

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
FELIXLÂNDIA/MG: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

MARCOS SOARES CAMPOS

CORINTO – MINAS GERAIS

2012

MARCOS SOARES CAMPOS

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
FELIXLÂNDIA/MG: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Thaís Lacerda e Silva

CORINTO – MINAS GERAIS

2012

MARCOS SOARES CAMPOS

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
FELIXLÂNDIA/MG: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para a obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Thaís Lacerda e Silva

Banca Examinadora

Professora Thaís Lacerda e Silva – Orientadora

Professora Dra. Elizabeth Costa Dias – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 06/05/2012

DEDICATÓRIA

À todos os trabalhadores do nosso país!
Inspiração maior na construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Thaís

pela sua valiosa contribuição, compreensão, disponibilidade, e, principalmente, respeito as minhas limitações e dificuldades.

À Tati

pelo amor, carinho e companheirismo nos momentos em que mais precisei.

Às tutoras Maria de Lourdes e Silmeiry

pelo aprendizado e troca de experiências.

Aos colegas de trabalho da UBS Luz

pela ajuda e colaboração de sempre.

Aos amigos do CEABSF

pela agradável convivência.

AS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

*Que tristes os caminhos,
se não fora a presença distante das estrelas!*

AS INDAGAÇÕES

*A resposta certa, não importa nada:
o essencial é que as perguntas estejam certas.*

(Mário Quintana)

RESUMO

O Diagnóstico Situacional realizado pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde do município de Felixlândia/MG mostrou deficiências do Sistema Único de Saúde no cuidado prestado aos trabalhadores, traduzindo-se por práticas marginalizadas, isoladas e não legitimadas como política pública. Assim, este estudo tem por objetivo subsidiar a organização da atenção à saúde do trabalhador nos processos de trabalho das equipes da Atenção Primária do município. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica da literatura técnico-científica sobre o tema “*Saúde do Trabalhador na Atenção Básica*”, como fundamentação teórica e prática para apoiar a resolução das questões-problemas identificadas no Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Luz. Utilizando como bases de dados a Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e a *Scientific Electronic Library Online*, foi desenvolvido um levantamento na Biblioteca Virtual em Saúde para a busca inicial dos artigos utilizando os descritores: *Saúde do Trabalhador, Atenção Básica, Atenção Primária e Saúde da Família*. Foram selecionados onze estudos, evidenciando-se que, nas bases de dados pesquisadas, ainda há pouco material publicado sobre o assunto. No entanto, diversas foram as estratégias e ações encontradas nos estudos e que podem e devem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família para a transformação do modelo assistencial prestado ao usuário trabalhador. Finalizando, como proposta, foi sistematizado um plano de trabalho inicial a ser discutido com as equipes da Atenção Primária à Saúde e que poderá ser útil para apoiar a elaboração de um plano de ação municipal em Saúde do Trabalhador, com vistas à resolução efetiva dos problemas apresentados e a incorporação de fato, do cuidado integral aos usuários trabalhadores na rede de serviços de saúde do município.

Palavras-chave: *Saúde do Trabalhador, Atenção Básica, Atenção Primária, Saúde da Família.*

ABSTRACT

The Situational Diagnosis conducted by teams of Primary Healthcare Units in the city of Felixlândia/MG showed deficiencies in Brazilian National Health System in health care workers, translated by marginalized, isolated and not legitimate as public policy practices. Thus, this study is aimed to supporting the organization of health care worker in the work processes of Primary Health teams in the city. For this purpose, a scientific and technical literature review was performed on "*Occupational Health in Primary Care*" as a theoretical and practice foundation to support the resolution of problems issues identified in Situational Diagnosis of Primary Health Unit. Using as databases the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences and the Scientific Electronic Library Online, a survey was developed in the Virtual Health Library for the initial search of articles using the keywords: *Occupational Health, Basic Attention, Primary Care and Family Health*. Eleven studies were selected demonstrating that, in the searched databases, there is little published material on the subject. However, several strategies and actions have been found in studies and can and should be performed by the family health teams to transform the model of healthcare worker provided to the user. Finally, as a proposal, an initial work plan was systemized to be discussed with the health teams of Primary Health Care and may be useful to support the development of a municipal action plan in Occupational Health, with a view to the effective resolution of presented problems and the incorporation, in fact, of workers users care in the network of health services in the city.

Keywords: *Occupational Health, Basic Attention, Primary Care and Family Health.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização de Felixlândia/MG no Estado de Minas Gerais.....	25
Figura 2. Localização de Felixlândia/MG na microrregião de Curvelo/MG	26
Figura 3. Divisão assistencial por macrorregião	28
Figura 4. Macrorregião Centro	29
Figura 5. Microrregião de Curvelo/MG	30
Figura 6. Representação esquemática do desenvolvimento da revisão integrativa.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População e amostra das bases de dados pesquisadas	35
Tabela 2. Síntese dos trabalhos científicos selecionados	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
AT - Acidente de Trabalho
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIST - Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS - Centro de Saúde
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DS - Diagnóstico Situacional
DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EPC - Equipamentos de proteção coletiva
EPI - Equipamentos de proteção individual
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
LEM - Laudo do Exame Médico
LER - Lesão por Esforço Repetitivo
LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MG - Minas Gerais
MS - Ministério da Saúde
MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica
NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído
PDAPS - Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PEA - População Economicamente Ativa
PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PR - Paraná
PSF - Programa de Saúde da Família
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAT - Seguro de Acidente do Trabalho
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SI - Sistemas de Informação
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRS - Superintendência Regional de Saúde
SP - São Paulo
ST - Saúde do Trabalhador
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	16
2.1 Situações problemas identificadas no município.....	21
3. OBJETIVOS	24
3.1. Objetivo Geral.....	24
3.2. Objetivos Específicos	24
4. METODOLOGIA	25
4.1. Caracterização do local do estudo	25
4.2. O Sistema Único de Saúde Municipal.....	27
4.3. Método.....	31
4.3.1. Identificação do problema e definição das bases de dados e descritores ..	31
4.3.2. Busca na literatura e obtenção de dados	32
5. RESULTADOS	35
6. DISCUSSÃO	39
7. PLANO DE AÇÃO	53
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

1. INTRODUÇÃO

Desde que me formei em Medicina, em meados de 2009, comecei minha vida profissional no serviço público de saúde, mais especificamente, como médico do Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade de Monjolos/MG. Após um ano, em busca de novas perspectivas, mudei-me para a cidade de Felixlândia/MG, onde, atualmente, exerço minhas atividades como generalista na Unidade Básica de Saúde (UBS) Luz.

No ano de 2010, iniciei o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na modalidade à distância, com vínculo municipal à cidade de Corinto/MG. Neste, ao longo de 18 meses de estudos, pude perceber a real complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade cada vez maior de se criar estratégias para aumentar a resolução dos problemas existentes, ampliar o acesso dos pacientes ao serviço prestado e garantir o cuidado integral a suas demandas.

O referido curso de especialização veio em um momento oportuno, de reflexão, em minha vida, e o presente trabalho surgiu do meu interesse e curiosidade, durante a realização do módulo sobre Saúde do Trabalhador (ST), em aprofundar os estudos sobre essa temática, em uma especialidade considerada até a última década como emergente e que atualmente está em processo de expansão e consolidação. Além disso, a realização do Diagnóstico Situacional (DS) da população residente na área de abrangência da UBS Luz reforçou a necessidade de se aprofundar no assunto, tendo sido evidenciadas neste processo diversas questões-problemas relacionadas à saúde dos trabalhadores e que necessitavam, portanto, de atenção especial dos profissionais da equipe de saúde.

As unidades básicas de saúde consistem em uma das portas de entrada dos usuários no SUS e é preciso que a equipe inserida nesse nível de atenção faça um diagnóstico preciso das condições de vida e saúde desses usuários, no sentido de orientar as ações a serem desenvolvidas para o aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde estabelecido e para a implantação de ações que promovam o cuidado à saúde com qualidade e resolutividade.

Entende-se por diagnóstico situacional em saúde o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo, com vistas a

conhecer as reais condições de vida, saúde e de risco de uma determinada população. Posteriormente são planejadas e programadas ações estratégicas locais visando modificações no processo de trabalho da equipe para resolução e/ou encaminhamento dos problemas encontrados.

O diagnóstico situacional da UBS Luz foi concluído em meados de 2010, como uma das propostas de atividade do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), programa implantado pelo Governo do Estado de Minas Gerais que, por meio de oficinas de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, busca o fortalecimento da atenção primária e a construção de redes integradas de atenção à saúde.

Em parceria com a gestão municipal desenvolvemos os diagnósticos situacionais das quatro UBS do município que tiveram como objetivos específicos compreender a estruturação das UBS, conhecer as respectivas áreas de abrangência e o perfil das comunidades assistidas, identificando aspectos demográficos, políticos e socioeconômicos que condicionam e ou determinam o processo de saúde-doença da população adscrita.

As informações foram colhidas por todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município (Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeiros, Dentistas e Médicos) durante as dez oficinas de trabalho em grupo para repasse do PDAPS e seus respectivos períodos de dispersão realizados periodicamente com a comunidade no decorrer do ano de 2010.

Assim, após doze meses de coleta, registro e análise dos dados, foi concluído o DS da UBS Luz. Entre outras questões, identificamos que o serviço à classe trabalhadora encontrava-se desorganizado e que esse fato devia-se, primariamente, à inexistência de planos de cuidados sistematizados e a uma demanda expressiva de ações em saúde para o usuário trabalhador que necessitavam ser planejadas e adequadas à rotina de trabalho de toda equipe.

Deste modo, reconhecendo o papel de destaque da APS, por estar localizada o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham e no desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, este estudo tem como principal objetivo contribuir para a organização da atenção à saúde do trabalhador, de forma sistemática, nas práticas de trabalho das equipes de saúde da APS do Município de Felixlândia/MG.

2. JUSTIFICATIVA

A implantação do SUS foi decorrente de movimentos políticos e sociais, os quais pretendiam reorganizar a assistência à saúde no Brasil, tornando-a democrática. Esta passou a ser uma rede hierarquizada e integrada de ações e serviços de saúde, garantindo legalmente o direito à atenção integral e universal à saúde da população (BRASIL, 1990).

De acordo com Barros (1994), essa rede de serviços deveria ser organizada em espaços geográficos definidos – distrito, município, estado – nos quais deviam existir todos os serviços de saúde necessários ao atendimento da população da área, de modo a assegurar o acesso a todos os níveis de atenção (BRASIL, 1994).

A execução de ações de Saúde do Trabalhador (ST) é de responsabilidade do SUS, prescrita na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, nos seguintes termos: “*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. 34).

Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, determinou os princípios, objetivos e atribuições relacionadas ao SUS e definiu a ST como “*um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]*” (BRASIL, 1990, p. 03). Importante destacar que o trabalho consiste em um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, expresso no conceito de saúde, contido no artigo 3º da LOS (BRASIL, 1990).

A grande maioria de usuários do SUS são trabalhadores urbanos e rurais, que constituem a População Economicamente Ativa (PEA) do país. Em 2009, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), dos 162,8 milhões de pessoas de 10 anos ou mais de idade, 62,1% faziam parte da força de trabalho (pessoas ocupadas e não ocupadas que estavam procurando trabalho), ou seja, aproximadamente 101 milhões de pessoas. Desse contingente, cerca de 92 milhões (91,7%) encontravam-se ocupados e 15,7 milhões de trabalhadores (17%) estavam em atividades agrícolas (IBGE, 2009).

