados; - Aumento do número de notificações dos casos de silicose; - Maior conscientização da população sobre os riscos da sílica e sinais da doença; - Aumento dos trabalhadores procurando a unidade de saúde.	- Resistência dos trabalhadores em usarem Equipamentos de Proteção Individuais; - Resistência dos trabalhadores em procurar a unidade de saúde diante dos sintomas da pneumoconiose por medo de serem afastados do serviço, em que ganham bem.
	PAIR	Identificar a população da cidade exposta ao ruído e realizar exames para os trabalhadores com alto risco de desenvolver PAIR.	- Capacitação dos ACS e enfermeiros do PSF para identificação dos trabalhadores expostos ao ruído; - Convite aos trabalhadores com suspeita de PAIR para comparecerem em uma consulta médica e encaminhamento para exames auditivos no CEREST.	RT ST Municipal CEREST NASF	- Mapeamento dos trabalhadores da cidade expostos ao ruído; - Orientação de trabalhadores que compareceram à consulta quanto ao risco da PAIR e quanto à prevenção; - realização de exames auditivos no CEREST.	- Não comparecimento de muitos trabalhadores à consulta na UBS, mesmo essa sendo agendada fora do horário de trabalho.
	Maio - Mês do	Visita às	- Palestras na empresa, aos	RT ST	- 9 empresas visitadas;	O planejamento inicial era de

	Trabalhador	empresas para orientação aos trabalhadores.	trabalhadores, no início do turno de trabalho, com abordagem dos seguintes temas: - Aferimento de Pressão; - Medição de Glicemia; - Orientação em Saúde (Hipertensão e Diabetes); - Orientação em Saúde da Mulher; - Motivação; - Orientação em Alimentação Saudável e Balanceada; - Ginástica Laboral e Atividade Física; - Outros (de acordo com os tipos de risco inerentes à atividade produtiva do local).	Municipal NASF	- 232 trabalhadores orientados; - Aumento da demanda na Unidade de Saúde; - Articulação do trabalho do PSF com o médico do SESMT em uma das empresas; - Apoio dos donos das empresas; - Planejamento de novas ações nas empresas, mais direcionadas às questões específicas de saúde do trabalhador e riscos no trabalho.	realizar orientações aos trabalhadores focadas nos riscos do seu local de trabalho e promoção da saúde. No entanto, foi necessário replanejar as orientações, focando em questões de saúde mais gerais, atendendo à demanda imediata dos trabalhadores.
	Horário Diferenciado	Facilitar o acesso dos trabalhadores às Unidades de Saúde na cidade.	Uma vez por semana a unidade de saúde funciona até às 20 horas, com agenda programada, priorizando neste horário usuários que trabalham e atendimento de demanda espontânea.	NASF	- Maior acesso de usuários trabalhadores à unidade; - Melhor vínculo com os usuários trabalhadores.	
	Palestra de Biossegurança	Diminuir a ocorrência de acidentes com material biológico nas unidades de	Palestra para os trabalhadores da saúde da Prefeitura de Alpinópolis, do Hospital Local e dos Laboratórios da Cidade, orientando quanto às ações de prevenção aos acidentes com	RT ST Município CEREST SESMT	- 36 trabalhadores orientados; - Diminuição das notificações de acidentes com material biológicos no município.	

		saúde do município	material biológico.	Santa Casa de Passos		
	Ações já realizadas na APS que ganham foco da Saúde do Trabalhador	- Caracterização do território; -Preenchimento da ficha A; - Orientação aos usuários; - Visitas Domiciliares.	- Caracterização do território inclui o mapeamento das atividades produtivas nele ocorridas; - ACS relatam preencher com maior atenção e qualidade o item ocupação da ficha A, sabendo que ele terá uma utilidade posterior; - ESF realiza orientações aos usuários de acordo com o seu tipo de trabalho e aborda também questões previdenciárias; - ESF acompanha os trabalhadores contra referenciados pelo CEREST por meio de visitas domiciliares regulares do ACS e repasse destes para a ESF e RTST Municipal.	NASF		

Apêndice 6.8- Quadro 2: Ações de Saúde do Trabalhador na APS – Origem: CEREST

Origem	Ação	Objetivo	Desenvolvimento	Parceiros	Resultados	Dificuldades
CEREST	**Capacitação**	Capacitar os profissionais da APS para desenvolver ações de Saúde do Trabalhador.	**Envolvidos:** RT ST Municipal e Enfermeiros e Médicos do PSF. **Temas Principais:** Apresentação do CEREST; Fluxo de Encaminhamentos; Preenchimento das fichas de notificação dos agravos relacionados à Saúde do trabalhador. **Temas Secundários:** Ações de prevenção e educativas; Levantamento do Perfil Produtivo e Ocupacional da População. **Onde:** reuniões no CEREST ou nos municípios.	RT ST SRS	- Aumento do Número de Notificações; -Estabelecimento do fluxo de encaminhamento, sendo que todos os trabalhadores chegam ao CEREST encaminhados pela APS.	- Rotatividade dos profissionais da APS e das RT ST Municipais; - Pouca participação dos médicos do PSF; - Necessidade de envolver os ACS nas próximas capacitações; - Não houve cobrança dos temas secundários, e, por isso, não houve resultados concretos relacionados a eles; - Preenchimento incorreto do item “ocupação” nas fichas de notificação.
	Sensibilização	Sensibilização de gestores e profissionais da APS quanto à importância da Política de Saúde do Trabalhador	- Reuniões do CEREST com gestores e profissionais; - Reuniões com foco no cumprimento das metas de Saúde do Trabalhador estabelecidas no Pacto pela Saúde e buscando valorizar também a Saúde do Trabalhador que atua na área	RT ST SRS	- Maioria dos municípios da área de abrangência do CEREST com RT ST Municipal indicada; - 27 unidades sentinelas estabelecidas e realizando notificações.	- Sobrecarga de trabalho das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador Municipais e dos trabalhadores da APS; - Demanda por parte dos gestores por verba específica para desenvolver ações de Saúde do Trabalhador, não as considerando já parte de suas

			da saúde. - Solicitação aos gestores municipais que indiquem uma pessoa para ser Referência Técnica em Saúde do Trabalhador no Município; - Estabelecimento de municípios e unidades da APS como Unidade Sentinela.			ações de saúde regulamentares; - Resistência dos gestores em indicar RT ST Municipal; - Baixa autoestima dos profissionais da APS
	Regimento Interno	Construção por parte da CEREST de um regimento interno a ser entregue para toda a área de abrangência com o intuito de orientar os profissionais da APS.	- Indicação, no regimento, de qual a população a ser atendida, responsabilidades de cada profissional da equipe, papel do CEREST, orientações de como encaminhar, além de conter os fluxos de encaminhamento dos pacientes e de notificações.		- O material ainda não está concluído, assim, o Regimento Interno do CEREST pretende ser um norteador das ações do dia a dia para os profissionais de saúde, mesmo para aquele que não tem nenhum conhecimento em Saúde do Trabalhador.	- Ainda em discussão com diversas áreas para que todos estejam de acordo com o material que será apresentado e distribuído.
	Facilitadores	Estreitar vínculo entre CEREST e municípios	Cada RT ST Municipal e/ou enfermeiro do PSF tem como referência no CEREST um profissional; O contato direto entre o município e o CEREST, possibilitando melhor esclarecimento das dúvidas	RT ST Municipal	- Melhora na qualidade de encaminhamentos de atendimento para o CEREST; - Aumento das notificações vindas já fechadas dos municípios.	- Estabelecer um facilitador para todos os municípios.

Apêndice 6.9- Quadro 3: Ações de Saúde do Trabalhador na APS e sua integração com a PNAB, 2011

Referencial da Nova Política de Atenção Básica	Sínteses extraídas das entrevistas
I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;	- mapeamento das atividades; - identificação da população; - identificação dos riscos relacionados ao trabalho; - trabalho na APS é resultado do conhecimento/identificação da população; - as notificações possibilitaram a identificação dos agravos e dos trabalhadores, permitindo o levantamento de dados e início das orientações.
II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Incluem-se aqui o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, que dificulta o acesso dos usuários;	- elevado índice de silicose – atividades focadas no trabalhador; - após a capacitação, a RTM reuniu-se com o PSF para estabelecer um fluxo, linha de trabalho em relação à notificação; - notificação das doenças confirmadas, a pneumoconiose o mais comum na região são as pneumoconioses.
III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;	- notificações de agravos de ST com estabelecimento do fluxo; - RTM ofertou capacitação aos enfermeiros e agentes quanto à exposição ao ruído. Em seguida, os ACS realizaram um levantamento dos trabalhadores expostos ao risco no município, e os enfermeiros realizaram orientações quanto às ações de prevenção e riscos.
IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;	- Orientação sobre o uso de EPI.
V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;	- O paciente que chega com suspeita de agravo relacionado ao trabalho, no PSF ou nos ambulatórios, é encaminhado para a RTM, que repassa o caso