Embora a Saúde do Trabalhador esteja expressa na Constituição Federal e na LOS, sua implementação nos serviços do SUS ainda hoje se constitui um grande desafio. Percebendo as reais dificuldades para o desenvolvimento de políticas em ST nesse âmbito, o Comitê Técnico Assessor de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde (MS), sugeriu que se deslocasse o eixo das ações para a APS, que se encontrava em expansão no então modelo de proposta de reorganização do SUS (DIAS, *et al*, 2010).

Com isso, pela Portaria 3.120, de 1998, foi publicada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), considerada um dos instrumentos mais importantes para a municipalização das ações de ST e que teve como objetivo *"definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios"* (BRASIL, 1998, p. 01).

A NOST também seguia os princípios básicos do SUS que, segundo a Portaria 3.908, de 1998, compreendem:

- I - universalidade e equidade, onde todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;
- II - integralidade das ações, tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, [...];
- III - direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviços do SUS, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo os riscos, [...];
- IV - controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, [...];
- V - regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços,

segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;

VI - utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos;

VII - configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.

Outra iniciativa do MS para efetivar a inclusão das ações de ST no SUS foi a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio da Portaria 1.679, de 19 de setembro de 2002.

A RENAST, definida na época como a principal estratégia para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, é uma rede articulada entre o MS, as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e que tem como estratégia a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores (BRASIL 2002).

Em 2009, o MS reformulou a RENAST por meio da Portaria N° 2.728, visando, em última análise, promover ações para melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida do trabalhador brasileiro. Tal portaria define que a implementação da rede de atenção deve-se dar do seguinte modo (BRASIL, 2009, p. 02):

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);

II - inclusão das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica (AB), por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;

IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador;

V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais (BRASIL, 20009). Entre as suas atribuições destacam-se a educação e a vigilância em saúde, a articulação de toda a rede SUS com a sociedade, a pesquisa na área e a qualificação da atenção básica para o cuidado à saúde dos trabalhadores.

De acordo com dados obtidos no site da *RENAST Online*, da área técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, o Brasil possui atualmente mais de duzentos CEREST, sendo vinte e seis estaduais e os outros de abrangência regional. O Estado de Minas Gerais possui um centro estadual e dezessete regionais.

O controle social nos serviços que compõem a RENAST se dá por meio das Conferências de Saúde, dos Conselhos de Saúde, dos Conselhos de Serviços (Conselhos dos CEREST) e das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) ou das Câmaras Técnicas de Saúde do Trabalhador nos Conselhos Estaduais de Saúde (BRASIL, 2005).

Em 2006, o Pacto pela Saúde redefiniu a organização da atenção à saúde no país, colocando a APS como eixo norteador da atenção à saúde no SUS. Firmado por técnicos do MS, pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), esse pacto, reforçou o desafio do desenvolvimento de linhas de ações de ST a partir de três eixos estruturadores: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão. (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu as estratégias para sua operacionalização e consolidação (BRASIL, 2006).

Os trabalhadores compartilham com os não-trabalhadores formas de adoecer e morrer que, segundo Silveira (2009), são decorrentes do estilo de vida, idade, sexo, hereditariedade e de fatores de risco ambientais aos quais todos se expõem. Além disso, os efeitos negativos à saúde dos trabalhadores também se expressam nos serviços de saúde por meio dos acidentes e

ou das doenças relacionadas ao trabalho. Entretanto, as informações sobre a situação de saúde, adoecimento e morte dos trabalhadores ainda são pouco confiáveis, devido ao alto grau de sub-registro (DIAS; LACERDA E SILVA; ALMEIDA, 2012).

Em Portaria recente, 104/2011, o MS publicou a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em todo o território nacional, incluindo aqueles relacionados à Saúde do Trabalhador. Tal portaria determinou, em seu anexo III, a obrigatoriedade das notificações em Unidade Sentinela, das situações como acidente com material biológico relacionado ao trabalho, acidente de trabalho com mutilação e acidente de trabalho em crianças e adolescentes, acidente de trabalho fatal, os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), as dermatoses ocupacionais, câncer relacionado ao trabalho, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), pneumoconioses ocupacionais e transtornos mentais relacionados ao trabalho. No anexo I da Portaria, as intoxicações exógenas, incluindo as intoxicações por agrotóxicos, muito comum nos dias de hoje, são consideradas como sendo de notificação compulsória pelos profissionais de saúde, independente da confirmação do caso (BRASIL, 2011).

Como visto, o SUS traz em si grande complexidade pelo fato de ser um sistema que deve garantir o direito à saúde, com financiamento tripartite e gestão participativa, sendo considerado a maior política pública por se destinar ao cuidado à saúde de aproximadamente 191 milhões de pessoas (BRASIL, 2011).

Entretanto, após muitos anos desde a sua constituição, observa-se que as diretrizes e princípios dispostos na LOS não foram cumpridos em sua integralidade. Para isso, o Decreto 7.508, de 28 de junho deste ano, publicado vinte e um anos depois da Lei N° 8.080, regula a estrutura organizativa do SUS e se apresenta com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa, de fato, conhecer, em detalhes, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, em suas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Assim, é neste cenário de mudanças estruturais e em sintonia com essa nova forma de organização do SUS, entre outras, com ênfase na APS enquanto ordenadora do cuidado e da

rede de atenção à saúde dos usuários do sistema, que se apresenta o desafio de se consolidar o cuidado direcionado aos trabalhadores.

Embora tenha tido avanços legais e também em termos técnicos, sabe-se que a Saúde do Trabalhador não está totalmente incorporada ao SUS, nem tampouco, nas práticas da APS, necessitando-se construir ações interinstitucionais e intersetoriais nessa área, ampliando sua atuação e definindo diretrizes para, assim, integrar-se concretamente aos princípios do SUS, tais qual estabelecido na Portaria do MS, nº 4.279, de 2010 (BRASIL, 2010).

2.1 Situações-problemas identificadas no município

Historicamente existem deficiências acumuladas no cuidado à saúde dos trabalhadores pelo SUS, traduzido, muitas vezes, por práticas marginalizadas, assistemáticas e não legitimadas como política pública.

Nas quatro UBS de Felixlândia/MG, esta realidade não é diferente e os DS realizados pelas equipes evidenciaram essas deficiências e apontaram a necessidade de se organizar a atenção à saúde dos trabalhadores, incluindo a definição das ações prioritárias a serem desenvolvidas, no campo da promoção, vigilância e assistência da saúde, as quais ainda não são praticadas.

Por ser uma população eminentemente urbana, a maioria dos indivíduos no município exerce suas atividades profissionais extradomiciliares e no setor terciário da economia predominando as áreas do comércio e prestação de serviços. É considerável o número de domésticas, pessoas com trabalhos informais e desempregados (FELIXLÂNDIA, 2010).

Grande parte encontra-se exposta aos riscos habituais que envolvem os acidentes de trabalho e vulnerável às doenças relacionadas ao trabalho mais comuns, além de não ser contemplada com as ações de vigilância ou de assistência em saúde na sua integralidade, não englobando a população trabalhadora em suas diferentes dimensões (biológica e psicossocial). Isso, somado a um contexto em que o acesso ao direito à saúde do trabalhador como forma de proteção social é negligenciado, seja por ausência de condições adequadas de trabalho, não formalização das relações de trabalho ou a não garantia de acesso aos serviços de saúde básicos na região.

Assim, o DS realizado pela equipe de Saúde da Família (ESF) da UBS Luz possibilitou a identificação de diversos problemas relacionados à atenção a ST, os quais podem ser compartilhados pelas outras UBS do município. Para facilitar a compreensão das situações-problemas, estas foram divididas considerando três atores principais: Usuários Trabalhadores, Equipes de Saúde da Família e Gestão Pública.

As principais demandas dos **Usuários Trabalhadores** e situações-problemas relacionadas a esse grupo foram:

- ❖ Alta incidência de acidentes de trabalho típicos e de lesões por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) em trabalhadores da zona urbana e rural;
- ❖ As condições de trabalho levando ao adoecimento físico e mental de importante parcela da classe trabalhadora;
- ❖ Falta de informação dos trabalhadores sobre os riscos ocupacionais aos quais estão expostos;
- ❖ Aumento do trabalho informal e domiciliar.

As situações problemas identificadas pelas **Equipes de Saúde da Família** no que se refere à atenção integral aos usuários trabalhadores pela APS podem ser sintetizadas nas seguintes:

- ❖ Despreparo técnico do profissional de saúde para estabelecer a relação do agravo/doença com o processo produtivo;
- ❖ Ausência de diretrizes para acolhimento e continuidade da atenção integral prestada ao trabalhador que procura a UBS;
- ❖ Persistência do modelo de assistência centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas;

Por fim, os problemas identificados no âmbito da **Gestão Pública**:

- ❖ Falta de informações referentes à saúde dos trabalhadores, com bancos de dados dispersos e sem fluxo definido, dificultando a análise e o planejamento das ações;
- ❖ Subnotificação ou ausência de busca ativa de dados referentes às doenças ou agravos que mais acometem os trabalhadores;
- ❖ Financiamento público insuficiente que desconsidera a realidade local;

- ❖ Inércia da Gestão Pública para a resolução dos problemas apresentados;

Assim, diante das questões-problemas identificadas e compreendendo o papel que a APS ocupa na garantia do cuidado integral aos trabalhadores, justifica-se a necessidade de realização deste estudo, que deverá contribuir para que as equipes de saúde incorporem em sua prática diária o reconhecimento dos trabalhadores, enquanto sujeitos de um adoecimento específico e que necessitam de ações e estratégias, também específicas, ao nível local de saúde.

Com isso, as equipes se viram na necessidade de implantar e implementar os princípios do SUS que se julgam necessários para a organização da rede de atenção à saúde e execução das ações relacionadas em Saúde do Trabalhador.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- ❖ Realizar revisão bibliográfica integrativa sobre o tema “*Saúde do Trabalhador na Atenção Básica*” como subsídio teórico e prático para a resolução das questões-problemas em Saúde do Trabalhador, identificadas no Diagnóstico Situacional Local da Unidade Básica de Saúde Luz, do Município de Felixlândia/MG.

3.2. Objetivos Específicos

- ❖ Identificar estratégias para a resolução das situações-problemas em Saúde do Trabalhador elucidadas no Diagnóstico Situacional.
- ❖ Contribuir para a organização das ações de Saúde do Trabalhador na rotina diária de trabalho das equipes, viabilizando, assim, a implementação da rede e o fortalecimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores.

4. METODOLOGIA

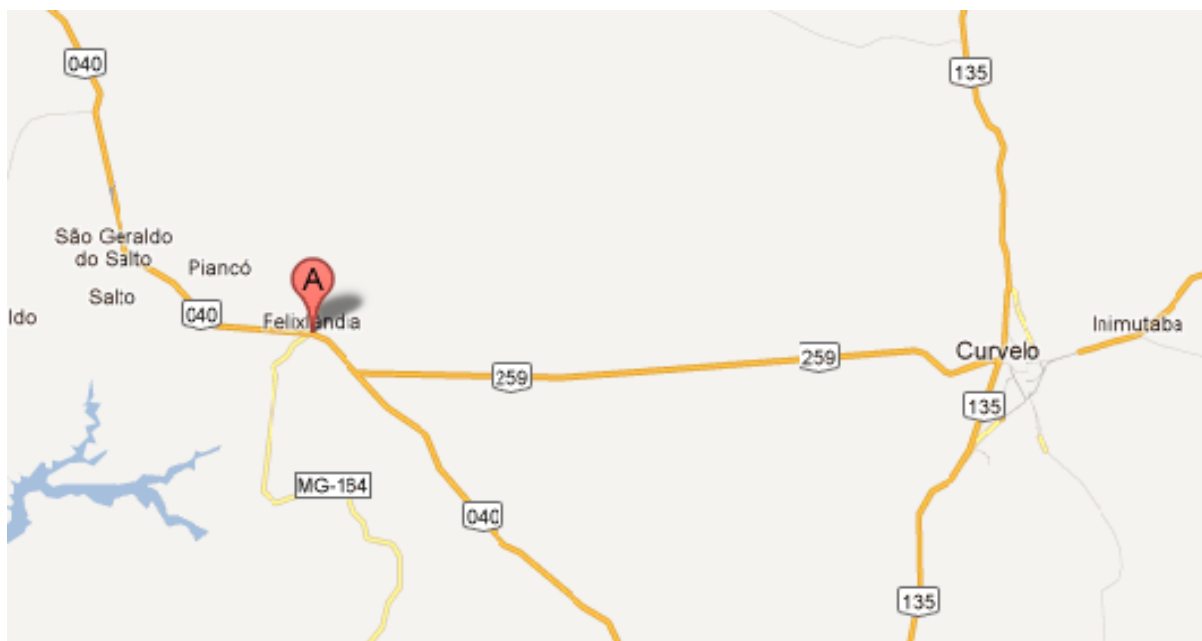
4.1. Caracterização do local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Felixlândia/MG, situado na região central do estado e localizado à aproximadamente 190 quilômetros da capital, Belo Horizonte. É cortado por um pequeno trecho da rodovia BR-040 e banhado pelas águas da represa de Três Marias/MG (WIKIPÉDIA, 2012).

Figura 1. Localização de Felixlândia/MG no Estado de Minas Gerais



Fonte: Wikipédia, 2012.

Figura 2. Localização de Felixlândia/MG na microrregião de Curvelo/MG

Fonte: Google Maps, 2012.

Possui uma população estimada de 14.121 pessoas, com 10.922 residentes na zona urbana e 3.199 residentes na zona rural. Do total, 9.254 integram a PEA, equivalendo a um percentual de 65,5% do total (IBGE, 2010).

O nome do município é uma homenagem ao padre Felix Ferreira da Rocha. Devoto de Nossa Senhora da Piedade, ele doou parte das terras de sua sesmaria para a construção de uma capela para a padroeira. Com a construção da capela, formou-se o Arraial do Bagre. Em 1842, foi criado o distrito de Piedade do Bagre que, após sua emancipação em 1948, recebeu o nome de Felixlândia (WIKIPÉDIA, 2012).

Atualmente o município conta com treze bairros, dois distritos e vinte comunidades rurais. Apresenta vocação agrária, onde mais da metade da população desenvolve atividades de agricultura, sendo as monoculturas de cana-de-açúcar e eucalipto predominantes. (FELIXLÂNDIA, 2010).

A pecuária é outra atividade do setor primário que concorre sensivelmente para o processo produtivo da economia regional, principalmente nas áreas vinculadas à bovinocultura de corte e de leite, à avicultura e à suinocultura. Essas atividades apresentam rudimentares instalações de abate, como também pequenos abatedores tradicionais. Quanto ao pessoal empregado, a

participação na pecuária é pequena quando se comparada à atividade agrícola (IBGE, 2006). Outros pontos fortes da economia são a extração de pedra ardósia e a produção artesanal de cachaça (FELIXLÂNDIA, 2010).

Uma das maiores fontes empregadoras da cidade é a Prefeitura Municipal com funcionários nas áreas administrativas, da saúde, educação, assistência social, transporte, serviços gerais entre outros (FELIXLÂNDIA, 2010).

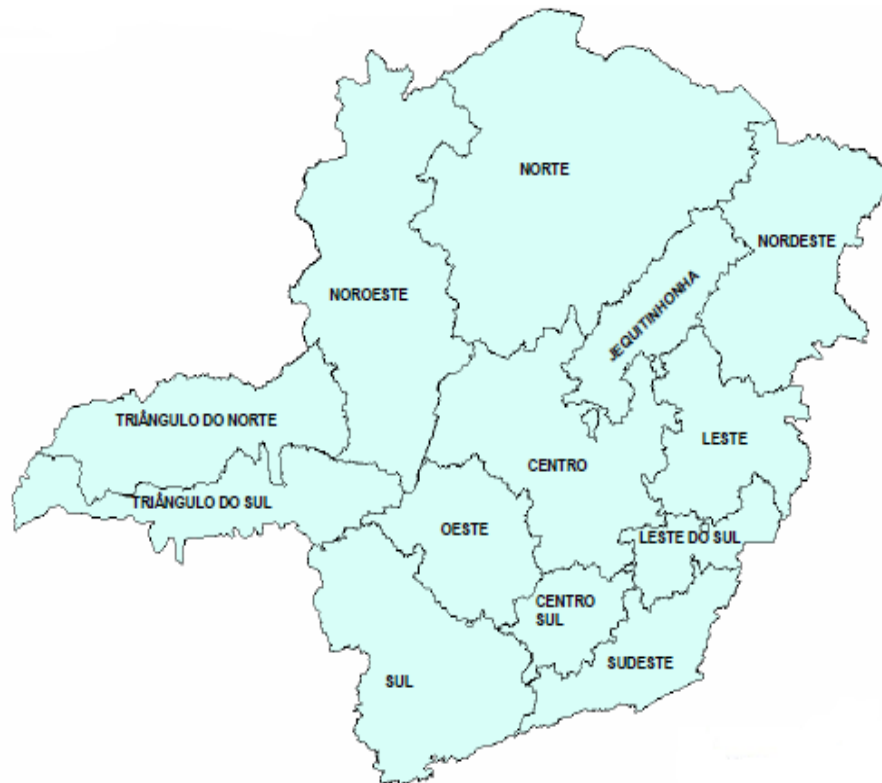
Com relação à população de trabalhadores rurais, no que diz respeito aos riscos e perigos a que estão expostos, destaca-se os acidentes biológicos e físicos, como, por exemplo, quedas que originam traumatismos e fraturas, lesões ou ferimentos causados por instrumentos de trabalho contundentes ou cortantes, antiergonômicos decorrentes do carregamento de peso e da adoção de postura corporal inadequada. Também são comuns as lesões devido a mudanças de temperatura ou a manipulação de substâncias químicas como os agrotóxicos, além dos acidentes por picada ou mordida de animais (FELIXLÂNDIA, 2010).

Nos trabalhadores urbanos, em sua maioria do funcionalismo público e comércio, evidenciam-se os acidentes físicos e doenças psicossociais em decorrência da necessidade de cumprir ordens e escala de trabalho e enfrentamento rotineiro de situações estressantes. Traumatismos leves ou lesões osteomusculares por esforços repetitivos também são muito comuns (FELIXLÂNDIA, 2010).

4.2. O Sistema Único de Saúde Municipal

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG 2011) da saúde de Minas Gerais, na adscrição dos municípios por região, Felixlândia/MG pertence à macrorregião Centro e à microrregião de Curvelo/MG (SES, 2011).

Figura 3. Divisão assistencial por macrorregião



Fonte: SES/MG, 2011.

A macrorregião Centro, com 12 municípios, engloba: **Belo Horizonte, Betim, Caeté, Contagem, Curvelo, Guanhães, Itabira, João Monlevade, Nova Lima, Ouro Preto, Sete Lagoas e Vespasiano**, sendo a maior do estado em termos populacionais (SES/MG, 2011).

Figura 4. Macrorregião Centro

Fonte: SES/MG, 2011.

A microrregião de Curvelo/MG é composta por 11 municípios, onde Felixlândia/MG é considerado o quarto maior em termos populacionais e o quinto maior em extensão territorial (SES/MG, 2011).

Figura 5. Microrregião de Curvelo/MG

Fonte: SES/MG, 2011.

A rede ambulatorial básica de saúde de Felixlândia/MG foi iniciada em 1998, com a implantação da primeira ESF urbana no município (ESF Vida). Logo após, no ano de 2000, foram criados outra equipe urbana (ESF Luz) e um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que atendia toda a zona rural e que posteriormente foi transformado em PSF (ESF São José do Buriti). Por último, em 2005, foi inaugurada a quarta equipe (ESF Esperança), cobrindo, assim, toda a população urbana do município (FELIXLÂNDIA, 2010).

Portanto, o município conta, atualmente, com quatro equipes de (ESF), distribuídas em quatro unidades básicas, com 4.350 famílias cadastradas e com cobertura de aproximadamente 52,5% da população total (SIAB, 2011). A UBS Luz, especificamente, é responsável por cerca de 1.058 famílias, totalizando 3.348 habitantes, sendo 52% da população composta por mulheres (SIAB, 2011).

A PEA adscrita à Unidade corresponde a 2.783 indivíduos (83% da população total), sendo também majoritariamente do sexo feminino em 54%. O nível de escolaridade é elevado, com

aproximadamente 99% dos indivíduos com 15 anos ou mais alfabetizados e das crianças de 7 a 14 anos, 80,62% estão matriculados nas escolas (SIAB, 2011).

Duas UBS (Luz e São José do Buriti) contam com equipe de saúde bucal (ESB) que realizam ações individuais e, prioritariamente, assistencialistas. O CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), inaugurado em 2011 para acompanhamento dos usuários com distúrbios mentais e o Hospital Municipal que funciona basicamente para o atendimento dos casos de urgência e emergência não acolhidos nas 04 UBS completam a estruturação da rede de atenção do município (FELIXLÂNDIA, 2010).

A Superintendência Regional de Saúde (SRS), juntamente com o CEREST da microrregião respondem por 35 municípios e tem sede na cidade de Sete Lagoas/MG. O município pólo de referência para os procedimentos de média e alta complexidade como terapia renal substitutiva, hemoterapia, atendimentos de urgência e emergência graves, maternidade e realização de exames complexos como tomografia computadorizada é Curvelo/MG, distante aproximadamente cinquenta quilômetros de Felixlândia/MG (FELIXLÂNDIA, 2010).

4.3. Método

Para alcançar os objetivos deste estudo foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa, levando-se em consideração as seis fases distintas comumente encontradas neste tipo de estudo: 1) Identificação do problema; 2) Definição da base de dados e descritores; 3) Busca na literatura e coleta de dados; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) Apresentação dos resultados e 6) Discussão da revisão integrativa (SOUZA; SILVA e CARVALHO, 2010).

Optou-se pela revisão integrativa da literatura por esta reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (POLIT *et al.*, 2006 *apud* MENDES; SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

4.3.1. Identificação do problema e definição das bases de dados e descritores

O objeto de pesquisa é a atenção à saúde do trabalhador no âmbito da APS e o problema identificado consistiu na ausência de planejamento e sistematização das ações direcionadas ao usuário trabalhador pela equipe de Saúde da Família da UBS Luz.

Foi realizado um levantamento dos artigos indexados eletronicamente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), acessada por meio do *site*: *www.bireme.br*, tendo como bases de dados a Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a busca inicial dos artigos foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas possíveis combinações: *Saúde do Trabalhador*, *Atenção Básica*, *Atenção Primária e Saúde da Família*.

Os **Critérios de Inclusão** definidos para a seleção dos trabalhos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária e artigos publicados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos, ou seja, de janeiro de 2002 a dezembro de 2011.

Como **Critérios de Exclusão** optou-se por não utilizar artigos que não relacionassem os temas “Saúde do Trabalhador”, “Atenção Básica” e seus termos análogos, além de artigos que não estivessem disponíveis eletronicamente na íntegra.

4.3.2. Busca na literatura e obtenção de dados

A **População** foi constituída pelo total dos trabalhos científicos relacionados à Saúde do Trabalhador e à Atenção Básica adquiridos na literatura indexada aos bancos de dados referidos.

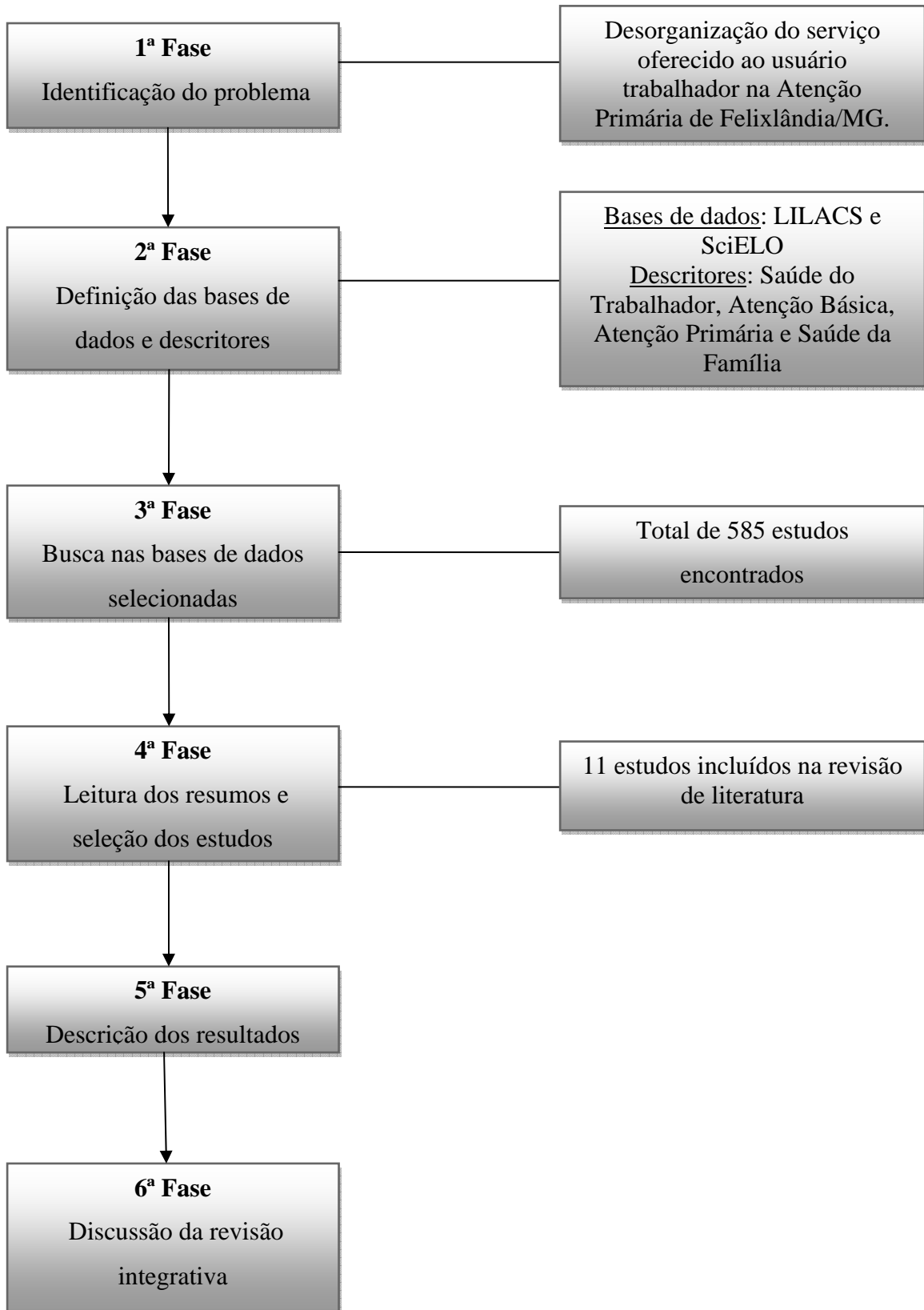
A **Amostra** foi constituída pelos trabalhos selecionados por meio da leitura e análise dos mesmos tendo em vista o preenchimento dos critérios de inclusão e/ou exclusão.

Para a seleção da amostra, observou-se o objetivo proposto e foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos e resumos dos trabalhos encontrados. Após análise destes, os trabalhos que preenchiam os critérios de inclusão foram obtidos na íntegra para uma avaliação do texto

completo e nova verificação da pertinência ou não do artigo no escopo da revisão. Posteriormente, os dados foram tratados por meio de abordagem metodológica qualitativa.

Abaixo, de forma esquemática, o fluxograma apresenta as fases do processo de elaboração da revisão integrativa e mostra os passos da coleta, análise, apresentação e discussão da literatura técnico-científica realizada.

Figura 6. Representação esquemática do desenvolvimento da revisão integrativa



5. RESULTADOS

Inicialmente a população foi constituída de 585 títulos que, após seleção dos trabalhos pertinentes e exclusão dos trabalhos repetidos, chegou-se a uma amostra final de onze estudos, selecionados de acordo com o método descrito anteriormente.

Tabela 1. População e amostra das bases de dados pesquisadas

Base de dados	População	Amostra
LILACS	535 PUBLICAÇÕES	09 PUBLICAÇÕES
SciELO	50 PUBLICAÇÕES	02 PUBLICAÇÕES
TOTAL	585 PUBLICAÇÕES	11 PUBLICAÇÕES

Para melhor compreensão dos trabalhos selecionados, estes foram organizados em uma tabela para análise em ordem decrescente do ano de publicação e contendo as seguintes variáveis: **título; autor principal; ano de publicação; tipo de publicação; abordagem metodológica e variável de interesse.**

A tabela 2 sintetiza as informações sobre os onze estudos selecionados.

Tabela 2. Síntese dos trabalhos científicos selecionados

Nº	Título	Autor principal	Ano de publicação	Tipo de publicação	Abordagem metodológica	Variável de interesse
01	<i>Território e territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde</i>	SANTOS, A.L. e RIGOTTO, R. M.	2011	Artigo Científico	Qualitativa	Reflete sobre os conceitos de territorialização e de incorporação das questões de saúde ambiental e do trabalhador na Atenção Primária à Saúde da forma como se apresentam no território
02	<i>Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal</i>	DIAS, M.D. do A.; BERTOLINI, G. C. dos S. e PIMENTA, A. L.	2011	Artigo Científico	Qualitativa	Relato da experiência de implantação de ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de AB no município de Amparo/SP

Nº	Título	Autor principal	Ano de publicação	Tipo de publicação	Abordagem metodológica	Variável de interesse
03	<i>Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafio</i>	DIAS, E.C. <i>et al.</i>	2009	Artigo Científico	Qualitativa	Descreve as ações esperadas do SUS para as áreas de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental, com destaque para o papel da APS na incorporação das relações de produção, trabalho e ambiente na determinação do processo saúde-doença da população
04	<i>Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador</i>	SILVA, T. L. e	2009	Tese	Qualitativa	Caracteriza o perfil de competência requerido aos ACS para o desenvolvimento de ações em Saúde do Trabalhador
05	<i>Vigilância em saúde dos trabalhadores: potencialidades da matriz FPEEEA</i>	QUINTINO, N. D.	2009	Tese	Qualitativa	Cria indicadores e coloca a APS como norteadora das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador
06	<i>A saúde das populações do campo: das políticas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)</i>	CARNEIRO, F. F. <i>et al.</i>	2007	Artigo Científico	Qualitativa	Caracteriza as políticas oficiais de saúde para a população do campo, analisando o contexto histórico na tentativa de se criar ações de saúde para o trabalhador rural
07	<i>Notificação de acidentes de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina, Paraná,</i>	NUNES, E. de F. P.de A. <i>et al.</i>	2006	Artigo Científico	Quantitativa	Apresenta a experiência de implantação de uma ficha específica para notificação de agravos relacionados ao trabalho na rede de atenção básica de Londrina/PR

Nº	Título	Autor principal	Ano de publicação	Tipo de publicação	Abordagem metodológica	Variável de interesse
08	<i>O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST</i>	DIAS, E. C. e HOEFEL, M. da G.	2005	Artigo Científico	Qualitativa	Descreve os aspectos organizacionais e operacionais do RENAST, identificando seus avanços, dificuldades e perspectivas
09	<i>O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil</i>	CORDEIRO, R. et al.	2005	Artigo Científico	Qualitativa	Apresenta a experiência de construção do Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho na cidade de Piracicaba/SP
10	<i>Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica, n. 05</i>	Ministério da Saúde	2002	Material de Apoio	Qualitativa	Material de apoio para capacitação de profissionais da APS no que se refere às ações de ST na AB
11	<i>Saúde do trabalhador: módulo instrucional de capacitação da rede básica de saúde do SUS em saúde do trabalhador</i>	Ministério da Saúde	2002	Material de Apoio	Qualitativa	Material de apoio para educação continuada em ST de profissionais da APS

Como pode ser observado na tabela 02, a revisão da literatura técnico-científica evidenciou que existe pouco material publicado sobre o assunto Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, nas bases de dados pesquisadas.

A LILACS foi a que apresentou o maior número de artigos relacionados aos DeCS utilizados com 535 publicações encontradas, ao passo que a base SciELO apresentou somente 50 publicações. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 31 estudos considerados relevantes para a temática, os quais, após serem analisados na íntegra e realizada a exclusão de vinte artigos repetidos, resultaram na amostra final de 11 trabalhos.

Observa-se que o tema Saúde do Trabalhador na AB não está restrito aos estudos da área médica, sendo incorporado por outras áreas das Ciências da Saúde como objeto de interesse e pesquisa. Isso fica demonstrado pela diversidade de profissões as quais pertencem os autores dos trabalhos selecionados, englobando não somente a área da Medicina, mas também da Biologia, Enfermagem e Fisioterapia.

Quanto ao ano de publicação, a maioria dos trabalhos foi publicada nos últimos cinco anos, sendo três publicados no ano de 2009, dois publicados nos anos de 2002, 2005 e 2011 e um publicado nos anos de 2006 e 2007. Esse aumento das publicações no último quinquênio reflete a maior incorporação das ações de Saúde do Trabalhador no modelo de organização do SUS, principalmente após a divulgação do Pacto pela Saúde em 2006, e reafirma a importância crescente da área no mundo contemporâneo.

Dos onze estudos incluídos na pesquisa, sete (64%) englobam artigos científicos, dois (18%) são dissertações de mestrado e outros dois (18%) representam material de apoio à capacitação de profissionais do SUS elaborados pelo Ministério da Saúde.

A análise da abordagem metodológica mostra que a quase totalidade dos trabalhos foi de caráter qualitativo, sendo que somente uma publicação apresentou análise quantitativa dos dados durante o desenvolvimento do estudo.

6. DISCUSSÃO

Desde a sua institucionalização pela Constituição Federal e regulamentação pela LOS em 1990, muito se tem discutido a respeito da efetiva implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Os debates acadêmicos, nas instâncias de controle social ou entre técnicos mostram, de forma inequívoca, que o primeiro passo está na inserção dessas ações na Atenção Básica à Saúde e na Estratégia de Saúde da Família, estes considerados os pontos-chave do sistema por meio do qual o SUS se encontra com o cotidiano de vida, saúde e doença dos cidadãos (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Entretanto, apesar do conjunto de esforços, por vezes articulados, das diversas estratégias de ação e distintas formas de organização institucional adotadas pelas três esferas de gestão pública, ainda são muitas as dificuldades para a efetiva incorporação das relações de produção-trabalho e saúde-ambiente nesse nível de organização do SUS e para a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Assim, a presente revisão integrativa objetivou buscar as evidências científicas disponíveis sobre o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador a serem incorporadas na rotina de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde do município de Felixlândia/MG, para a melhoria do cuidado prestado ao usuário trabalhador.

Com a realização do Diagnóstico Situacional na UBS Luz, foi possível identificar diversos “nós-críticos” ou “questões-problemas” que necessitam ser abordados de forma pragmática para a efetiva resolução das demandas existentes.

Didaticamente, para a discussão, essas questões foram organizadas levando-se em consideração os três principais atores envolvidos nesta situação: 1) **Usuários trabalhadores;** 2) **Equipe de Saúde da Família;** e 3) **Gestão Pública.**

1) **Questões apresentadas pelos Usuários trabalhadores**

Inicialmente, a população trabalhadora residente na área de abrangência da UBS apresentou como demandas para a equipe **o manejo dos acidentes de trabalho e das doenças relacionadas ao trabalho, com ênfase na LER/DORT.**

O acidente de trabalho é um evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente, a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde os fatores que mais contribuem para a ocorrência do acidente de trabalho são: espaço de trabalho com estrutura física inadequada, falta de proteção em máquinas perigosas, ferramentas defeituosas, possibilidade de incêndio e explosão, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, pressão do empregador por produtividade, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimento, extensa jornada de trabalho com frequentes realizações de hora-extra, pausa inexistente e presença de substâncias tóxicas (BRASIL, 2002).

Embora a equipe da UBS Luz ainda não tenha um diagnóstico preciso sobre os atendimentos específicos de acidentados no trabalho, pode-se dizer que os agravos mais comumente encontrados são os ferimentos corto-contusos leves e as contusões, em geral, secundários a quedas, traumatismos com ferramentas ou máquinas e impacto de objetos. Observa-se também que os acidentes de trabalho geralmente envolvem adultos do sexo masculino e que, em sua grande maioria, estão inseridos no setor informal da economia.

Inicialmente estes usuários são atendidos pelo médico generalista da ESF que após o exame clínico realiza as condutas pertinentes. Os casos que chegam à UBS e são considerados graves ou que necessitam de avaliação especializada de urgência são imediatamente referenciados para o Hospital Municipal onde as medidas iniciais e os encaminhamentos necessários são providenciados.

O funcionamento desse sistema é precário e não há garantia de continuidade da assistência. A referência é feita na guia de interconsulta da unidade básica e não há contra-referência de consultas ou internações, mas apenas de exames diagnósticos quando solicitados. Os pacientes são reencaminhados para a APS, mas sem a contra-referência formal para o acompanhamento periódico com a equipe da UBS.

No que se refere ao atendimento de rotina de pacientes com LER/DORT, a equipe de saúde percebe que este engloba, prioritariamente, os portadores de tendinites, artralguas e lombalgias. Geralmente o tratamento é realizado de forma ambulatorial pela própria equipe e em alguns casos os pacientes são encaminhados para atendimento especializado nos serviços de referência pactuados.

Os distúrbios conhecidos como LER/DORT são, por definição, um fenômeno relacionado ao trabalho (KUORINKA e FORCIER, 1995 *apud* BRASIL, 2012). São danos decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético e da falta de tempo para recuperação. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Abrangem quadros clínicos do sistema musculoesquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho (BRASIL, 2012).

A alta prevalência de LER/DORT no mundo moderno tem sido explicada por transformações do trabalho e das empresas cuja organização tem se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando suas necessidades, particularmente de qualidade dos produtos e serviços e aumento da competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais. Exige-se a adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, pautadas por intensificação do trabalho, aumento real das jornadas e prescrição rígida de procedimentos, impossibilitando manifestações de criatividade e flexibilidade (BRASIL, 2012).

Na UBS nota-se que as informações referentes aos atendimentos de trabalhadores portadores de LER/DORT e também dos que sofreram algum acidente de trabalho são escassas e inconsistentes, pois, geralmente, não ocorre o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para os trabalhadores celetistas e a ficha de notificação compulsória do SINAN para os agravos relacionados ao trabalho é utilizada somente para os casos graves de acidentes de trabalho.

Conforme o manual do SIAB, o número total de atendimentos específicos para acidente de trabalho é uma variável de produção da equipe de Saúde da APS e deve ser consolidado a partir da ficha D. Entretanto, segundo orientações do próprio manual, somente deve ser

computado o atendimento em que for preenchido o antigo Laudo do Exame Médico (LEM) constante do verso da Comunicação de Acidente do Trabalho. É importante destacar que a nomenclatura *Laudo do Exame Médico* em campo da CAT foi substituída nos novos impressos, pela expressão *Atestado Médico*. Ainda de acordo com as orientações do Manual do SIAB, os demais atendimentos aos acidentados do trabalho (consultas médicas sem preenchimento do Atestado Médico, retirada de pontos, curativos, etc.) devem ser registrados baseados no procedimento realizado, nos campos correspondentes (BRASIL, 2000).

Provavelmente, essas questões decorrem de diversos fatores, tais como o desconhecimento ou, até mesmo, o esquecimento do profissional de saúde sobre a necessidade do preenchimento dos laudos, relatórios correspondentes e fichas de notificação do SINAN; a dificuldade em relacionar o agravo com o trabalho realizado pelo usuário, entre outros. Além disso, geralmente atribui-se à empresa, e a seu respectivo médico do trabalho, a obrigação da emissão e preenchimento da CAT. Outro fator importante é a restrição das notificações somente aos eventos para os quais a CAT é emitida, contrariando o princípio da universalidade do SUS. A ficha do SINAN é um instrumento do SUS e não deve ser confundida com a CAT.

A equipe de Saúde da Família deve ser capaz de identificar o usuário trabalhador e relacionar suas queixas com o trabalho que desenvolvem. O conhecimento da ocupação e também das atividades produtivas desenvolvidas no território são importantes para que se possa identificar fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores, permitindo assim, o planejamento de ações futuras (DIAS *et al.*, 2009). Nesta mesma linha, Silva (2009) ressalta a importância da territorialização como uma ferramenta essencial para viabilizar esse tipo de ação.

A capacitação ou educação permanente das equipes de saúde é apontada por muitos autores como sendo essencial para que os profissionais reconheçam o usuário enquanto trabalhador e para a ampliação da capacidade de analisar, em suas práticas diárias, o papel que o trabalho ocupa no adoecimento das pessoas (CORDEIRO *et al.*, 2005; DIAS *et al.*, 2009 e SILVA, 2009). Silva (2009), alerta também para a importância da identificação e monitoramento das pessoas potencialmente expostas às situações de risco mais prevalentes no território.

O objetivo dos profissionais de saúde na abordagem de pacientes vítimas de acidentes de trabalho ou com doenças relacionadas ao trabalho não deve se restringir somente ao

acolhimento qualificado e humanizado, mas, também, deve estar voltado à postura de se manter uma atitude ativa frente às possibilidades de prevenção que cada caso pode oferecer (BRASIL, 2012).

Desse modo, ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de suas causas e à execução de medidas preventivas também se tornam necessárias e são fundamentais para a abordagem integral do trabalhador (CORDEIRO *et al.*, 2005; DIAS e HOEFEL, 2005 e DIAS *et al.*, 2009). E para isso a participação dos trabalhadores é considerada essencial, identificando os fatores de risco presentes no trabalho e as repercussões destes sobre o processo saúde-doença. Também é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença (DIAS *et al.*, 2009).

Um dos aspectos amplamente encontrado na maioria dos estudos realizados é a inexistência de sistemas de informação (SI) que nos permitam estimar e acompanhar o real impacto do trabalho sobre a saúde da população brasileira (BRASIL, 2007).

Diversos trabalhos destacam a inexistência ou precariedade de SI destinados à captação dos acidentes do trabalho ocorridos fora da população previdenciária coberta pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT). Outros revelam existência de sub-registro dessas ocorrências, até mesmo na população coberta pelo SAT (BRASIL, 2006).

Aspecto também demonstrado diz respeito à existência de evidências de grande quantidade de casos de não-diagnóstico e/ou não-registro de acidentes que resultam em consequências consideradas menos graves para a saúde das vítimas. O mesmo se dá, provavelmente em proporções ainda maiores, com os casos de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2006).

De acordo com informações obtidas pelo *site* do DATA-SUS, no período de setembro de 2011 a fevereiro 2012, não foi registrado na ficha D, nenhum atendimento específico para acidente de trabalho, pelas equipes da APS do município de Felixlândia/MG.

Essas questões também foram percebidas no diagnóstico situacional realizado e contemplam principalmente **a falta de informações referentes à saúde dos trabalhadores**, além da

subnotificação dos casos e a ausência de busca ativa de dados referentes às doenças ou agravos que mais acometem os trabalhadores do território.

Cordeiro *et al.*, (2005) e Dias *et al.*, (2009), orientam que para a resolução desses problemas, por exemplo, deve-se criar um banco de dados sistematizados no intuito de orientar a organização dos serviços prestados aos trabalhadores como um todo. Nesta direção, é importante destacar que a estruturação da rede integrada de informações em saúde do trabalhador é uma das diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), publicada recentemente em Decreto Presidencial nº 7.602/2011 (BRASIL, 2011).

Para Dias *et al.* (2009) e Quintino (2009) outra questão relevante sobre o tema da “informação em saúde do trabalhador” é a importância da notificação obrigatória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, que sistematizadas, podem ser utilizadas para o planejamento das ações de saúde. Entretanto, para que haja informações fidedignas sobre a saúde dos trabalhadores e a incorporação efetiva das notificações dos agravos ao SINAN faz-se necessária a qualificação dos profissionais e a consolidação do sistema de informação (CORDEIRO *et al.*, 2005 e NUNES *et al.*, 2006).

Questão importante nessas situações, e ainda pouco estudada, são os prejuízos econômicos e sociais envolvendo os acidentes de trabalho em geral, como, por exemplo, seus impactos na vida familiar das vítimas. Também são pouco estudadas as sequelas crônicas e de instalação tardia de acidentes adequadamente reconhecidos como do trabalho e aquelas que só tardiamente são identificadas como relacionadas aos acidentes inicialmente não registrados como do trabalho (BRASIL, 2006).

As condições de trabalho levando ao adoecimento físico e mental da classe trabalhadora é outra situação presente no dia-a-dia do serviço e que acarreta importante morbidade à população adscrita à UBS Luz.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que as doenças relacionadas ao trabalho são consideradas multifatoriais, pois incluem fatores de ordem física, organizacional, psicossocial, individual e sociocultural (PINHEIRO; TRÓCCOLI; PAZ, 2002, *apud* FRAGELLI; GÜNTHER, 2009).

A relação entre trabalho e adoecimento físico é reconhecida, há muito tempo, no âmbito científico. Todavia, a percepção de que o trabalho pode gerar formas mais sutis, mas não menos graves, de sofrimento e adoecimento mental, ainda é um processo recente. A ausência de sintomas específicos faz com que a busca por cuidados aconteça após longo período de evolução. Isto porque o adoecimento só é valorizado e reconhecido quando vem na forma de doença, referendada por atestado médico em detrimento do “mal-estar psíquico” que, por não receber validação formal, é motivo de ocultação e medo (DEJOURS, 1994 *apud* SOUZA, 2009).

A natureza do fator psicossocial é complexa envolvendo questões relativas ao indivíduo (personalidade), ao ambiente de trabalho (demandas e controle sobre a tarefa) e ao ambiente social (fatores culturais) (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

Entre os fatores psicossociais mais relacionados ao trabalho, estão: a falta de controle e de autonomia no trabalho, o trabalho monótono, a hostilidade por parte dos patrões, a falta de apoio social de colegas, a insatisfação no trabalho, o tipo de personalidade, a alta concentração nas tarefas, o tabagismo, as atitudes com relação à própria saúde, os distúrbios psicológicos, entre outros (PINHEIRO; TRÓCCOLI; PAZ, 2002 *apud* MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009). As exposições a todos esses fatores associadas às condições impróprias de trabalho, conduzem o trabalhador a situações de estresse e de adoecimento físico e/ou psíquico.

Diariamente, diversos pacientes procuram atendimento na UBS que, quando relacionados, no âmbito do adoecimento físico, destacam-se em acidentes de trabalho em todas suas formas já discutidas anteriormente e, no âmbito psíquico, em transtornos de ansiedade e humor associados a sintomas somáticos como: dores difusas, insônia e cansaço crônico.

Para os usuários que procuram a unidade, observa-se que o trabalho é muitas vezes, fonte de stress e angústia para muitos deles. Geralmente está associado à coletividade e ao trabalho fortemente normatizado, fragmentado, com divisão de tarefas e rotatividade frequente de pessoal, já que grande parte dos trabalhadores cadastrados na UBS pertence ao funcionalismo público e à prestação de serviços. Outros compõem o setor informal da economia, alguns com o regime de trabalho familiar e até mesmo domiciliar; com baixo nível sócio-educacional; baixos rendimentos e excessivas cargas de trabalho.

A informalidade é um fenômeno inerente ao sistema capitalista, sendo sua conceituação complexa, uma vez que envolve várias situações (NEVES; PEDROSA, 2007). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) considera trabalhadores informais aqueles que exercem atividades econômicas à margem das leis sociais e trabalhistas ou atividades sem relações contratuais, cuja produção geralmente acontece em pequena escala com pouca diferenciação entre capital e trabalho (KREIN; PRONI, 2010).

Para a OIT, o avanço da informalidade no Brasil está associado, entre outros fatores, às transformações ocorridas no capitalismo contemporâneo, principalmente da década de 90, que promoveram um processo de reorganização econômica combinada com uma mudança no papel do Estado e das instituições públicas e, conseqüentemente, uma flexibilização e terceirização das relações de trabalho (KREIN; PRONI, 2010).

No que diz respeito à posição na ocupação, a PNAD 2009 mostrou que, no Brasil, mais da metade da população ocupada (58,6%) era empregada; os trabalhadores domésticos representavam 7,8%; aqueles que trabalhavam por conta própria, 20,5%; e os empregadores, 4,3%. Os demais 8,8% dos ocupados estavam assim distribuídos no mercado de trabalho: trabalhadores não remunerados (4,6%); trabalhadores na produção para o próprio consumo (4,1%); e trabalhadores na construção para próprio uso (0,1%).

A participação do setor informal na atividade econômica vem mostrando uma tendência crescente em muitos países e podemos observar que a fatia de inserção nesse mercado informal tem atingido ambos os sexos e todas as faixas etárias, porém com algumas especificidades no caso das mulheres, como sua maior inserção em alguns trabalhos precarizados, como é o caso do trabalho a domicílio (LAVINAS; SORJ, 2000). Esse, de forma genérica, pode ser conceituado como a atividade remunerada exercida no espaço de moradia de quem o realiza. Assume as formas assalariadas ou por conta própria, podendo o trabalhador realizar todo o processo produtivo ou apenas uma de suas etapas (NEVES; PEDROSA, 2007).

Assim, o mundo do trabalho contemporâneo tem sido marcado, entre outras questões, pela precarização e ampliação do trabalho informal e domiciliado. Na maioria dos casos esses trabalhadores não são cobertos pela Previdência Social e o cuidado à saúde desses e de suas

famílias fica, exclusivamente, sob a responsabilidade das equipes da Atenção Básica, no âmbito do SUS (DIAS; LACERDA E SILVA; ALMEIDA, 2012).

No território da UBS é considerável a **presença do trabalho informal**, em suas diversas modalidades, incluindo também o **trabalho domiciliar** e sua conseqüente exposição de familiares aos riscos que ele oferece (FELIXLÂNDIA, 2010).

As principais atividades desenvolvidas envolvem pessoas que trabalham por conta própria e não contribuem para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Contemplam principalmente pessoas que vivem de “bicos”, diaristas e trabalhadores braçais. No domicílio, geralmente envolvem atividades de comércio e prestação de serviços. A maioria também são mulheres, com baixo nível de escolaridade e, muitas vezes, responsáveis pelo sustento da família.

Dias *et. al.* (2009) chamam a atenção para a importância do cadastro de todos esses trabalhadores e das respectivas atividades produtivas desenvolvidas no território da APS, em especial, das atividades domiciliares, de forma a apoiar o planejamento de ações de promoção e vigilância em saúde para esse grupo específico.

Para Vieira (2009), existe a necessidade de se promover a equidade e a atenção integral e igualitária a todos os segmentos de trabalhadores. Colocando-se o desafio de identificar determinantes da saúde gerados pelos processos de trabalho exercidos dentro dos próprios domicílios e o desafio de se ampliar as políticas públicas sociais, de saúde e segurança, que contemplem não só os trabalhadores ditos protegidos ou formais que, supostamente, em sua maioria, encontra-se à margem do sistema produtivo oficial e invisível socialmente.

2) Questões relacionadas à Equipe de Saúde da Família

O diagnóstico situacional evidenciou as seguintes questões relacionadas à atuação da equipe de saúde no cuidado aos usuários trabalhadores: **inexistência de diretrizes para acolhimento e continuidade da atenção integral prestada ao trabalhador; despreparo do profissional para estabelecer a relação da enfermidade com o processo produtivo; prevalência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas.**

Na UBS Luz, o acolhimento ao usuário se restringe à identificação de sua queixa e posterior encaminhamento do usuário para a consulta médica ou de enfermagem. O modelo assistencial oferecido ainda tem reproduzido a lógica do sistema fragmentado, direcionado essencialmente à consulta médica e às ações curativas. O atendimento é feito por ordem de chegada, com prioridade para idosos, crianças de colo e portadores de necessidades especiais, onde a demanda é desorganizada e não existe um processo de avaliação inicial com priorização de atendimento para os casos de urgência e emergência, por exemplo.

Em relação ao usuário trabalhador, não há mecanismos estabelecidos para o agendamento de consultas na UBS e os encaminhamentos para as consultas especializadas acontecem conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI) pelo gestor de saúde do município. Além disso, o matriciamento da APS pelo CEREST regional ainda é incipiente, o que dificulta a manutenção do vínculo deste com o profissional de saúde e a continuidade integral do cuidado prestado ao usuário trabalhador.

Assim, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido e acompanhado nos serviços de saúde pública (BRASIL, 2006). No cuidado à saúde dos trabalhadores observa-se que os profissionais dos serviços de saúde tem grande dificuldade em acolher e reconhecer o usuário enquanto trabalhador e estabelecer a relação entre suas queixas, sofrimento e adoecimento com o trabalho, tornando a assistência integral, um grande desafio na atualidade (DIAS, BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

A implantação do acolhimento com escuta qualificada é uma das ações importantes que deve garantir o reconhecimento do usuário trabalhador. Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (1) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (2) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e (3) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Nesse sentido, com o intuito de aperfeiçoar o acolhimento prestado aos usuários trabalhadores, a equipe pode desenvolver uma ficha de acolhimento que contemple perguntas

simples direcionadas à queixa do paciente e sua relação com o trabalho realizado. As questões como ocupação, local e situação atual no trabalho também devem ser incluídas na anamnese inicial e servir de base para o estabelecimento donexo causal e a detecção dos trabalhadores com suspeita de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Segundo Dias; Bertolini e Pimenta (2011), a capacitação dos profissionais, por meio da educação permanente em saúde seria outra ferramenta para qualificar a atenção aos usuários trabalhadores e reverter o atual modelo assistencial médico curativista e hospitalocêntrico, propiciando à equipe o reconhecimento da relação, poucas vezes evidente, entre saúde-doença e trabalho existente no dia-a-dia das equipes de saúde. No entanto, é importante destacar o estudo de Chiavegatto (2010), que apresenta como diretriz para a capacitação das equipes da APS, a inserção da temática saúde-trabalho nos processos de capacitação já direcionados aos profissionais, e não como mais um curso isolado dos demais.

Nesta mesma linha, a elaboração de material de apoio à capacitação dos profissionais, como linhas-guia e protocolos em Saúde do Trabalhador também devem ser fomentados (DIAS *et. al.*, 2009). Além disso, é essencial a incorporação de equipe de apoio técnico aos profissionais da APS, a exemplo da metodologia do Apoio Matricial, contemplando a realização de reuniões periódicas, o desenvolvimento de grupos de discussão de casos considerados mais complexos, entre outras questões (DIAS *et. al.*, 2009 e SILVA, 2009).

Como alternativa para a subversão do modelo centrado na consulta médica individual seria necessária a construção de um modelo de atenção voltado para a comunidade e a coletividade (DIAS; HOEFEL, 2005; DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

É interessante destacar que o PSF, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, foi pensado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento das famílias e das comunidades, sendo um desafio ainda atual (BRASIL, 1998).

Assim, não raras vezes, sua estrutura continua permeável ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano e mantém o paradigma Flexneriano cujo conceito de saúde é tomado em sua negatividade, ao pensar a saúde enquanto a ausência de

doença, dor e morte, tendo a organização dos serviços medicamente definida (COSTA *et al.*, 2009).

A situação atual do serviço prestado na UBS Luz afirma essa realidade e aponta que, embora a equipe se esforce para realizar atividades de caráter coletivo, ainda é baixa a participação dos profissionais e usuários trabalhadores em grupos e instituições locais com vistas à resolução dos problemas impostos. Fatores como o grande número de pessoas cadastradas sob a responsabilidade da equipe, a priorização do atendimento à demanda espontânea e a lógica de organização do serviço, que ainda prioriza a produção quantitativa dificultam a mudança no processo de trabalho local e a substituição do modelo de organização das ações e serviços de saúde.

3) Questões relacionadas à Gestão Pública

No âmbito da Gestão Pública, além do já citado problema **da falta de informações fidedignas sobre a saúde dos trabalhadores para subsidiar a implantação da Política de Saúde do Trabalhador**, no âmbito municipal, outros dois itens merecem destaque: **o financiamento público insuficiente no setor que desconsidera a realidade local e a inércia da gestão municipal para a resolução dos problemas apresentados**.

Com a implementação do SUS, a efetivação do direito à saúde no Brasil, apresentou significativos progressos, garantindo a todos, do mais pobre ao mais rico, o direito à atenção integral gratuita à saúde, cumprindo de certa forma a ordem esculpida na Constituição. Entretanto, para concretizar um sistema que visa efetivar o direito fundamental à saúde nestas condições é, sem dúvida, imprescindível um aporte financeiro capaz, ou compatível, com as infinitas demandas verificadas nessa área, sendo a saúde um dos direitos humanos mais dispendiosos (ANDRADE, 2011).

No entanto, os recursos públicos destinados à área da saúde, pelo Estado, são limitados e não compatíveis com tamanha demanda abrangida pelo Sistema de Saúde adotado, principalmente quando falamos de um país de dimensões continentais como o Brasil, o que, de certa forma, torna complexa, a garantia deste direito, tendo em conta a probabilidade de ocorrência de omissões na prestação desse direito fundamental, por parte do Estado (ANDRADE, 2011).

E, no que se refere à Saúde do Trabalhador, essa situação torna-se ainda mais real, haja vista que o desenvolvimento de suas ações na Atenção Básica ainda é inicial e desconhecido por grande parte da população.

A implantação da RENAST e criação dos CEREST, em 2002, por meio da Portaria 1.679, representou a possibilidade de contar com recursos próprios para a Saúde do Trabalhador. Atualmente, a Portaria 2.728/2009 regulamenta a transferência fundo a fundo de 30 mil reais mensais para os municípios sede de CEREST, destinado ao custeio de ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos centros (BRASIL, 2009).

Embora o recurso dos CEREST seja específico para o cuidado à saúde dos trabalhadores, é importante destacar que os recursos previstos para o setor saúde, da Emenda Constitucional, devem ser utilizados para a garantia da saúde dos trabalhadores.

Para além da questão do financiamento das ações e serviços de saúde, a inércia dos gestores municipais quanto à incorporação da Saúde do Trabalhador enquanto política pública tem ocasionado grandes dificuldades no processo de incorporação das ações direcionadas ao cuidado aos trabalhadores na agenda técnica das equipes de saúde.

Apesar dos avanços, os incentivos para área ainda são tímidos, existindo uma distância do que é preconizado na lei e o que chega à base do sistema de saúde (CARNEIRO *et al.*, 2007). Comumente os gestores alegam a falta de recursos no momento em que grupos sociais fazem reivindicações. Mas, em verdade, percebe-se que o problema da ausência de verbas está relacionado à prioridade dos gastos da Administração Pública.

Como proposta para o desenvolvimento de ações, Cordeiro *et al.* (2005) e Carneiro *et al.* (2007), orientam a elaboração de políticas públicas específicas, estruturadas, segundo Carneiro *et al.* (2007), a partir de um grupo para condução de todo o processo e com a participação ativa do poder público para atender as demandas não somente dos trabalhadores urbanos, mas também dos trabalhadores rurais.

Nesse momento, a participação popular e o controle social das políticas públicas são a contrapartida fundamental dos trabalhadores na tarefa de exigir um maior envolvimento do setor público nas questões referentes a ST e na tentativa de sensibilizar os empregadores em

busca de uma corresponsabilidade dos problemas e soluções de trabalhadores da comunidade (SILVA, 2009).

Dessa forma, por meio da coletividade e em busca do orçamento participativo, é que o cidadão trabalhador conhece onde estão sendo alocados os recursos públicos, para qualificar a sua intervenção no momento de reivindicar seus direitos. Como exemplo, pode-se citar os trabalhadores do MST que para fazer com que as políticas públicas fossem implantadas em suas áreas, realizaram no passado marchas, encontros, mobilizações, cursos e negociações de pautas de luta com os órgãos da saúde e outros afins (CARNEIRO *et al.*, 2007).

Outra questão é envolver a articulação intersetorial de órgãos públicos de saúde, educação, trabalho, desenvolvimento social, dentre outros, além da articulação do setor patronal com os trabalhadores para estruturar a linha de cuidado do usuário trabalhador na rede municipal do SUS (QUINTINO, 2009).

Para Dias; Bertolini e Pimenta (2011), um dos elementos estruturantes dessa construção é a gestão colegiada, ou seja, a gestão partilhada por todos os atores envolvidos diretamente ou indiretamente no processo de gestão, planejamento, assistência, promoção e proteção à saúde. Segundo diversos estudiosos do SUS, a gestão colegiada é um dispositivo potente de democratização, propiciando a construção coletiva e objetivando a estruturação de uma assistência de qualidade.

Entretanto, no município, essas interlocuções são precárias e o trabalho desenvolvido pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) ainda é pouco comprometido com a realidade local na efetivação de ações e serviços para a ST. Seu controle sobre o poder público e sua interferência na política de saúde do município em prol dos trabalhadores são mínimos. O conselho local é pouco atuante e a participação dos usuários trabalhadores nos processos de decisão é individualizada ocorrendo sob a forma de reivindicações isoladas durante as Conferências Municipais de Saúde obrigatórias, que, aliás, quase nada contemplam sobre a temática da relação trabalho-saúde e doença em suas pautas.

7. PLANO DE AÇÃO

O ato de planejar está incorporado na vida de todos nós e é de suma importância para resolver, de forma eficiente e eficaz os problemas do dia-a-dia (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano de ação é um dos momentos de planejamento em saúde, ferramenta indispensável para o trabalho das equipes de APS, e deve ter como objetivo buscar soluções para os problemas identificados no diagnóstico situacional. Percebe-se, portanto, que o diagnóstico situacional é o primeiro passo para o processo de construção de plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Assim, como medida inicial, torna-se necessária a elaboração de um diagnóstico situacional específico em Saúde do Trabalhador na APS do município de Felixlândia/MG a fim de se conhecer o perfil de adoecimento dos trabalhadores e planejar ações e serviços futuros.

A partir dos principais problemas identificados que envolvem o usuário trabalhador da UBS Luz, inicialmente já se consegue estabelecer algumas ações que necessitam ser executadas e que após analisadas e trabalhadas poderão contribuir com a construção de um plano de ação municipal visando as possíveis soluções desses problemas.

Evidentemente, todo esse planejamento, deve ser realizado coletivamente, a partir da identificação das situações-problemas mais comuns e/ou mais graves; o tempo para a resolução destas; a capacidade de intervenção pela equipe de saúde, bem como a definição das responsabilidades, com envolvimento tanto dos níveis da micro quanto da macro gestão.

Outra questão envolve o sucesso do plano estratégico, ou pelo menos, a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado. Estes estão relacionados à idéia de “responsabilização múltipla”, uma vez que engloba as ações do Estado (políticas públicas), da equipe de saúde (intervenção no sistema), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais) e de parcerias intersetoriais. Além disso, muitas vezes, não se consegue separar essas ações nas áreas específicas de promoção, prevenção e assistência, sendo uma mesma ação capaz de se envolver em todos esses eixos.

Assim, baseado nesta revisão integrativa e nos eixos de atuação da equipe para o alcance da atenção integral à saúde do trabalhador: a) **promoção**, b) **proteção e vigilância** e c) **assistência em saúde**, com a participação dos trabalhadores, serão apresentadas ações e estratégias que devem, posteriormente, apoiar a construção coletiva de um Plano de Ação Municipal em Saúde do Trabalhador, com vistas à melhoria da qualidade da atenção à saúde dos trabalhadores no município:

- ❖ Cadastrar todos os trabalhadores utilizando, por exemplo, a Ficha A e o Prontuário de Saúde da Família, identificando as situações de trabalho ou as ocupações mais frequentes dos trabalhadores, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho;
- ❖ Conhecer, mapear e atualizar as atividades produtivas desenvolvidas no território de atuação das equipes da APS, inclusive as domiciliares;
- ❖ Discutir modificações na Ficha A, com ACS, profissionais e coordenação da AB. Por exemplo, incluir os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho no campo *Doença ou Condição Referida* e o tipo de vínculo do trabalhador no campo *Ocupação*;
- ❖ Identificar, mapear e hierarquizar os riscos ambientais e comportamentais mais prevalentes no território, fazendo cumprir as normas e legislações existentes quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;
- ❖ Discutir com as equipes, por meio de reuniões periódicas, os possíveis riscos inerentes à saúde relacionados ao perfil ocupacional, verificando se esses riscos se relacionam ou condicionam o desenvolvimento de acidentes ou doenças ocupacionais;
- ❖ Garantir a capacitação técnica dos profissionais, incorporando o trabalho cooperativo, interdisciplinar e multiprofissional e utilizar a educação permanente em saúde como ferramenta para qualificar gestores, conselheiros municipais de saúde, equipe e usuários na atenção aos trabalhadores;
- ❖ Oferecer cursos de atualização coerentes com a situação de saúde local contando com o apoio matricial, por exemplo, do CEREST, NASF e CAPS para essa ação;
- ❖ Supervisionar e orientar as equipes das UBS, no sentido de (re) organizar o serviço de saúde e incorporar as ações de saúde do trabalhador na rotina de trabalho. Criar uma agenda de encontros periódicos entre as equipes e a gestão municipal;

- ❖ Facilitar a mobilização e a participação da comunidade na gestão das ações, desenvolvendo reuniões e atividades conjuntas e buscando efetivar o controle social nas questões de Saúde do Trabalhador;
- ❖ Estimular a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde na discussão e sugestão de políticas públicas, estudos, legislações e estratégias de operacionalização das ações em ST;
- ❖ Promover articulação intra e intersetorial envolvendo o setor patronal e parceiros de outras áreas como a assistência social, educação, esporte, instituições religiosas e organizações não governamentais com objetivo de reunir recursos imediatos que visem minorar as condições de vulnerabilidade do trabalhador;
- ❖ Garantir a inclusão e priorização de ações de atenção em ST nos planos municipais e estaduais de saúde com definição orçamentária transparente;
- ❖ Elaborar material didático sobre ST (cartazes, cartilhas, folders, manuais) e desenvolver ações educativas junto aos trabalhadores, como, por exemplo, realização de palestras ou grupos operativos para orientar sobre a segurança no trabalho relacionado às principais atividades produtivas e sobre os direitos trabalhistas e de legislação previdenciária;
- ❖ Estimular o uso consciente de equipamentos de proteção individual (EPI) e de equipamentos de proteção coletiva (EPC) no ambiente de trabalho. Contar com o apoio de equipes de segurança do trabalho para a realização dessas atividades;
- ❖ Desenvolver ações de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) com a finalidade de atenuar, controlar ou, se possível, eliminar as situações de risco a saúde geradas pelos processos produtivos desenvolvidos no território. Por exemplo, realizar visitas aos locais de trabalho para orientação de empregados e empregadores;
- ❖ Monitorar os trabalhadores expostos ou potencialmente expostos aos principais agravos identificados. Por exemplo: identificação e notificação dos agravos de notificação compulsória, previstos na portaria N° 104/2011 e a busca ativa de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho independentemente do vínculo empregatício ou do setor (público ou privado) do trabalhador;
- ❖ Investigar os óbitos notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) tendo como causa da morte agravos relacionados ao trabalho;

- ❖ Sistematizar e analisar os dados sobre agravos à saúde relacionados ao trabalho para orientar as ações de vigilância, a organização dos serviços e outras ações pertinentes em ST;
- ❖ Qualificar os profissionais das UBS para realizar a notificação, sensibilizando-os para identificar e registrar os agravos relacionados ao trabalho na rede de Atenção Básica do município. As ESF/UBS devem atuar permanentemente como “sentinelas” para identificação dos agravos à saúde do trabalhador;
- ❖ Alimentar o sistema de informações dos serviços de vigilância e as bases de dados do SUS utilizando como instrumento a CAT e a ficha de notificação do SINAN devidamente preenchidas;
- ❖ Criar recursos humanos para o desenvolvimento e consolidação do sistema de informação, indicando a Referência Técnica para o acompanhamento;
- ❖ Garantir a qualidade dos registros das atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica, estimulando o desenvolvimento da rede de informações em Saúde do Trabalhador no município;
- ❖ Acompanhar e analisar os indicadores de saúde como subsídio para o planejamento e tomada de decisões;
- ❖ Realizar periodicamente autoavaliação da qualidade das ações e serviços prestados, utilizando-se de indicadores objetivos e relevantes para cada ação. Estes podem ser do tipo sentinela e sua ocorrência é considerada falha grave em um dos pontos da rede assistencial, impondo investigação detalhada. Por exemplo, morte por acidente de trabalho ou internações por complicações de doenças ocupacionais;
- ❖ Incorporar de forma efetiva os sindicatos na rede de vigilância em saúde, aproveitando sua proximidade com os trabalhadores;
- ❖ Estimular a participação social, garantindo autonomia e liberdade de organização aos trabalhadores, criando instrumentos de empoderamento, como, por exemplo, o direito de fiscalizar os ambientes de trabalho pelos sindicatos;
- ❖ Estruturar a linha de cuidado continuado do paciente: mapeando na rede de assistência do município e na área de abrangência, os serviços disponíveis que podem fazer parte da linha de cuidado ao usuário vítima de acidente de trabalho ou doença ocupacional, em especial, com LER/DORT;

- ❖ Acolher o usuário, realizando escuta qualificada de suas necessidades, reconhecendo sua condição de trabalhador e proporcionando atendimento humanizado e com estabelecimento de vínculo;
- ❖ Garantir que o processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, a atenção em tempo oportuno e confortável para o usuário. Por exemplo, estabelecer horário diferenciado de funcionamento da UBS para o atendimento do trabalhador, de acordo com a necessidade local;
- ❖ Responsabilizar-se pelo cuidado da população trabalhadora adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando o usuário necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- ❖ Discutir multidisciplinarmente os casos clínicos mais prevalentes ou mais importantes, com elaboração do plano de cuidados em equipe;
- ❖ Encaminhar o usuário trabalhador para a referência quando for necessário, definindo o fluxo de assistência, como por exemplo, marcação de consultas especializadas e encaminhamento para exames complementares. Discutir o perfil de encaminhamentos e exigir contra-referência sempre, responsabilizando-se pelos pacientes em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam;
- ❖ Definir as atribuições/responsabilidades de cada ponto de atenção, desenvolvendo o fluxo dos atendimentos e construindo um modelo de atenção voltado para a coletividade. Utilizar o matriciamento pelo CEREST, NASF e CAPS para o desenvolvimento dessas ações.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a responsabilidade de garantir a saúde do trabalhador seja prescrita ao SUS, ainda hoje esta questão representa um grande desafio. Atualmente, o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador se dá de forma muito diversificada nos estados e municípios brasileiros, tanto por parte da Atenção Básica quanto aos outros níveis de atenção, configurando-se em um atraso no cumprimento da lei, o que reflete diretamente no aumento da morbimortalidade dos trabalhadores e na diminuição da qualidade da atenção à saúde prestada.

Um dos desafios da ST na Atenção Básica é conseguir que os trabalhadores, equipes de saúde e gestores do SUS, incorporem em sua prática cotidiana a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e que é necessário o envolvimento de todo o sistema de saúde para garantia do cuidado integral aos trabalhadores. A Atenção Básica particularmente, como principal porta de entrada destes no sistema, deve estar preparada e compromissada para oferecer atenção adequada aos seus trabalhadores.

Assim, as Equipes de Saúde da Família atuantes no território devem exercer a sua função de ordenadora da rede de atenção em Saúde do Trabalhador no sentido de efetivar as ações de promoção, prevenção e assistência integrais aos usuários trabalhadores.

Este trabalho, por meio da revisão bibliográfica identificou diversas ações que poderão fazer parte de um plano estratégico construído em conjunto e que representa um passo inicial para a implantação e implementação de algumas dessas ações em Saúde do Trabalhador nos serviços de Atenção Básica no município de Felixlândia/MG. Em última análise, visando fortalecer a qualidade da atenção à saúde e a satisfação da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Z. T. M. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. **Revista Âmbito Jurídico**, n 86, ano 16,03 de mar. 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037>. Acesso em: 23 mar. 2012.

BARROS, E. Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. **Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde - Incentivo à Participação Popular e Controle social no SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Agropecuário 2006**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 dez. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708>. Acesso em: 01 dez. 2011.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8.080 - 19 de set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1998, 42p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Módulo instrucional de capacitação da rede básica de saúde do SUS em saúde do trabalhador**. Brasília, 2002. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104 - 25 de jan. 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória

em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 - 22 de fev. 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 648 - 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 699, 30 de mar. 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679 - 19 de set. 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203 - 05 de nov. 1996. Norma Operacional Básica à Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.437 - 07 de dez. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120 - 01 de jul. 1998. Aprova a instrução normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 02 jul. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279 - 30 de dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728 - 11 de nov. 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908 - 30 de out. 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de Lesão por Esforço Repetitivo/ Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Cadernos de Atenção Básica, n. 05. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7.508, de 2011. **Revista de Saúde Pública**, vol.45, n.6, p. 1206-1207, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, Ministério da Saúde, 2000, 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 08 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): manual do sistema de informação de atenção básica**. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1998, 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Pacto pela Saúde - 2010/2011**, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pacto/2010/cnv/pactmg.def>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508 - 28 de jun. 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 jun. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.602 - 07 de nov. 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 nov. 2011.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, Coopmed, 2010, 114p.

CARNEIRO, F.F. *et al.* A saúde das populações do campo: das políticas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). **Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 2, p.209-230, 2007.

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**. Dissertação (Mestrado) - UFMG, Programa de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador, Belo Horizonte, 2010.

CORDEIRO, R. *et al.* O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1574-1583, 2005.

COSTA, G. D. da *et al.* **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.62, n.1, p. 113-118, 2009.

DIAS, E.C; LACERDA E SILVA, T; ALMEIDA, M.H.C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.15-24, 2012.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho. **Atlas**, São Paulo, 145 p., 1994 *apud* SOUZA, S.F.de. **Trabalho e Saúde Mental dos Trabalhadores de manutenção de um sistema de geração e transmissão de energia elétrica**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, p. 817-28, 2005.

DIAS, E.C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n. 6, p. 2105-2112, 2009.

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

FELIXLÂNDIA. **Diagnóstico Municipal em Saúde**. Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), 2010.

FRAGELLI, T. B. O.; GÜNTHER, I. A. Relação entre dor e antecedentes de adoecimento físico ocupacional: um estudo entre músicos instrumentistas. **Revista Acadêmica de Música**, n.19, p. 18-23, 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.15, n.2, p. 345-353, 1999.

GOOGLE MAPS. Disponível em: < <http://maps.google.com.br> > Acesso em: 15 jan. 2012.

KREIN, J. D.; PRONI, M. W. Economia informal: aspectos conceituais e teóricos. Escritório da OIT no Brasil. Brasília, 2010.

KUORINKA, I.; FORCIER, L. **Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention**. Great Britain: Taylor and Francis, 1995 *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

LAVINAS, L.; SORJ, B.. O trabalho a domicílio em questão: perspectivas brasileiras. ROCHA, Maria I. B. **Trabalho e Gênero. Mudanças, Permanências e Desafios**. Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG, São Paulo, Editora 34, 2000.

MAGNAGO, T.S.B.S.; LISBOA M.T.L.; GRIEP, R.H. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, vol.17, n. 1, p.118-23, 2009.

NEVES, M. de A.; PEDROSA, C. M. Gênero, flexibilidade e precarização: o trabalho a domicílio na indústria de confecções. **Sociedade e Estado**, vol.22, n.1, p. 11-34, 2007.

NUNES, E. de F. P.de A *et al.* Notificação de acidentes de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina, Paraná, 2004. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 1-6, 2006.

PINHEIRO, F.A.; TRÓCCOLI, B.T.; PAZ, M.G.T. Aspectos Psicossociais dos Distúrbios Osteomusculares (DORT/LER) Relacionados ao Trabalho. **In: MENDES, A.M.; BORGES, L.O. ; FERREIRA. M.C. (Org.), Trabalho em Transição Saúde em Risco**, Brasília, p.65-85, 2002 *apud* FRAGELLI, T. B. O.; GÜNTHER, I. A. Relação entre dor e antecedentes de adoecimento físico ocupacional: um estudo entre músicos instrumentistas. **Revista Acadêmica de Música**, Belo Horizonte, n.19, p. 18-23, 2009.

PINHEIRO, F.A.; TRÓCCOLI, B.T.; PAZ, M.G.T. Aspectos Psicossociais dos Distúrbios Osteomusculares (DORT/LER) Relacionados ao Trabalho. **In: MENDES, A.M.; BORGES, L.O. ; FERREIRA. M.C. (Org.), Trabalho em Transição Saúde em Risco**, Brasília, p.65-85, 2002 *apud* MAGNAGO, T.S.B.S.; LISBOA M.T.L.; GRIEP, R.H. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, vol.17, n. 1, p.118-23, 2009.

POLIT, D.F. *et al.* Using research in evidence-based nursing practice. **Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams and

Wilkins, p. 457-94, 2006 *apud* MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto e Contexto**, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out/Dez, 2008.

QUINTINO, N. D. **Vigilância em saúde dos trabalhadores: potencialidades da matriz FPEEEA**. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009, 116p.

RENAST Online. Disponível em: < <http://www.renastonline.org/cerests>> Acesso em: 15 abr. 2012.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização (PDR 2011)**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr>. Acesso em: 16 jan. 2012.

SILVA, T. L. e. **Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador**. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009, 149p.

SILVEIRA, A. M. **Saúde do Trabalhador**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, Coopmed, 2009, 96p.

SOUZA, M.T.; SILVA, M. D. Da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, v.8, p.102-6, 2010.

SOUZA, S.F.de. **Trabalho e Saúde Mental dos Trabalhadores de manutenção de um sistema de geração e transmissão de energia elétrica**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DIAS, E.C. et al.. **Desenvolvimento de Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes**. Belo Horizonte, jul. de 2010. Disponível em: < <http://www.renastonline.org/node/137>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

WIKIPÉDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Felix1%C3%A2ndia>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

VIEIRA, M.C.F. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009**. Dissertação (Mestrado) -

ENSP/FIOCRUZ, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro, 2009.