	para o CEREST. A APS não apenas recebe o paciente, mas também o acompanha após a contrarreferência.
VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;	- Desenvolvimento das ações com as trabalhadoras em seu local de trabalho- confecção; - Experiência positiva; - Abordagem de temas relacionados à saúde – hipertensão e diabetes. - Realização de ginástica laboral; - Ida às indústrias (locais de trabalho) para melhor atendimento ao trabalhador; - Ações nos locais de trabalho possibilitaram a conscientização dos trabalhadores quanto à prevenção de doenças. Boa avaliação do trabalho com os trabalhadores; - RTM, PSF e NASF realizaram em conjunto atividades em empresas de ramos diferentes; - Nas confecções, com um público feminino maior, abordavam-se questões relacionadas à saúde da mulher; - Palestras planejadas de acordo com o risco de cada setor; - Medição de glicose e hipertensão e orientações quanto a hipertensão e diabetes; - Visitas finalizadas com uma atividade de ginástica laboral.
VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;	- Existência de muitos casos de silicose - necessidade de se informar sobre a doença para posterior orientação; - Realização de uma campanha de orientação aos trabalhadores de beneficiamento de pedras e marmorarias quanto à silicose, seus riscos e prevenção.
VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, o fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades	- Atendimento noturno – adequação do horário de funcionamento da unidade para atender o trabalhador; - Profissionais não identificam mudanças em sua dinâmica de trabalho, já que as ações já eram desenvolvidas, mas sem o conhecimento de que eram afeitas à ST; - Entendimento de que já se atendia às necessidades do trabalhador, ainda

sociais e a organização do serviço em função delas, entre outras;	que de forma fragmentada; - Atendimento ao trabalhador não é visto como sobrecarga de trabalho, mas como uma forma de organizar a atenção primária; - Profissional assustou-se inicialmente com a proposta das ações de saúde do trabalhador, que levariam a uma grande mudança na rotina de trabalho, mas, após ver a sua contribuição nas ações e o resultado final, passou a enxergar o trabalho como gratificante; - estabelecimento de vínculo com o paciente a partir da continuidade no seu tratamento; - Grande adesão aos grupos de tabagismo, que acontecem em horários acessíveis para os trabalhadores.
IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e da avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;	- ESF participa do planejamento das ações de Saúde do Trabalhador; - Organização do fluxo das notificações provenientes da APS e do pronto socorro.
X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;	- Médico do SESMT da pedreira considera ação da ESF na empresa positiva e solicita outras ações no local de trabalho; - Conquista do médico da empresa privada e elogio; - Abertura do proprietário para a entrada da ESF na fábrica de confecções considerada pela ACS como um milagre; - Proprietários avaliaram as ações da ESF na empresa como positiva e solicitaram a continuidade do trabalho; - Apoio do proprietário da empresa, que solicita novas ações; - Programação de novos temas a serem abordados nos locais de trabalho; - Parceria entre Saúde do trabalhador, CEREST e SESMT Santa Casa possibilitou ações de orientação quanto aos acidentes biológicos e como evitá-los; - Utilização da rádio local para divulgar as ações de Saúde do Trabalhador.
XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;	- Para as ações de Saúde do Trabalhador na APS nas empresas, foi desenvolvido um planejamento para abordar cada setor de risco, mas

	depois modificou-se o planejamento para que se abordassem questões mais básicas de saúde como hipertensão e diabetes, pelo desconhecimento que perceberam nos trabalhadores.
XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.	- Identificação de distúrbios mentais ligados ao trabalho – depressão, síndrome do pânico – durante as visitas domiciliares; - Visitas domiciliares possibilitam o estabelecimento de uma relação de confiança; - O PSF acompanha os trabalhadores contrarreferenciados pelo CEREST, ou seja, que estão em tratamento no CEREST. RTMST informa a enfermeiros e ACS fazem visitas domiciliares.

6.11 – Ata da Defesa de Dissertação de Mestrado

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640

UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **LUÍSA DA MATTA MACHADO FERNANDES** número de registro 2010652503. Às quatorze horas do dia **quatorze de fevereiro de dois mil e doze,** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO",** requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Soraya Almeida Belisário, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Soraya Almeida Belisário/orientadora	Instit: UFMG	Indicação: APROVADA
Profa. Elizabeth Costa Dias/coorientadora	Instit: UFMG	Indicação: APROVADA
Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro	Instit: UFMG	Indicação: APROVADA
Profa. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo	Instit: UFMG	Indicação: APROVADA

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de fevereiro de 2012.

Profa. Soraya Almeida Belisário Soraya Almeida Belisário

Profa. Elizabeth Costa Dias Elizabeth Costa

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro Tarcísio M. Pinheiro

Profa. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Profa. Ada Ávila Assunção/Coordenadora Ada Ávila Assunção

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina / UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação