

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

Cláudia de Souza Lopes

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA
Desafios e Possibilidades de Uma Experiência Municipal

Porto Alegre
2013

Cláudia de Souza Lopes

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA
Desafios e Possibilidades de Uma Experiência Municipal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Saúde, Trabalho e Produção de Subjetividade.

Porto Alegre
2013

CIP - Catalogação na Publicação

de Souza Lopes, Cláudia
Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Desafios e
Possibilidades de Uma Experiência Municipal /
Cláudia de Souza Lopes. -- 2013.
71 f.

Orientadora: Jussara Maria Rosa Mendes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional,
Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Básica. 3.
Ações em Saúde do Trabalhador. I. Maria Rosa Mendes,
Jussara, orient. II. Título.

Cláudia de Souza Lopes

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA
Desafios e Possibilidades de Uma Experiência Municipal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Aprovada em 21 nov. 2013

Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes (Orientadora)

Profa. Dra. Jaqueline Tittoni (PPGPSI/ UFRGS)

Profa. Dra. Elizabeth Costa Dias (PSPV/ UFMG)

Prof. Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira (PPGENF/ UFRGS)

Ao meu filho Pedro e ao meu marido Alan, pela motivação para a construção deste trabalho e por tudo o que representam na minha vida.

AGRADECIMENTOS

*“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
das lições diárias de outras tantas pessoas.
É tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá.
É tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que pense estar.”*

(Gonzaguinha. Caminhos do Coração.).

Mais do que um trabalho individual, esta dissertação é o resultado da colaboração e contributos de várias pessoas num processo que foi tudo, menos solitário. Por esta razão quero expressar os meus sinceros agradecimentos:

A **Capex**, agência de fomento à pesquisa, pela bolsa concedida durante todo o período de mestrado.

Aos meus **Pais e Irmãs**, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que esta etapa de fato fosse concretizada.

Ao meu **Marido Alan**, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e de “mar revolto”.

Ao meu **Filho Pedro** que embora ainda não tenha conhecimento disto, ilumina de maneira muito especial os meus pensamentos.

A minha grande e querida orientadora, **Jussara Maria Rosa Mendes**, por ouvir com interesse e ânimo todas as questões, dúvidas e problemas que surgiam durante o processo de reflexão deste mestrado. Por ser uma interlocutora paciente, generosa e amiga. Pela compreensão silenciosa, permitindo que meu tempo interno fluísse, respeitosamente e pela alegria de trabalharmos juntas.

Aos **Integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST)** da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo incentivo, acolhida e fortalecimento da paixão pela pesquisa, em especial à **Fabiane Konowaluk Santos Machado** que esteve sempre presente, apesar de sobrecarregada, abrindo portas para o meu aprendizado, sem você este trabalho não se tornaria realidade.

A **Banca Examinadora**, pela disponibilidade em participar deste processo e pelas valiosas contribuições para a presente dissertação.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou outra conspiraram para a concretização dessa importante etapa em minha formação profissional.

Tem uma verdade que se carece de aprender, do encoberto, e que ninguém não ensina: o bêco para a liberdade se fazer. Sou um homem ignorante. Mas, me diga o senhor: a vida não é coisa terrível? (...) O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

(ROSA, Guimarães. Grande Sertão: Veredas.)

RESUMO

Esta dissertação se constitui em um estudo de caráter exploratório e explicativo sobre a Saúde do Trabalhador (ST) no âmbito da Atenção Básica (AB) ancorada em uma abordagem qualitativa que busca identificar a configuração das ações em ST na rede de AB no município de Porto Alegre/RS; com vistas a dar visibilidade às estratégias de intervenção e as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde na inserção destas práticas na direção da promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores. São sujeitos desta pesquisa 12 (doze) profissionais de saúde que no ano de 2012 trabalharam em serviços da rede de AB. No processo de coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista do tipo semiestruturada com aplicação de formulário composto de questões abertas. As informações foram submetidas à análise de conteúdo com base em Bardin (2004), identificando-se núcleos temáticos, de acordo com a síntese das categorias: saúde do trabalhador e atenção básica e das subcategorias temáticas: ações em saúde do trabalhador, modelo de atenção em saúde do trabalhador, facilidades e dificuldades vivenciadas em saúde do trabalhador, mediadas pelos aportes teóricos-metodológicos que dão suporte para a discussão e as proposições tecidas. Os resultados desta pesquisa apontam para: a) o não reconhecimento de uma ação específica do campo da ST; b) ausência de um sistema efetivo para o referenciamento do usuário/trabalhador para os serviços de saúde; c) problemas e falhas com a emissão de notificações de acidentes e/ou agravos relacionados ao trabalho; d) falta de preparação dos profissionais de saúde da rede de AB para o exercício de suas atividades em ST, decorrente da falta de investimento e de educação permanente e; e) falta de reconhecimento dos serviços de saúde do CEREST enquanto suporte técnico e científico em ST, reduzindo suas ações apenas para a atenção em saúde. Imediatamente destaca-se que apesar dos avanços significativos tanto no campo conceitual quanto na ampliação de recursos legais na saúde do trabalhador, o cuidado a ST na AB de Porto Alegre/RS, carece ainda de ações interdisciplinares e transversais, de um efetivo quadro de recursos humanos qualificado e de um sistema de informação capaz de efetivar as ações em ST com base em problemas originados das reais condições de trabalho do usuário/trabalhador. Nesse sentido, surge neste estudo como proposição de intervenção junto à rede de AB em Porto Alegre/RS o investimento na qualificação profissional e no matriciamento em ST.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Atenção básica. Ações em saúde do trabalhador.

ABSTRACT

This dissertation presents an exploratory study as an explanation about Occupational Health (hereby ST) in the scope of Basic Occupational Health Services (hereby AB) using a qualitative approach to identify ways of how ST actions are set as part of AB health network at Porto Alegre/RS; in order to provide visibility to the intervention strategies performed by health care teams as well as the difficulties faced by the health care teams as part of the occupational health promotion, protection and recovery. The data collection involved a semi structured interview, applying an open questions questionnaire on 12 professionals that worked for AB network in 2012. The collected information was processed through content analysis based on Bardin (2004), identifying themes based on two categories: occupational health and basic occupational health under subcategories: occupational health actions, basic occupational health model, easiness and difficulties faced on occupational health, which are mediated by theory and methodology to support this study discussions and propositions. The results of this research points to: a) the non recognition of specific actions on the ST área; b) the absence of an effective system for referencing user / worker to health services ; c) problems and issues to file notifications of accidents and / or injuries related to work; d) lack of training to professionals from the AB network to carry out their activities in ST, which is a result from the lack of investment on continuing education and; e) the lack of recognition from the CEREST health services as technical and scientific support in ST, reducing their actions as just the health care. It is important to note that despite significant advances on both conceptual level as well as the expansion of legal resources in occupational health, it still lacks the following conditions: interdisciplinary and cross-cutting actions to care ST under AB context on Porto Alegre / RS; an effective and qualified human resources pipeline and an information system able to accomplish the actions in ST based on issues originated by the actual working conditions of the user / employee. In this sense, the investment in vocational training and in matrix arises from this study as an intervention proposition by the AB network in Porto Alegre / RS.

Keywords: **Worker's health. Basic health care. Worker's health actions.**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Fases da pesquisa.....	39
Quadro 01 - Esquema metodológico da pesquisa.....	41
Mapa 01 - Distritos sanitários de Porto Alegre.....	43
Quadro 02 - Função e número de participantes das entrevistas.....	44

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CR	Consultório de Rua
CS	Centro de Saúde
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GD	Gerências Distritais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional em Saúde do Trabalhador
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RD	Redução de Danos
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR: (considerações) sobre um campo em movimento.....	17
2.1 RECORTES INICIAIS SOBRE O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR	17
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: marcos históricos e regulatórios.....	21
3 SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: in(ter)venção possível?.....	29
3.1 PRINCÍPIOS E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma breve conceitualização a partir de Alma-Ata.....	29
3.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: um (novo) panorama para se pensar a saúde do trabalhador.....	30
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS.....	40
4.3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS.....	43
4.4. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	43
4.5 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	45
4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	45
4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	48
5.1 AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA.....	48
5.2 MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	51
5.3 FACILIDADES E DIFICULDADES VIVENCIADAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR..	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA.....	66
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CEP/UFRGS).....	67
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CEP/SMS- POA)...	68
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO (CEP/UFRGS).....	69
ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO (CEP/SMS - POA).....	71

1 INTRODUÇÃO

O cenário em que se expressa as relações saúde e trabalho vem sofrendo profundas transformações. O neoliberalismo, a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível e a incorporação tecnológica nos processos de trabalho são expressões que demarcam, entre outras consequências, a deterioração das condições de trabalho e o crescente índice de desemprego, refletindo em uma “maior heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora.” (ANTUNES, 2011, p. 47).

Estas transformações trazem à tona novas questões para os que atuam na área de saúde, já que revelam uma inexorável mudança no perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, que segundo Dias e Hoefel (2005), caracterizam-se pela mistura de padrões heterogêneos de adoecimento e de morte, em que os novos problemas de saúde-doença superpõem-se aos antigos. Agravos à saúde, vulnerabilidade social, precarização das condições de trabalho, despontam como alguns dos problemas que levam a reflexão.

Como campo de práxis e de produção de conhecimento orientados para uma ação intervenção transformadora, a Saúde do Trabalhador (ST), assume o compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora, o que requer romper com as concepções hegemônicas, uni ou multicausais, que desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nesta direção, este desenho analítico desafia o governo, os pesquisadores, os estudiosos, os movimentos sindicais e os implementadores de políticas públicas a delinearem novas pesquisas e programas de intervenção em busca de um conjunto de ações que visem à execução de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

No Brasil, o desenvolvimento das ações em ST pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem propiciado repensar a atuação dos serviços de saúde, especialmente com respeito à clássica dicotomia prevenção e cura.

A Atenção Básica (AB) como eixo organizador e como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) reveste-se de especial importância neste cenário, quando se considera a capilaridade deste sistema e a possibilidade de fazer a atenção integral à saúde chegar o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, minimizando assim, as desigualdades entre os grupos populacionais.

Além de permitir a entrada no sistema, a AB propicia atenção com resolutividade, já que se organiza a partir de uma base territorial, priorizando os problemas mais comuns em uma dada comunidade, oferecendo serviços de “prevenção, cura e reabilitação, visando maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas”. (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 824).

Apesar do acúmulo de conhecimento gerado nesses últimos anos, os serviços de saúde da rede de AB no Brasil, apresentam uma heterogeneidade de situações e de níveis de desenvolvimento muito diversos. Na atenção à Saúde do Trabalhador (ST), estudos revelam que em muitos municípios, as equipes da AB estão preocupadas com as relações entre trabalho-saúde-doença, desenvolvendo estratégias de intervenção. (DIAS; SILVA, 2013). Por outro ângulo, observa-se uma abordagem deficiente de temas relacionados à área de saúde e trabalho na formação profissional, a falta de suporte técnico para o desenvolvimento das ações e a dificuldade de encaminhamento para os serviços especializados em ST são fatores que limitam sua atuação na AB. (CHIAVEGATTO, 2010).

Neste íterim, e com o objetivo de contribuir para o debate buscou-se com este estudo, identificar a configuração das ações em saúde do trabalhador na rede de AB; com vistas a dar visibilidade teórica e empírica às estratégias de intervenção e as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde da rede de AB. Não obstante, a proposta inova na medida em que toma como campo de investigação os serviços da AB do município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, colocando-os em pertinente questionamento: *Como se configuram as ações em saúde do trabalhador no âmbito da AB de Porto Alegre/RS?*

Desta forma, convém ressaltar a relevância deste estudo, ao fornecer subsídios sobre a situação das práticas de saúde do trabalhador na rede de AB de Porto Alegre/RS, baseado no contexto de trabalho das equipes de saúde.

Acredita-se que a contribuição e a singularidade desta pesquisa se dão, no momento em que a política atual é favorável à discussão do papel da AB e à estruturação de uma rede de suporte técnico que privilegie suas ações sobre as condições de vida do coletivo, no território onde vivem e trabalham.

No que tange a discussão e a apropriação das categorias temáticas utilizadas com o propósito de mediar o movimento de reconstituição da realidade social: saúde do trabalhador e atenção básica, buscou-se um diálogo entre a produção teórica e os instrumentos jurídicos que tratam da institucionalização da saúde como direito social e responsabilidade do Estado. Estas categorias, por sua vez, inspiraram a organização do presente estudo em cinco capítulos teóricos analíticos.

O primeiro e o segundo capítulo dedicam-se a uma breve contextualização teórica e histórica sobre a saúde do trabalhador enquanto um campo em movimento e sobre os desafios da atenção básica frente às (novas) questões e às (novas) demandas relacionadas à saúde e ao trabalho.

O terceiro capítulo sinaliza o percurso metodológico que compreende o ciclo da pesquisa em 04 (quatro) fases: a fase preparatória; o trabalho de campo; a consolidação e análise dos dados; e a sistematização dos resultados.

No quarto capítulo apresentam-se as formulações e sínteses como totalizações provisórias mediando-se os aportes teóricos com os dados empíricos da pesquisa e dando visibilidade às configurações das ações em ST na AB no município de Porto Alegre/RS. Por fim, no quinto capítulo tecem-se as considerações finais através da construção de formulações e sínteses como totalizações provisórias em resposta às questões norteadoras do estudo e algumas proposições.

Destaca-se que este estudo integra a linha de estudos “Saúde do Trabalhador” e compõe a orientação e perspectiva do projeto “A Efetivação do Direito a Saúde e a Proteção Social na Atenção Básica: Desafios para a Área de Saúde do Trabalhador”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho da UFRGS. (MENDES et al, 2013).

2 DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR: (considerações) sobre um campo em movimento

Neste capítulo resgatam-se alguns dos principais elementos que apontam para a saúde do trabalhador enquanto um campo em movimento. No primeiro item, consta um breve recorte sobre o trabalho enquanto atividade vital da humanidade, e sobre a sua expropriação frente à nova ordem capitalista. O segundo item, por sua vez, retrata o movimento histórico e regulatório da Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2.1 RECORTES INICIAIS SOBRE O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

No Brasil, as relações entre trabalho e saúde do trabalhador conformam um mosaico, que resultam em múltiplas situações de trabalho. (BRASIL, 2001a, p.17). A precarização do trabalho, a informalidade e a desproteção social são algumas das expressões que denunciam o rumo e as novas configurações das formas de gestão e organização do trabalho.

Tal fenômeno, interconectado a variáveis sociais denuncia uma nova ordem social onde destrói-se força humana que trabalha, destroçam-se os direitos sociais, brutalizam-se contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho, criando-se “uma monumental ‘sociedade do descartável’, que interfere, via de regra, no modo de agir, pensar, sentir e fazer da classe trabalhadora.” (ANTUNES, 2011, p. 191).

Mantidas as desigualdades, a flexibilização das formas de contratação e o empobrecimento das relações humanas no cenário contemporâneo, torna-se cada vez mais difícil falar de um mundo do trabalho, que pertença à esfera da fábrica, e um mundo fora do trabalho. “O mundo é um só, e os trabalhadores existem neste mundo, transformando e por ele sendo transformados, como um modo de viver determinado historicamente.” (DIAS, 1993, p.203).

A discussão sobre o *trabalho*, como atividade vital da humanidade e fundante do ser social, tornou-se categoria indispensável do próprio modo de ser dos homens e da sociedade. Mostra-se, então, como momento fundante da realização dos seres

sociais, o que lhe distingue de todas as formas pré-humanas, já que ao externar a sua consciência, o ser social se humaniza e se diferencia das formas anteriores.

[...] um primeiro pressuposto de toda a existência humana, e, portanto, de toda a história, ou seja, o de que todos os homens devem ter condições de viver para poder 'fazer a história'. Mas, para viver, é preciso beber, comer, morar, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material. (MARX; ENGELS, 2007, p. 21).

Ancorada nessa reflexão a concepção de trabalho está associada ao reconhecimento de que as relações sociais construídas pela humanidade fundamentam-se “na reprodução da própria vida, produzindo-se os bens (materiais e simbólicos) necessários para o gênero humano em diferentes tempos históricos”. (MUSTAFA; BENATTI, 2010, p. 400). Em outras palavras, o *trabalho* torna-se: criação, motor de civilização e fonte de realização das potencialidades da natureza social do homem, “ao criar o trabalho ele é recriado e modificado pela atividade que lhe deu vida.” (GRANEMANN, 2009, p. 227).

Não foi outro o sentido dado por Marx, ao trabalho, ao afirmar em *O Capital*:

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana. (MARX, 1971, p. 50).

Por conta disso, podemos dizer que o trabalho é “uma atividade orientada para um fim que, ao alterar a base material sobre qual opera, altera o próprio ser humano.” (IASI, 2010, p.64). Concomitantemente, evidencia-se, uma condição antropológica encontrada na própria estrutura biológica do homem, já que “ao pensar e refletir, ao externar sua consciência, o ser social se humaniza e se diferencia das formas anteriores do ser social.” (ANTUNES, 2005, p. 68).

Na formulação oferecida por Lukács (2005), é neste movimento real que o trabalho enquanto concretude a ser compreendida pelo pensamento se transforma, levando-nos a conceitos que acompanham cada momento deste devir. Logo, o trabalho não é circunstancial, e sim essencial ao ser humano; de outro modo, “é condição *ontológica do ser social*.” (MUSTAFA; BENATTI, 2010, p. 402).

O modo pelo qual os homens produzem seus meios de vida depende, antes de tudo, da natureza dos meios de vida já encontrados e que têm de

reproduzir. Não se deve considerar tal modo de produção de um único ponto de vista, a saber: a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se, muito mais, de uma determinada forma de atividade dos indivíduos e determinado modo de vida dos mesmos. (MARX, ENGELS, 2007, p. 27).

Esse processo recíproco, por sua vez, nos leva ao entendimento de que sendo o trabalho uma invenção exclusivamente humana, um momento fundante na mediação sócio metabólica entre a humanidade e a natureza, este converteu-se no ponto de partida para a constituição do ser social: “sem o trabalho, a vida cotidiana não seria reproduzida.” (ANTUNES, 2011, p. 435).

Assim, o processo de trabalho torna-se:

[...] elemento central, embora em constante transformação, a partir do qual é possível identificarem-se os agentes da produção, compreender-se a lógica das relações antagônicas e avaliarem-se as contradições materiais e sociais resultantes e, mais importante de tudo, as condições de produção e reprodução das relações sociais. (ANTUNES, 2011, p. 266).

É nesse *fazer humano* que a história, segundo Gramsci (1974), se desdobra numa realização complexa e rica, envolvida em avanços e recuos, vitórias e derrotas, caminhos e alternativas. Seja como criação ou servidão, como positividade ou negatividade, “o pêndulo do trabalho vem conformando um longo e decisivo percurso na história da humanidade.” (ANTUNES, 2011, p. 433).

Se por um lado, pode-se considerar o trabalho como ponto de partida no processo de humanização, por outro, o capitalismo o transformou em uma mercadoria especial, um equivalente geral, “sob a forma de *trabalho abstrato, assalariado, alienado e fetichizado*.” (ANTUNES, 2011, p. 435). Aquilo que era uma finalidade básica do ser social transfigura-se e se transforma em meio e não mais na primeira necessidade para realização humana.

Apesar da valorização e do *status* atribuído ao trabalho, quando ele se voltou à geração de riquezas, à produtividade, ao consumo e a abundância, foi se esvaziando gradativamente e perdendo o seu significado [...] passou a ser, assim, um processo intensivo de desgaste físico-moral, que levou os trabalhadores à perda de sua independência e à necessidade de produzir fora de casa, sob rigorosa supervisão. (LOBATO, 2004, p. 48).

Assim, contraditoriamente, “é no (e pelo) trabalho que o homem, enquanto ser genérico se faz e se perde; constrói sua identidade, e ao mesmo tempo desconstrói sua humanidade.” (MOTA, 2011, p. 187).

O trabalho como atividade vital se converte, então, em trabalho estranhado e alienado, “expressão de uma relação social fundada na propriedade privada, no capital e no dinheiro.” (ANTUNES, 2011, p. 435).

Conforme refere Iasi (2010),

[...] é sob a ordem do capital que o reino das coisas completa a subordinação do humano ao não humano, e o fundamento dessa alienação se encontra na separação dos produtores de seus meios de produção, condição não necessária à produção de mercadorias, mas essencial à produção do capital [...] o trabalho segue sendo uma atividade orientada para um fim, mas esta finalidade não é mais determinada por aquele que trabalha, mas pelo proprietário dos meios de produção e dos objetos de trabalho, assim como de todos os que tornam possível o ato produtivo [...] o trabalho, que em um primeiro momento era a “protoforma do agir humano”, agora se apresenta como forma de estranhamento. (p. 70-71).

Nesse horizonte, como expressão da realidade capitalista, da sociedade regida pelo valor de troca, tem-se a dialética de riqueza e miséria, do possuidor e do despossuído, que se traduz em inúmeras desigualdades, dentre outros, “agravos à saúde, desemprego, erosão dos sistemas de proteção social, fome e vulnerabilidade das relações sociais.” (RODRIGUES, BELLINI, 2010, p. 346).

Enfeixados pela flexibilização do processo produtivo que atinge, sobretudo, os direitos trabalhistas e de modo particular a contratação dos trabalhadores que passa a ser marcada pela informalidade, os trabalhadores passam a conviver com situações evidentes de violência no trabalho, na medida em que ficam expostos a um risco muito maior de doenças e acidentes relacionadas ao trabalho.

Diante dessa processualidade, invariavelmente, “a saúde do trabalhador, como expressão da questão social, sofre impactos, gerando reflexos diretos na qualidade de vida do trabalhador.” (BUTIERRES; MENDES, 2011, p. 227).

[...] a lógica capitalista se articula de modo a atingir todas as esferas da sociabilidade humana, evidenciando uma nova e complexa precarização do trabalho capaz de pôr a prova as atuais formas de apreensão desse processo. Como consequência, se adocece mais, e o homem trabalha cada vez mais adoecido. (MOTA, 2011, p. 190).

Para Antunes (2005); Alves (2010); Lazzarato e Negri (2001), essas questões trazem à tona a degradação e a desrealização do ser social da contemporaneidade, na medida em que os processos de trabalho apontam para uma hiperindividualização das relações sociais.

[...] o avanço tecnológico e as novas organizações de trabalho, acentuam as desigualdades e a injustiça social trazendo formas de sofrimento qualitativamente mais complexas e sutis, sobretudo do ponto de vista psíquico. (LANCMAN, 2004, p. 32).

Concomitantemente, Alves (2011) reforça que a estratégia assumida pelo capital parte do princípio de “controlar não apenas a dimensão física da corporalidade viva da força de trabalho, mas sua dimensão psíquica e espiritual (que se manifesta por sintomas psicossomáticos).” (p. 114). Desse modo, o trabalhador torna-se sujeito e sujeitado a um processo, explorador de si mesmo.

Esta nova dinâmica social traz à tona, segundo Wunsch Filho (1995), (novas) questões e (novas) demandas relacionadas à saúde e ao trabalho, na medida em que revelam um novo quadro do processo saúde-doença da população, onde, o trabalhador tende a se equilibrar ao fio da navalha para adaptar-se física e mentalmente às exigências produtivas cada vez maiores. (LANCMAN, 2004). Ao adoecerem, os trabalhadores encontram-se em situações de vulnerabilidade social, tanto no que tange ao sofrimento em decorrência da sua capacidade física ou psíquica, quanto a falta de acesso aos direitos sociais e aos serviços especializados em ST.

Não obstante, a intensidade destas contradições colocam em pauta, as práticas de atenção e a responsabilidade do SUS, enquanto “a única política de cobertura universal, para o cuidado da saúde dos trabalhadores.” (DIAS; HOEFEL, 2005, p.821).

2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: marcos históricos e regulatórios

No Brasil, o movimento pela atenção integral à saúde dos trabalhadores na rede pública emerge em um contexto sócio histórico marcado por lutas sociais originadas na década de 1970, aliadas ao movimento de redemocratização do país. Este novo campo de práticas e saberes originou-se na luta dos trabalhadores pelo direito à

saúde, na franja da reforma sanitária brasileira, inspirada pelo movimento operário italiano que lutava pela melhoria das condições de trabalho e valorização da experiência e conhecimento do trabalhador. (ODDONE et al., 1986; BRITO, 1997).

Ao trazer a discussão da questão do trabalho e do adoecimento para o âmbito da Saúde Coletiva, o movimento pela ST rompeu com os padrões vigentes das práticas de saúde, à época, que desconsiderava a dimensão social e histórica do trabalho e do processo saúde/doença, e no âmbito das políticas públicas inseriu a questão na rede de serviços de saúde. (DIAS et al., 2011).

Os conceitos introduzidos na Constituição Federal Brasileira de 1988 e na regulamentação do SUS, pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) não deixam dúvidas quanto ao fato de que, desde então, a saúde do trabalhador passou a ser entendida como um direito de cidadania, cabendo ao Estado o dever de promover o acesso e realizar ações para a materialização do atendimento à saúde do trabalhador, através do SUS. (DIAS et al., 2009).

A Constituição Federal de 1988 referiu-se, expressamente, ao direito à saúde do trabalhador, ao deixar claro no art. 200, inciso II, que compete ao SUS, além de outras atribuições, “executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.” (BRASIL, 2005).

A Lei 8080/90, reforçou esta atribuição e no seu artigo 6º trouxe ações específicas de saúde do trabalhador dentro do campo de atuação do SUS. Frente a este dispositivo legal, entende-se por saúde do trabalhador:

[...] um conjunto de atividades, que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 1990, p.3-4).

Para tanto, é a partir da implementação do SUS que a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho dá ao setor saúde a prerrogativa de exercer a vigilância em saúde do trabalhador nos locais de trabalho de forma multidisciplinar e interinstitucional, com objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas suas ações. (MACHADO, 2013).

A publicação da Portaria nº: 3.908, de 30 de outubro de 1998, estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, aprovando a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST-SUS 98), complementar à Norma Operacional Básica (NOB-SUS 96). Segundo Silva, Barreto Júnior e Sant'ana (2003), os pressupostos da NOST-SUS 98, podem ser sintetizados em: *universalidade das ações*, independente de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; *integralidade das ações*, compreendendo assistência, recuperação de agravos e prevenção por meio de intervenções nos processos de trabalho; *direito à informação e controle social*, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes, em todas as etapas da vigilância à saúde; e *regionalização e hierarquização*, através da execução das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis da rede de serviços, organizados em um sistema de referência e contra referência, local e regional.

Por sua vez em sua alínea VII, a NOST-SUS 98, configura 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. (BRASIL, 1998, p.08).

Sob esta égide constitucional visualiza-se o desafio para o SUS, de prover atenção integral aos trabalhadores, incorporando de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações “o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental.” (DIAS et al., 2011, p. 03).

Enquanto campo de atuação, a saúde do trabalhador tem uma conotação própria no Brasil. Segundo Nardi (2004), trata-se de um objeto de estudo que pode ser compreendido como “um conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, que, aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova compreensão da relação saúde-trabalho.” (p.49).

Em consonância, o movimento pela ST, representa o compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora contemporânea, “o que supõe desde o agir político, jurídico, técnico ao posicionamento ético.” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.24).

Historicamente, o movimento pela saúde do trabalhador têm suas raízes nas lutas sociais deflagradas no Brasil a partir da década de 1970. (LOURENÇO; BERTANI, 2007). Entretanto, foi no decorrer dos anos de 1980 que foram constituídas as primeiras *ações em saúde do trabalhador* no âmbito da saúde pública, a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST).

O surgimento dos PSTs representou um marco histórico para a saúde do trabalhador, na medida em que os serviços de saúde, os sindicatos de trabalhadores e os hospitais universitários incorporaram a participação dos trabalhadores, como sujeitos possuidores de um saber e não mero consumidor dos serviços de saúde.

Segundo Dias e Hoefel (2005), essa iniciativa espalhou-se pelo país, alimentando o processo social de discussão e organização da luta por melhores condições de vida e de trabalho digno e saudável.

[...] estima-se que existam no país cerca de 150 programas, centros de referência, serviços, núcleos ou coordenações de ações em ST, em estados ou municípios, com graus variados de organização, competências, atribuições, recursos e práticas de atuação, voltados, principalmente, para a atenção aos trabalhadores urbanos. [...] apesar de pontuais e díspares, esses programas e serviços tiveram o mérito de construir uma experiência significativa de atenção especializada à saúde do trabalhador. (BRASIL, 2001a., p. 23).

Em termos de mobilização pela saúde do trabalhador, Nardi (2004) enfatiza o papel substancial da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994, ao consolidar a saúde do trabalhador como conceito dentro dos textos legais na Constituição Federal Brasileira de 1988, na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080) de 90 e na Portaria nº: 3.908, de 30 de outubro de 1998 através da NOST-SUS.

Por outro lado, cabe ressaltar algumas particularidades desta árdua caminhada na direção de se fazer cumprir a lei e de se inserir as *ações em saúde do trabalhador* no SUS. Segundo Dias e Hoefel (2005), tradicionalmente no Brasil, a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, incluindo a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica de trabalho, foi por um longo período atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. Apesar das inovações, “o texto constitucional manteve a superposição ou concorrência de algumas dessas atribuições, fomentando conflitos entre os setores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho.” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 819). No Ministério da Saúde, a ST, foi também incorporada através do seu organograma, entretanto, desde o início, a compartimentalização das suas estruturas vem dificultando o desenvolvimento de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores.

Em consonância, essas dificuldades não impediram que houvesse avanços na inserção de *ações em saúde do trabalhador* no SUS. Exemplo disso foi a primeira proposta de um Plano de Trabalho em Saúde do Trabalhador, apresentado pelo Ministério da Saúde em 1991. Segundo Dias e Hoefel (2005), a estratégia definida na época, privilegiava a organização das ações em Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), “como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas.” (p. 819).

Apesar de a prescrição constitucional estabelecer a responsabilidade do SUS de prover atenção integral à saúde do trabalhador, pode-se dizer que o SUS “ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental.” (DIAS et al., 2009, p. 2064). Entre as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde, está “a invisibilidade dos danos decorrentes das políticas de

ocultamento desenvolvida pelos empregadores e o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com estas questões.” (DIAS et al., 2009, p. 2064).

Em mais uma esforço político visando contemplar estas dispersas demandas, no final do ano de 2002, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), passando a constituir-se como a principal estratégia do SUS para a atenção à saúde dos trabalhadores, consubstanciada na publicação da Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Conceitualmente:

[...] a RENASt é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da saúde do trabalhador. (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 822).

Apesar das críticas e dos desencontros institucionais, segundo Dias e Hoefel (2005), a redação desta portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CEREST e setores do movimento de trabalhadores, “que reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS.” (p. 821). Pela primeira, seria possível contar com um financiamento extra teto das ações, em nível estadual e municipal.

A expansão da rede do CEREST foi a principal medida apontada pela RENASt para a organização das ações e serviços voltados à atenção da saúde dos trabalhadores. “Esses centros são entendidos como pólos irradiadores, num determinado território, da relação do processo de trabalho com a saúde e devem assumir a função de suporte técnico e científico em ST.” (LACAZ, 2010, p. 205).

Três anos depois, com base na experiência adquirida pela Portaria nº 1.679 de 2002, foi publicada a Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005, que propôs a ampliação e o fortalecimento da RENASt estabelecendo:

a) a ampliação do número de CEREST e uma nova estrutura para a RENASt, que passa a ser organizada a partir da Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador, dos CEREST e da rede sentinela; b) mudanças no processo de habilitação dos CEREST, cuja gestão passa a ser tanto municipal quanto estadual; c) definição mais clara dos mecanismos de controle social, dos critérios de habilitação e acompanhamento dos CEREST e do sistema de informação do SAI/SUS. (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 822).

Logo, manteve-se, a centralidade dos CEREST, “considerados como *locus* privilegiado de execução, articulação e pactuação das ações, intra e intersetorialmente, em seu território de abrangência.” (DIAS et al., 2010, p.11).

Em 2004, é instituída a nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS (PNST) buscando fortalecer a rede. (BRASIL, 2004). Segundo Santana e Silva citado por Fernandes (2012), seus princípios compreendem “a implementação da atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em ST, o apoio a pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da sociedade na gestão dessas ações.” (p.31).

Com a continuidade das discussões em torno da PNST, são publicadas mais duas portarias buscando modificar e fortalecer a RENAST. (FERNANDES, 2012). A primeira, de 2005 que destaca a implementação do controle social, com a efetivação obrigatória de um Conselho de Saúde em cada CEREST. (BRASIL, 2005). E a segunda, de 2009, que busca a adequação da rede de acordo com os princípios do Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2009).

Apesar dos percalços, pode-se considerar que a estratégia da RENAST, “para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS tem sido bem sucedida.” (DIAS; HOEFEL, 2005, p.825). Hoefel, Dias e Silva citadas por Dias e Hoefel (2005) destacam, entre as dificuldades a serem superadas:

a) a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CEREST, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; b) frágil articulação intra setorial uma vez que a saúde do trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na agenda de saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de saúde do trabalhador e dos centros de referência; d) falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que, com frequência, as áreas de atuação dos CEREST não coincidem com as regionais de saúde; e) o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; f) o controle social está fragilizado, em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores no mercado de trabalho formal, que ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais; g) desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; h) apesar dos avanços regionais, ainda se observa a procedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações; i) as ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas. (HOEFEL; DIAS; SILVA apud DIAS; HOELF, 2005, p.825-826).

Contudo, a RENAST pode ser considerada como uma política transformadora e de inclusão, “pois tem possibilitado dar visibilidade às questões de saúde do trabalhador nos serviços de saúde; facilitado o diálogo com os gestores e o planejamento de ações, financiadas por recursos extra-teto.” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 827). Por ora, os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST se encontram em sintonia com a PNST, como seguem: a) atenção integral à saúde dos trabalhadores; b) articulação intra e intersetorial; c) informações em saúde do trabalhador; c) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa; d) capacitação permanente em saúde do trabalhador; e) participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador. (BRASIL, 2004).

3 SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: in(ter)venção possível?

Este capítulo apresenta um breve panorama sobre os desafios da Atenção Básica¹ frente às (novas) questões e às (novas) demandas relacionadas à saúde e ao trabalho. Imediatamente, busca situar de forma sintética o atual cenário em que se insere a problemática deste estudo não esgotando as possibilidades do tema abordado. Na primeira parte constam, os princípios e as características que norteiam o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) conforme proposta de Alma-Ata. Na sequência, apresenta-se a trajetória histórica das Políticas de Atenção Básica no Brasil, bem como suas regulamentações com realce para: o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, e a Rede de Atenção a Saúde. Traça-se então um panorama da oferta e da prestação de serviços de atenção básica onde se inseri a saúde do trabalhador.

3.1 PRINCÍPIOS E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma breve conceitualização a partir de Alma-Ata

A Conferência de Alma-Ata, ao tomar como meta a “saúde para todos no ano de 2000”, teve participação fundamental neste processo de criação e fortalecimento ao redefinir os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) como:

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento

¹ No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), foi denominada conceitualmente pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica (AB) e tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um dos seus representantes. (BRASIL, 2007a). Neste sentido, o termo AB será utilizado neste estudo para designar a política de organização do sistema de serviço no Brasil, em consonância com a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a compreende como equivalente a expressão Atenção Primária em Saúde (APS). Cabe observar que não será incomum encontrar o termo APS para designar a proposta original de Alma-Ata.

de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS apud STARFIELD, 2004, p. 30-31).

Conforme Starfield (2004) são características específicas da APS: a *prestação de serviços de primeiro contato*; a *assunção de responsabilidade longitudinal* pelo paciente com continuidade da relação equipe/paciente; a *garantia de cuidado integral* considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social de saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a *coordenação* das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

Logo, os serviços de atenção primária devem:

[...] estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais. (STARFIELD apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 502).

No enfoque tradicional, a APS constitui-se como uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios, e elementos próprios), por meio da qual se busca melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. (BRASIL, 2007a). Por sua natureza, é capaz de propiciar atenção com resolutividade e não direcionada exclusivamente para a doença, resultando em uma prática centrada na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce das doenças, tendo como base de sua atuação o território, o distrito sanitário, entendido em toda a sua complexidade. (DIAS; HOEFEL, 2005).

Prontamente, a APS deve ser considerada como “base de um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 493).

3.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: um (novo) panorama para se pensar a saúde do trabalhador

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Básica (AB), para

o desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador (ST).

No Brasil, a estruturação da AB toma forma em 1982 com o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que nasce como estratégia importante para a universalização do direito à saúde. (ALEIXO, 2002). Entretanto, antecedentes da AB no país podem ser identificados na década de 1940, com a implantação dos Serviços Especiais de Saúde Pública, voltados para doenças transmissíveis (malária, hanseníase, etc.) e na década de 1970 com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). (FERNANDES, 2012).

Em 1991 foi implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), proposto inicialmente como estratégia para reduzir a mortalidade infantil e materna. Diante dos bons resultados, em 1994, o trabalho foi ampliado com a formação das primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). (DIAS et al., 2010).

Conforme VIANA; DAL POZ citado por FERNANDES (2012), o PSF “nasce como parte da estratégia do governo de reestruturar o sistema de saúde sobre a atenção básica, focando principalmente na promoção da saúde.” (p. 25). Prontamente, torna-se capaz de propiciar atenção com resolutividade e não direcionado exclusivamente para a doença, resultando em uma prática centrada na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce das doenças. (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Saúde da Família (SF), formulada inicialmente como um programa passa a figurar no Ministério da Saúde como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo Fernandes (2012), “o modelo de financiamento do SUS precisava ser modificado para diminuir o descompasso entre os princípios e objetivos e a realidade da implantação.” (p. 25). Respondendo as críticas de que a SF fosse voltada para o pobre e visando aprofundar o processo de descentralização é publicada então a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS - 01/96).

[...] A NOB 96 teve entre suas principais determinações: 1) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios - até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços - por nova modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais; 2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica (para reduzir desigualdades do acesso), avançando para além da seletividade (que focaliza a atenção em

razão do risco) e propondo a Saúde da Família como estratégia; 3) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 519).

Neste ínterim, enquanto estratégia a SF passa a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde:

[...] pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados [...] propõe-se a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (BRASIL, 1997, p. 9).

No ano de 2006, visando o fortalecimento da AB, o Ministério da Saúde institui e divulga o denominado Pacto pela Saúde, que resulta em um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão: União, Estado e Municípios. Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde imprime uma nova lógica de organização do SUS, que busca promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal, sendo renovado anualmente.

Buscando consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, o Pacto pela Saúde, se expressa em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O *Pacto pela Vida* define como prioridade “a consolidação da AB como eixo ordenador das redes de atenção à saúde, financiada pelas três esferas de gestão do SUS.” (DIAS et al., 2009, p. 2065). Nessa perspectiva, a AB deixa de ser o primeiro nível da rede para assumir a responsabilidade pela coordenação do cuidado integral à saúde da população. (DIAS et al., 2010).

O componente *Pacto em Defesa* do SUS estabelece ações concretas e pactuadas pelas instâncias federativas com vistas a consolidar os fundamentos políticos e os princípios constitucionais do SUS.

O *Pacto de Gestão* estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento,

programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

Neste cenário de mudanças estruturais no modelo do SUS, de dificuldades para o atendimento de seus princípios básicos, de financiamento e efetivo controle social, entre outros, “que deverá ser construída a agenda de atenção integral a saúde do trabalhador, com ações integradas de vigilância, de promoção à saúde e assistência em todos os níveis de atenção do SUS.” (DIAS et al., 2010, p.48-49). Prontamente, a inserção efetiva das ações de saúde do trabalhador no SUS, passa a estar diretamente relacionada à sua assimilação pela AB. (BRASIL, 2001b.).

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ambas voltadas para um modelo capaz de responder as condições crônicas e agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS (BRASIL, 2010).

A PNPS, aprovada pela Portaria nº: 687, de 30 de março de 2006, caminha na direção de assegurar o acesso igualitário e universal dos cidadãos aos serviços de saúde, bem como a formulação de políticas sociais e econômicas que operam na redução dos riscos de adoecer, tendo como foco a promoção da saúde como estratégia de articulação transversal. (BRASIL, 2006b).

A PNAB redefinida pela Portaria nº: 2.488, de 21 de outubro de 2011 apresenta uma criteriosa revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e para o PACS. O documento orientado pelos valores de ética, do profissionalismo e da participação, expressa o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a AB no Brasil, tendo na SF sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB.

Segundo a PNAB,

[...] a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem

essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011a, p. 3).

Neste ensejo, são atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na rede de AB e que também devem ser aplicadas na atenção à ST:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. (BRASIL, 2011a, p. 13-14).

A organização do cuidado de saúde a partir do território tem implicações diretas sobre as ações em ST na rede de AB.

O enfoque do território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adscrita, bem como a validação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, conferindo concretude às relações produção/trabalho-ambiente e saúde e possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população. (DIAS et al., 2009, p.2065-2066).

Por atuarem diretamente no nível local de saúde, em um território definido, a ESF e o PACS como estratégias de reorientação do modelo de atenção atual, têm grande potencial, no sentido da construção de uma prática de saúde dos trabalhadores integrada ao local “onde as pessoas vivem e trabalham.” (CHIAVEGATTO, 2010). Entretanto, para que isto se efetive, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. “É importante que as tarefas sejam redefinidas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência.” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 824).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a imensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. (BRASIL, 2010).

Em 2010, em mais uma tentativa da AB em integrar verticalmente os serviços de saúde ofertados pelo sistema de saúde convencional e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS é aprovada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS.

Em termos práticos, o objetivo da RAS centra-se na necessidade de “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.” (BRASIL, 2010, p.02). Assim sendo a RAS,

[...] caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos [...] fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção [...] são exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros [...] todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas densidades tecnológicas que os caracterizam. (BRASIL, 2010, p. 02).

Desse modo, conforme aponta Dias e Silva (2013), favorecem:

[...] a descentralização e a oferta de serviços de saúde nos territórios, facilitando o acesso dos usuários trabalhadores, a identificação de demandas e problemas de saúde relacionados às atividades produtivas desenvolvidas no território, o estabelecimento de vínculos e fortalecimento de relações de confiança entre a equipe de saúde e a população, mediadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), e a participação dos trabalhadores organizados em formas menos tradicionais que os sindicatos. (p. 28).

Em consonância, a AB dentro das RAS, passa a assumir o papel de centro de comunicação, coordenador dos fluxos e contra fluxos de toda a rede e deve ser

entendida como “uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades e demandas da população.” (MENDES, 2009, p. 163). Conseqüentemente, sua importância reside na possibilidade de tornar o sistema de saúde mais efetivo e preparado para as mudanças epidemiológicas e demográficas experimentadas desde o final do século XX.

A publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) pelo Decreto Presidencial nº 7.602, de 07 de novembro de 2011, “pode ser considerada um marco histórico na abordagem das relações entre trabalho, saúde e doença e no cuidado à saúde dos trabalhadores no Brasil.” (DIAS; SILVA, 2013, p. 29).

Ela busca superar a fragmentação e superposição das ações desenvolvidas pelo governo, por meio da articulação das ações governamentais, com participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores. (BRASIL apud DIAS; SILVA, 2013, p. 29).

O documento explicita as ações e responsabilidades a serem desenvolvidas pelos organismos de governos responsáveis pela proteção e recuperação dos trabalhadores, tendo como princípios norteadores: universalidade, prevenção, precedência das ações de promoção, social e integralidade. (BRASIL, 2011b.).

Logo, tem por objetivo: a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução de riscos nos ambientes de trabalho.

Segundo Dias e Silva (2013), a PNSST inova ao:

[...] indicar a universalidade da cobertura, uma vez que, historicamente, a atuação dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social sempre esteve dirigida aos trabalhadores do setor formal de trabalho. Assim, a diretriz de incluir o universo dos trabalhadores brasileiros - os registrados de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); os servidores públicos civis e militares, da União, dos estados e dos municípios; os autônomos; os domésticos; e os informais - no sistema nacional de promoção e proteção da saúde no trabalho inova e desafia. (p.29).

Análoga a essa organização, se designa em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNST), conforme Portaria GM/MS nº 1.823,

de 23 de agosto de 2012, consolidando o trabalho em desenvolvimento desde a inserção desse campo como competência do SUS na Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 2010). Neste sentido, a PNST tem por finalidade:

[...] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (BRASIL, 2012, p. 03).

Tão logo, ela explicita as ações a serem desenvolvidas pela rede SUS e “reitera a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas, a transversalidade das ações e seu caráter transdisciplinar e interinstitucional, em sintonia com a mudança dos processos produtivos e com a participação dos trabalhadores como sujeitos das ações de saúde.” (BRASIL apud DIAS; SILVA, 2013, p. 29).

Diante desse breve exposto histórico, e considerando a gestão municipal como responsável pela operacionalização da AB e por sua vez, pelas ações em ST, buscou-se para este estudo um método capaz de evidenciar as estratégias e os modelos de intervenção adotados pelos profissionais da AB, em busca do cuidado integral à saúde dos trabalhadores no município de Porto Alegre/RS. Acredita-se que estas informações, sejam capazes de oferecer subsídios sobre o engajamento da AB no que tange a ST.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Ao tomar a produção do conhecimento no âmbito da saúde do trabalhador, percebe-se a complexa tarefa do pesquisador em buscar caminhos para abordar o fenômeno em estudo. Visto que, a saúde do trabalhador está imersa em uma rede de determinantes políticos, históricos e ideológicos, “onde se articulam os conflitos e as concessões e onde tudo ganha sentido ou ‘sentidos’.” (MINAYO, 1998, p. 15).

Dentro desse esforço, de ampliar o debate teórico/prático sobre: “*Saúde do Trabalhador na Atenção Básica*”, é que se apresenta o percurso metodológico trilhado no decorrer do processo investigativo deste estudo.

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO

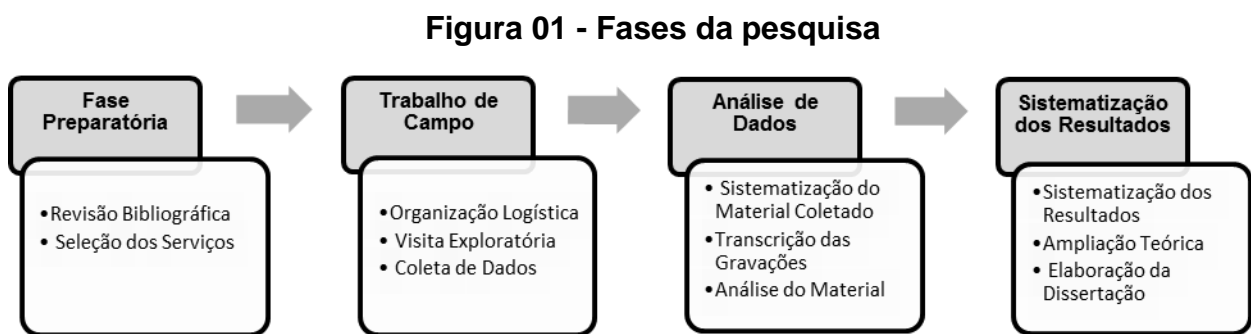
Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório e explicativo com abordagem qualitativa, tendo como objeto de estudo: “*As Ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica*”, no município Porto Alegre - Estado do Rio Grande do Sul. Conforme Triviños (1987), o estudo exploratório “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” (p.109) e o caráter explicativo está no esforço de explica-lo reconstituindo o movimento da realidade social. No que tange a pesquisa qualitativa, esta utiliza informações enquanto fenômenos que “não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos.” (CHIZZOTTI, 1991, p.84).

Neste ensejo, conforme reforça Minayo (1998), a pesquisa qualitativa dá conta de uma realidade que não pode ser quantificada, mas aprendida em seu movimento, pois está sujeita a mudanças e a transformações. Logo, caracteriza-se pela empiria e a construção do conhecimento, sistemático e progressivo, até a compreensão lógica interna do grupo em estudo.

A partir desses pressupostos, a abordagem qualitativa - neste estudo, viabilizou uma aproximação dos dados constituídos a partir da fala dos sujeitos entrevistados. Nesse sentido, e apoiado no referencial proposto por Martinelli (1993), ao dizer que os estudos qualitativos “tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado”, não restringindo a

visão do pesquisador, mas também “o que o sujeito tem a dizer a respeito” (p.13), buscou-se construir um diálogo com os sujeitos do estudo, estabelecendo uma aproximação destes com suas práticas de trabalho nos serviços de saúde pesquisados.

Para este estudo, optou-se pela exposição da investigação compreendendo 04 (quatro) fases: preparatória; trabalho de campo; análise de dados; e sistematização dos resultados, conforme ilustra a **Figura 01**.



Fonte: Elaborada pela autora

4.2 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

O problema de pesquisa é um processo contínuo de pensar reflexivo, “sua caracterização define e identifica o assunto em estudo, devendo ser formulado preferencialmente de forma interrogativa.” (CAMARGO, 2009). Atento a esse pressuposto, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: *Como se configuram as ações de saúde do trabalhador no âmbito da atenção básica de Porto Alegre/RS?* Como forma de responder ao problema de pesquisa, este estudo se desdobrou em 03 (três) questões norteadoras:

- Questão norteadora 01 - Quais são as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de saúde na atenção básica?
- Questão norteadora 02 - Como as equipes de saúde organizam a linha de cuidado em saúde do trabalhador na rede de atenção básica?

- Questão norteadora 03 - Quais as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais das equipes de saúde no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador na atenção básica?

Para explicitar o problema de pesquisa, foram elaborados os respectivos objetivos. O objetivo geral foi o de: identificar a configuração das ações em saúde do trabalhador na rede de atenção básica; com vistas a dar visibilidade às estratégias de intervenção e as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde na inserção destas práticas na direção da promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores de Porto Alegre/RS. Tendo em vista a sua complementação e o desvendamento das questões norteadoras, foram também formulados três objetivos específicos:

- Objetivo específico 01 - Mapear as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de saúde na rede de atenção básica; buscando visibilizar os modelos de intervenção presentes na rede de Porto Alegre/RS.
- Objetivo específico 02 - Identificar qual a linha de cuidado envolvida na construção das ações em saúde do trabalhador na rede de atenção básica pelas equipes de saúde; com o intuito de evidenciar a capacidade resolutiva destes profissionais bem como os processos que orientam suas práticas.
- Objetivo específico 03 - Identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais das equipes de saúde no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador; evidenciando os problemas encontrados para a efetivação do direito à saúde do trabalhador na rede de atenção básica de Porto Alegre/RS.

O esquema metodológico da pesquisa encontra-se ilustrado no Quadro 01.

Quadro 01 - Esquema metodológico da pesquisa

<p style="text-align: center;">TEMA: Saúde do Trabalhador na Atenção Básica DELIMITAÇÃO DO TEMA: Ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Porto Alegre/RS</p>		
PROBLEMA	OBJETIVOS	CATEGORIAS
<p>■ Como se configuram as ações de saúde do trabalhador no âmbito da atenção básica de Porto Alegre/RS?</p>	<p style="text-align: center;">Objetivo Geral</p> <p>■ Identificar a configuração das ações em saúde do trabalhador na rede de atenção básica; com vistas a dar visibilidade às estratégias de intervenção e as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde na inserção destas práticas na direção da promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores de Porto Alegre/RS.</p>	<p>Categorias Temáticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Básica.
<p style="text-align: center;">Questões Norteadoras</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de saúde na atenção básica? 	<p style="text-align: center;">Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mapear as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de saúde na rede de atenção básica; buscando visibilizar os modelos de intervenção presentes na rede de Porto Alegre/RS. 	<p>Subcategorias Temáticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ações em Saúde do Trabalhador.
<ol style="list-style-type: none"> 2. Como as equipes de saúde organizam a linha de cuidado em saúde do trabalhador na rede de atenção básica? 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identificar qual a linha de cuidado envolvida na construção das ações em saúde do trabalhador na rede de atenção básica pelas equipes de saúde; com o intuito de evidenciar a capacidade resolutiva destes profissionais bem como os processos que orientam suas práticas na rede de atenção. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Modelo de Atenção em Saúde do Trabalhador.
<ol style="list-style-type: none"> 3. Quais as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais das equipes de saúde no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador na atenção básica? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais das equipes de saúde no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador; evidenciando os problemas encontrados para a efetivação do direito à saúde do trabalhador na rede de atenção básica de Porto Alegre/RS. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Facilidades e Dificuldades vivenciadas em Saúde do Trabalhador.

Fonte: Elaborada pela autora

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

De acordo com Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, possui uma população de 1.409.351, sendo a 10ª capital mais populosa do país.

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD), distribuídas em 08 regiões de saúde. As GD são “estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS.” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 136).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) compõem os principais serviços da esfera da AB do município. Estas têm como fortalecedores os Consultórios na Rua (CR), os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a Redução de Danos (RD). Quantitativamente, o município possui 54 UBS com atendimento a populações que variam de 5.336 a 115.656 habitantes nas suas áreas de atuação, conta com 189 ESF instaladas em 94 USF, que cobrem 44,3% da população. A estas, somam-se 75 Equipes de Saúde Bucal. No município existem 02 equipes de consultório de rua, 01 na região Centro e 01 na região Norte. (PORTO ALEGRE, 2013).

Na esfera municipal, a regionalização dos serviços está em permanente revisão e adequação, sendo que atualmente o desafio posto está no formato da informatização das ofertas da rede de serviços para este fim. Além disso, um componente a ser considerado na regionalização dos serviços é o perfil populacional visto que há migrações internas entre as regiões do município, o que exige revisão permanente das necessidades de saúde e disponibilidade de serviços em cada uma delas. (PORTO ALEGRE, 2013).

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

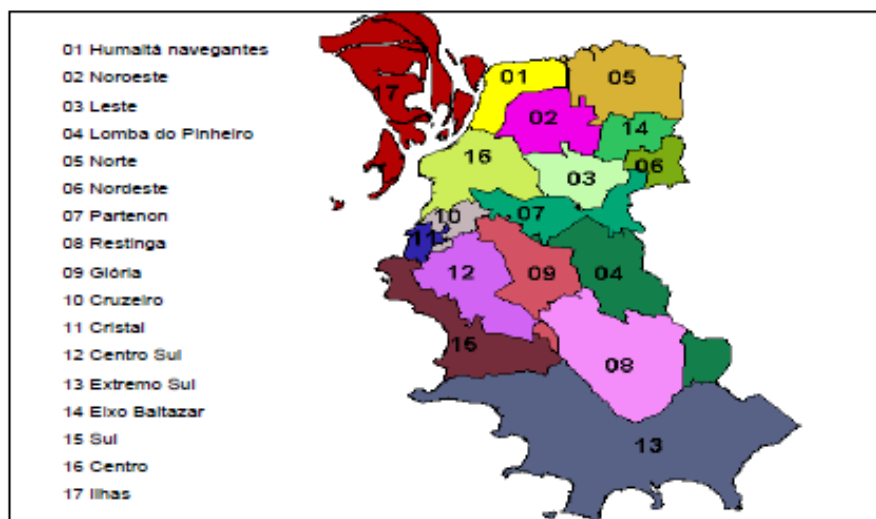
Para seleção dos serviços de saúde definiu-se, a priori, pela utilização de uma amostra não probabilista intencional composta por 04 (quatro) serviços de saúde da

rede de AB do município de Porto Alegre², que respondessem aos seguintes critérios: a) UBS/ CS/ ESF ou serviço equivalente da AB que apresenta maior interlocução com o CEREST de referência; e b) UBS/ CS/ ESF ou serviço equivalente da AB com equipe ampliada (maior número de recursos humanos e diversidade profissional).

Conforme Marconi e Lakatos (2002), a amostra não probabilística tem como característica principal o fato de que “não fazendo uso de formas aleatórias de seleção, torna-se impossível a aplicação de fórmulas estatísticas para o cálculo” (p.51), já o caráter intencional reside no aspecto de que “o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela.” (p.52).

Atendendo aos critérios de seleção, participou deste estudo um total de 03 (três) gerências distritais de saúde, das 08 (oito) gerências distritais existentes no município de Porto Alegre, distribuídas em: 1) Norte /Eixo Baltazar 2) Centro, 3) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 4) Leste /Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Partenon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul, conforme representadas no Mapa 01.

Mapa 01- Distritos sanitários de Porto Alegre



Fonte: PORTO ALEGRE, 2013

² A autora desse estudo optou pelo município de Porto Alegre/RS pela facilidade de acesso na realização das entrevistas, visto que é residente no município.

4.5 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 12 (doze) profissionais de saúde que desempenhavam diferentes funções nos serviços de AB investigados, conforme demonstra o Quadro 02. Destes, 04 (quatro) foram selecionados previamente, à saber: os coordenadores do serviço de saúde, que posteriormente indicaram os demais profissionais para compor o estudo.

Quadro 02 - Função e número de participantes das entrevistas.

Função	Representantes
Coordenador(a) do Serviço	04
Enfermeiro(a)	02
Auxiliar de Enfermagem	01
Técnico(a) de Enfermagem	02
Assistente Social	01
Agente Comunitário de Saúde	01
Médico(a) da Família	01

Fonte: Elaborada pela autora

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Considerando, que em uma pesquisa qualitativa a interação entre o pesquisador e os sujeitos de pesquisa torna-se essencial, conforme aponta Minayo (1998), utilizou-se como técnica de investigação a entrevista do tipo semiestruturada, com a aplicação de instrumento de pesquisa do tipo formulário composto de questões abertas (Apêndice A), objetivando a aproximação com o objeto de estudo.

A opção pela entrevista do tipo semiestruturada deveu-se ao fato de que esta permite ao entrevistador, além de colocar-se em contato direto com os sujeitos da pesquisa, inserir novas questões ao longo do diálogo, “qualificando e adequando esse processo às necessidades de obtenção de dados explicativos da realidade.” (CAMARGO, 2009, p. 96).

As entrevistas foram realizadas nos respectivos locais de trabalho selecionados para este estudo, no decorrer do 2º (segundo) semestre do ano de 2012. Tiveram duração de aproximadamente 45 (quarenta e cinco) minutos e para fins de registro foram gravadas, mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados e autora. (Apêndice B e C).

4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Considerando-se que todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, a exploração do material de análise foi desenvolvida tomando como referência suas características e semelhanças. Nesse sentido, o esteio metodológico para este estudo, centrou-se na análise de conteúdo com base em Bardin (2004). Segundo a autora, este método tem como objetivo obter de forma sistemática, informações (quantitativas ou não) que permitam a realização de inferências acerca do objeto de estudo.

Apelar para este instrumento de investigação [...] situa-se ao lado daqueles que querem dizer não à “ilusão da transparência dos fatos sociais”, recusando ou tentando se afastar dos perigos da compreensão espontânea. (BARDIN, 2004, p. 30).

Neste ensejo, a análise de conteúdo, constitui-se enquanto técnica adaptável, na medida em que permite interpretar e tecer as tramas das compreensões acerca dos resultados e, também, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem as relações socioculturais. (BENITE, 2009).

Para o desenvolvimento da técnica, foram seguidos os seguintes passos proposto pela autora, a saber: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados com inferências e interpretações.

Concluído o processo de coleta dos dados empíricos, realizou-se a transcrição das entrevistas, cujo material constituiu o *corpus* da análise. De posse da transcrição, realizou-se a leitura flutuante, deixando-se invadir pelas impressões e orientações do texto.

O *corpus* de análise foi organizado em quadros síntese como uma expressão gráfica da análise textual, onde as respectivas respostas recebidas dos sujeitos foram ordenadas sequencialmente a cada um dos tópicos do instrumento de pesquisa na forma de indicadores construídos de acordo com as questões norteadoras e os objetivos deste estudo. Nesse sentido, os indicadores foram constituídos pelas próprias categorias temáticas norteadoras deste estudo: Saúde do Trabalhador e Atenção Básica, bem como pelas subcategorias temáticas ou explicativas da realidade: Ações em Saúde do Trabalhador; Modelo de Atenção em Saúde do Trabalhador; Facilidades e Dificuldades vivenciadas em Saúde do Trabalhador. A análise dos resultados, será apresentada no item 6, que compõe este volume.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto às questões éticas, de fundamental relevância, além da prévia aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Apêndice D) e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (Apêndice E), resguardou-se a total liberdade dos sujeitos em optar por sua participação no estudo, sem qualquer forma de constrangimento. Os participantes foram convidados a assinarem o TCLE que lhes foi entregue e a responder a um questionário com duração prevista de em torno de 45 (quarenta e cinco) minutos, no seu local de trabalho. As entrevistas foram gravadas e será mantido sigilo quanto à identificação dos participantes, tendo estes, total liberdade de interromper sua participação a qualquer momento.

Quanto aos benefícios deste estudo, constituem-se naqueles relativos à produção do conhecimento sobre o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na rede de AB, levando em consideração as especificidades das ações “loco regionais” do município de Porto Alegre/RS, na direção da promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores, contribuindo, deste modo, com a implementação da política em ST na AB.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Partindo das categorias *saúde do trabalhador e atenção básica*, buscou-se identificar a configuração das ações em saúde do trabalhador nos serviços da rede de atenção básica explorando possíveis estratégias de intervenção utilizadas em busca da promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores de Porto Alegre/RS. Para tanto, realizaram-se entrevistas com diferentes profissionais de saúde que revelam uma pluralidade de significados e práticas no cotidiano de trabalho quando se perscruta a saúde do trabalhador.

A seguir são apresentados e discutidos os resultados que representam, *à priori*, as categorias definidas para este estudo.

5.1 AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA

Atinente às *Ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica* os entrevistados responderam a questões relativas aos seguintes aspectos: a) ações direcionadas para a resolução de problemas em saúde do trabalhador; b) conduta adotada pela equipe de trabalho em casos de acidentes e/ou agravos relacionados ao trabalho; c) participação em capacitações em saúde do trabalhador.

Resultados sugerem que os serviços de saúde em sua maioria não identificam um tipo específico de *ação direcionada para a resolução de problemas em saúde do trabalhador*. “Não existe uma coisa isolada, o trabalhador se mistura entre todos.” (Entrevista 01).

Neste sentido, atribuem às suas atividades cotidianas, ações como: grupos de trabalho com hipertensos, diabéticos e usuários/trabalhadores com dor crônica, atividades de higiene bucal, rodas de conversa com a comunidade, acolhimento, encaminhamento para a rede de saúde através do sistema informatizado AGHOS³ e para defensoria pública em situações de assédio.

³ O sistema AGHOS configura-se enquanto um sistema informatizado utilizado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, que opera no Módulo da Central de Regulação de Consultas Ambulatoriais Especializadas. Possibilita ao usuário efetuar o cadastro de prontuários, solicitações de consultas, agendamento, emissão do comprovante de agendamento e realização do atendimento.

Se por um lado, o entrevistado reconhece não existir uma ação isolada, por outro, reafirma o seu total desconhecimento sobre as ações em ST.

Segundo March, Scheydegger e Moraes (2012) “o campo da saúde enquanto um campo de saberes e práticas ainda não consolidou sua ação frente aos nexos (in)visíveis da relação entre saúde e trabalho.” (p. 06). Apesar de todo arcabouço regulatório, existe ainda um profundo desconhecimento do dimensionamento do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores.

Neste ínterim, reforça-se a idéia de que é ainda pouco significativa a parcela de trabalhadores da saúde que pautam sua atuação em consonância com a concepção de determinação do processo saúde/doença. (BEDIN, 2012).

Quanto à *conduta adotada pela equipe de trabalho em casos de acidentes e/ou agravos relacionados ao trabalho*, vislumbram-se diferentes estratégias adotadas pelas equipes de trabalho que dependem exclusivamente da gravidade ou enfermidade do acidente e/ou agravo relacionado ao trabalho.

[...] quando surge um caso que envolve algum tipo de acidente ou agravo de trabalho buscamos sempre avaliar a situação para depois encaminharmos para a rede que está a nossa disposição [...] na unidade básica de saúde, trabalhamos com consultas marcadas e acompanhamentos [...] se aparece um caso de emergência, encaminhamos para o pronto atendimento e depois buscamos comunicar a secretaria municipal do trabalho, que tem o dever de averiguar a situação [...] nem todos os funcionários daqui tem a clareza de como proceder e encaminhar estes casos para a rede, mas aos poucos estamos construindo isto junto com a equipe. (Entrevista 05).

[...] se alguém se acidenta, cortou a mão ou coisa assim, a gente orienta a ir no postão que é o pronto atendimento ou dependendo da situação no pronto socorro, pois não temos infraestrutura para resolver situações imediatas como estas [...] uma situação como dor nas costas, agendamos com o clínico que é quem avalia o caso, neste caso, se o paciente precisar de uma outra especialidade lançamos no AGHOS e quem marca é a central e isso pode demorar, a prioridade vai ser dada a partir da referência que preencheremos no sistema [...] as vezes demora tanto que perdemos o contato com o paciente para agendarmos a consulta, pois eles trocam de telefone e endereço. (Entrevista 03).

Estas expressões revelam dois tipos de procedimentos adotados: um deles, que expõe a conduta dos serviços de saúde em casos de atendimentos urgentes e o outro que expõe o encaminhamento adotado por estas equipes de trabalho em casos de acolhimento na rede de serviços de saúde.

Na avaliação dos entrevistados a conduta adotada nos casos de urgência é falha e desarticulada, visto que, os serviços de emergência em sua maioria não realizam a devida notificação em casos de acidentes e/ou agravos relacionados ao trabalho e dificilmente referenciam o usuário/trabalhador para os serviços de saúde.

[...] acontece muitas vezes das pessoas procurarem o pronto socorro primeiro, quando é uma urgência, só que lá eles não emitem qualquer tipo de notificação, então eles voltam pra cá com o boletim de atendimento e nós preenchemos a notificação. (Entrevista 11).

[...] muitos não retornam ao serviço de saúde e com isso não tem seu caso notificado, ficam a mercê, voltam ao trabalho sem um atendimento digno e justo para o seu caso. (Entrevista 01).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre (2013), este procedimento prejudica não só o mecanismo de controle de informação epidemiológica para nortear as ações de vigilância e capacitação em saúde do trabalhador, como dificulta a compreensão do nexos entre o adoecimento e a atividade laboral do usuário/trabalhador que busca o serviço de saúde.

Considerando o encaminhamento adotado pelas equipes de trabalho em casos de acolhimento na rede de serviços de saúde visualizam-se diferentes tipos de cuidados que permeiam entre: acolhimento, orientação ao usuário/trabalhador, emissão de notificações e encaminhamento para a rede de saúde, que ocorrem de forma pontual e ocasional.

[...] o que a gente não consegue fazer aqui a gente encaminha, aí sim a pessoa acaba entrando na rede através de um sistema informatizado de encaminhamento o AGHOS e muitas vezes acaba voltando pra nós, então a gente continua coordenando o cuidado desta pessoa [...] a gente tenta ser o mais resolutivo possível, para evitar encaminhar estas pessoas para outros lugares, são muitos os casos, são muitos os problemas, atendemos muitas pessoas em condições de sub emprego que vivem com transtornos mentais relacionados ao excesso de trabalho. (Entrevista 11).

No que tange a *participação em capacitações em saúde do trabalhador* esta foi destacada pelos serviços como uma atividade pontual que contribui efetivamente para um cuidado efetivo e resolutivo, quando se trata da saúde do trabalhador. “A capacitação contribuiu pra mim ter um olhar um pouco mais diferenciado em determinadas situações.” (Entrevista 07).

[...] agora no começo do ano, em março, eu fui numa capacitação em ST lá no CEREST, era sobre como encaminhar os casos de acidente de trabalho, para onde a gente deveria encaminhar, que qualquer profissional poderia preencher a guia de encaminhamento, que não precisava ser o médico para encaminhar. Falaram também sobre as doenças mais comuns que acontecem, trouxeram dados estatísticos, principalmente na área da saúde né [...] achei super importante, tinha muita coisa assim que eu não tinha conhecimento e olha que eu trabalho na enfermagem desde 1980 [...] foi muito importante esta capacitação, acho que todos os profissionais deveriam ter, muda muito a nossa orientação com o usuário. (Entrevista 06).

[...] nós temos consultoria com o pessoal da medicina do trabalho, aqui na residência do hospital de clínicas, eles nos dão consultorias e isto é uma forma de se fazer educação continuada em equipe também [...] uma coisa é fazer um treinamento formal e outra coisa é poder discutir os casos, é mais fácil, a gente fixa o conhecimento e vai adquirindo uma certa proficiência na área. (Entrevista 08).

A relevância das capacitações é reconhecida pelos entrevistados como oportunidade de trocas, de aprendizado, de possibilidade de mudanças no seu cotidiano de trabalho. Porém, só as capacitações descontínuas não garantem as mudanças esperadas, é necessário ir além, garantir a educação permanente para esses profissionais. (BRASIL, 2009). Segundo Chiavegatto (2010), “é de suma importância que a discussão destas ações ganhe espaço político e seja inserida na agenda dos gestores nos três níveis de governo”. (p.74).

5.2 MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

O *Modelo de Atenção em Saúde do Trabalhador*, nos limites oferecidos por este estudo, foi analisado a partir dos seguintes aspectos: a) concepção sobre saúde do trabalhador; b) competências dos profissionais de saúde da atenção básica em saúde do trabalhador; e c) preparação do profissional da atenção básica para o exercício das atividades em saúde do trabalhador.

Segundo Paim (1999), os modelos de atenção em saúde situam-se enquanto uma combinação de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender as necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Considerando os diferentes tipos de concepções sobre ST, enfatiza-se a partir da fala dos entrevistados, a predominância de uma influência das condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores.

[...] olha no meu entendimento a saúde do trabalhador é relacionado ao trabalhador de saúde, quer dizer, a mim como trabalhador, aos trabalhadores, é o que eu penso. [...] existe quando tu está doente daí tu vai pra perícia, estas coisas. (Entrevista 01).

[...] eu acho que hoje em dia, principalmente nós aqui da secretaria de saúde, não temos um atendimento correto. Por exemplo, se eu tiver um acidente de trabalho, um problema de saúde, eu não tenho lugar para me dirigir a não ser se eu tiver um plano de saúde ou se um colega quiser me atender, porque nós não temos um local adequado para ser atendido [...] hoje eu sei dizer que o Santa Marta e o Cristo Redentor tem um serviço excelente em saúde do trabalhador, por que eu conheci o trabalho deles quando fiz uma capacitação no CEREST. (Entrevista 08).

[...] pra mim a saúde do trabalhador começa com o ambiente de trabalho, com a segurança, com a higiene e com o bem estar dele dentro do ambiente de trabalho e a forma com que o trabalhador vai se deslocar da residência dele até o trabalho. (Entrevista 10).

Diante do exposto, observa-se que não há para os entrevistados como falar de ST, sem remeter à sua própria condição de trabalhador. O modo como os trabalhadores da saúde compreendem e acolhem a diversidade de situações encontradas nos serviços, os coloca de frente à sua própria condição, possibilitando a reflexão dos modos de fazer em saúde. A queixa expressa na fala de um dos entrevistados como desabafo, revela a dificuldade que os trabalhadores de saúde têm em refletir sobre o seu próprio trabalho, pois cotidianamente lidam com muitas pressões, situações limítrofes e alta pressão por resultados.

Para Machado (2013), o trabalhador da saúde não difere, em suas demandas, de seus usuários expostos da mesma forma, às condições precárias, falta de recursos humanos, de materiais e pressão por produtividade. O resultado disso tudo é um trabalhador adoecido, muitas vezes perdido na malha burocrática que também não sabe a quem recorrer, mesmo sendo parte da rede de saúde.

[...] a saúde do trabalhador, eu entendo, hoje na atenção básica como emergência [...] o trabalhador que está vindo de fora é por emergência, ele quer o bem estar da saúde naquele momento, eu acho que ele ainda não está preocupado em fazer a prevenção. (Entrevista 04).

[...] vai muito além do atendimento pontual que a UBS faz, trata de questões como promoção, prevenção, etc.[...] na UBS a saúde do trabalhador é vista de uma forma fragmentada, pois não há uma conexão do sujeito com a sua profissão. (Entrevista 05).

[...] eu entendo a saúde do trabalhador como uma queixa do trabalhador [...] mas quem avalia é o médico clínico que está atendendo, ele é quem pode dizer se o problema deste usuário é em decorrência do trabalho, mas acho

que muitas vezes eles não levam em conta o trabalho do usuário. (Entrevista 09).

A identificação de que a saúde do trabalhador requer uma atenção altamente especializada ainda é uma marca e empecilho para o desenvolvimento da política, pois vem marcada por uma tradição que se mantém muito enraizada em nossa cultura, de que apenas os agravos e/ou acidentes considerados como “graves” merecem destaque e relação com o trabalho.

Cabe ressaltar que, concomitante a este processo, também observa-se a mudança lenta e gradual, de que a rede de atenção básica também é lugar de promoção à saúde, como nota-se a seguir:

[...] o que vem na minha cabeça é que a gente deve estar atento as peculiaridades do emprego da pessoa que vem consultar com a gente, então, os riscos que aquela pessoa tem no seu local de trabalho, o tipo de trabalho extra, se existe exposição, enfim, se ela está trabalhando em um ambiente seguro são questões que devem ser consideradas quando falamos de saúde do trabalhador [...] então a gente tem esse olhar, de saber observar e também de orientar. (Entrevista 11).

Sob este aspecto, o acolhimento e, em especial, a questão da escuta e do cuidado, aparecem como destaque na fala dos entrevistados, quando questionados sobre o que constitui *competências dos profissionais de saúde da AB quando se trata da ST*.

[...] abrir para acolhimento, compreender o que eles são, qual o tipo de trabalho. (Entrevista 01).

[...] a primeira coisa é o acolhimento, ver o que o trabalhador está sentindo, do que ele precisa, para poder dar um bom direcionamento para este. (Entrevista 02).

[...] o acolhimento [...] estar atento às queixas [...] ouvir o usuário como um trabalhador. (Entrevista 07).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento pode ser definido como um “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída.” (BRASIL, 2010, p.05).

Além de contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação da atenção à demanda espontânea que pode ter

efeitos significativos na racionalização dos recursos, no perfil ocupacional dos profissionais e nas relações destes com os usuários e até no estabelecimento de processos de mudança nas concepções da população acerca das suas necessidades de saúde e do lugar ocupado pelo consumo de serviços de saúde na melhoria do seu bem-estar. (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997).

[...] quando eu falo de se envolver com a vida profissional, se envolver com a pessoa e fazer este acompanhamento todo, é poder conhecer cada vez mais, ele, a função que ele desenvolve, no que que ele está implicado pra poder pensar ações preventivas, ações de acompanhamento e quando este cara ele é encaminhado para uma especialidade, esse acompanhamento não deve deixar de acontecer, porque se eu estou implicada na com a vida dessa pessoa, eu estou implicada em tudo o que vai acontecer para além daquele atendimento, né. (Entrevista 05).

Logo, implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o usuário/trabalhador à outros serviços de saúde.

Para além do acolhimento, os entrevistados inferem como competência dos profissionais da AB outras ações como: encaminhamento, orientação ao usuário/trabalhador e prevenção. Para Dias e Silva (2013) são estas ações educativas que “empoderam” o usuário/trabalhador por meio do conhecimento e de informações sobre as relações trabalho-saúde-doença.

[...] eu acho que a minha responsabilidade é dar um encaminhamento correto pra ele né, se eu não sei encaminhar ele corretamente, eu deveria procurar investigar mais para depois dar uma resposta para o usuário. (Entrevista 08).

[...] eu acho que orientar a pessoa passa por minha competência [...] estar atento para ver se ela precisa de um serviço mais especializado também, a enfermagem é o carro chefe, é a porta de entrada, então, precisa estar atenta para dar o devido encaminhamento. (Entrevista 09).

[...] na realidade eu vou conversando com as pessoas, começo sempre pela questão da doença, elas falam sobre as suas doenças, mas a minha função é a prevenção [...] investigo como elas fazem para ir ao trabalho, como é o local de trabalho, qual a carga horária de trabalho e a partir disso dou as devidas orientações. (Entrevista 10).

[...] olha, basicamente na atenção primária é: diagnosticar problemas de saúde relacionados com o trabalho, orientar os usuários/trabalhadores, investigar as situações de trabalho, fornecer atestados, encaminhar para benefício (quando necessário), tudo isso, alicerçado nos princípios da promoção, prevenção e recuperação do trabalhador. (Entrevista 11).

Tangente à *preparação do profissional da AB para o exercício das atividades em ST*, os resultados sugerem que os profissionais de saúde não estão preparados para o exercício desta atividade.

[...] não da pra gente ver o que é saúde do trabalhador, não estamos preparados para olhar para o trabalhador, estamos preparados para outros grupos como: hipertensos, diabéticos, gestantes entre outros [...] agora que as unidades básicas estão recebendo orientações sobre acolhimento, já que não vai haver mais programas específicos, vai ter sistema de acolhimento. (Entrevista 01).

[...] eu vou dar a minha opinião, me parece que o profissional de saúde não tem este olhar, ele não tem esta distinção entre o trabalhador ou não trabalhador, ele está focado no paciente como um paciente inteiro [...] o objetivo da nossa equipe de médicos é solucionar o problema dos pacientes, independente deste ser trabalhador ou não. (Entrevista 04).

[...] a UBS é ainda muito pontual e fragmentada, não tem um olhar ampliado sobre estas questões [...] já a ESF está menos fragmentada, tem uma estrutura que dá mais qualidade de trabalho para a equipe de saúde [...] não temos formação continuada em serviço e isso faz falta. (Entrevista 05).

Nesse sentido, a realização de atividades de capacitação e educação permanente, neste estudo entendidas como: atividades de formação, capacitação, sensibilização e informação são tidas pelos entrevistados como uma necessidade de sensibilização periódica capaz de minimizar os efeitos desta falta de preparação para o exercício de suas atividades em ST.

5.3 FACILIDADES E DIFICULDADES VIVENCIADAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Como principais facilitadores vivenciados em ST os resultados inferem para:

[...] a união dos profissionais e a disponibilidade dos mesmos [...] eles dão o seu máximo para atender os trabalhadores que chegam ao serviço, independente de suas especialidades. (Entrevista 01).

[...] a equipe é bem integrada, é cooperativa, pega junto, se precisa de um médico urgente ele está lá, então isto é uma coisa muito boa em nosso trabalho, todos se dispõem. (Entrevista 04).

[...] pra mim a chave disso tudo é estar articulado com a equipe de trabalho, por que na hora do 'pega' se eu não tiver o meu parceiro ali eu não vou conseguir dar os devidos encaminhamentos. (Entrevista 05).

A boa relação da equipe de referência, a cumplicidade e a efetivação da interdisciplinaridade são citadas como aspectos positivos do trabalho em saúde. Sob este aspecto, Buss (2000) traz a noção de que a interdisciplinaridade é o fundamento cognitivo da promoção da saúde e a intersectorialidade sua ferramenta operacional. Para tanto, a interdisciplinaridade deve ser desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes, e isso só será possível se as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalharem integradas.

Dessa forma, para que seja possível uma abordagem integralizadora, que contemple as múltiplas dimensões presentes nas questões da saúde e contribua para as transformações que se impõem nesse campo, é necessário que a interdisciplinaridade possa fazer sentido na prática cotidiana, ou seja, cada profissional, com seu saber específico, compondo diferentes perspectivas, na construção de um projeto comum, como neste caso, a promoção da saúde, como percebe-se nas falas a seguir:

[...] a agilidade e o olhar da equipe no atendimento [...] a disponibilidade dos grupos [...] acertar com o paciente acontece muito e isso é gratificante. (Entrevista 02).

[...] eu acho que o relacionamento com o usuário [...] eu conheço bem a nossa população, inclusive o pessoal aqui do serviço mexe comigo que eu conheço cada um pelo nome, sei onde eles trabalham, o que fazem [...] conhecer cada um facilita muito o trabalho, pois quando eles procuram o serviço. (Entrevista 08).

[...] só o fato de ter um ACS inserido na comunidade, já ajuda muito na ST, a partir do momento que eles tocam num assunto a gente já fica alerta, a gente já aciona a equipe e a gente pode tentar ajudar aquela pessoa [...] as vezes as pessoas não sabem que uma depressão também faz parte da ST, que um estresse prolongado também faz parte da ST, e aqui a gente tem um cuidado muito grande com este tipo de situação, a gente tem todo um fluxo, todo um encaminhamento para essas pessoas. (Entrevista 10).

Tão logo, para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, torna-se necessário saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões do social, do psicológico e do biológico. Isso requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradoras, que incorporem saberes técnicos e populares e vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor saúde e nos desafia a buscar a intersectorialidade. (MENOSSEI et al, 2005).

No que tange as dificuldades vivenciadas em ST, os entrevistados citam inicialmente as limitações burocráticas para o efetivo encaminhamento do usuário/trabalhador para outros pontos de atenção da rede, conforme segue:

[...] identificar a gente identifica, quando se conversa com o trabalhador [...] a dificuldade está em encaminhar o trabalhador para um especialista e ele ser atendido logo [...] quando é um caso pontual, nos atendemos por aqui mesmo. (Entrevista 01).

[...] o agendamento nas centrais de marcação com especialistas [...] marcar com o especialista, é muita dificuldade, muita demanda, muita demora, a pessoa começa um tratamento para dor, faz fisioterapia mas não é solucionado, não passa pelo especialista, em função da grande demanda e procura por outros serviços também. (Entrevista 02).

As condições sociais e econômicas da população atendida nos serviços em estudo também são apontadas como dificultadores:

[...] acho que o problema maior que eu vejo no dia a dia não é tanto o sistema porque a gente consegue atender a gente consegue fornecer tratamento, mas eu vejo mais, a questão socioeconômica e a educação [...] as pessoas não tem acesso à tudo, então, muitas vezes o trabalho que sobra é braçal, vemos pessoas de 60, 70 anos trabalhando novamente e isso é uma coisa que gera muita stress, transtorno mental, LER/DORT [...] as pessoas não tem mais o luxo de escolher o seu trabalho. (Entrevista 11).

Por outro ângulo, mais uma vez, a falta de formação continuada, de recursos humanos e materiais são apontados como entraves à efetivação da política de saúde do trabalhador na AB:

[...] nós não temos formação continuada em serviço, então, isto falta [...] como é que eu vou oferecer qualidade que não é uma questão de boa vontade, é um a questão de estrutura. (Entrevista 05).

[...] falta de profissionais, estamos limitados em nossas atividades em função disso. (Entrevista 07).

[...] falta de profissionais, de ambiente adequado e de formulários para encaminhamento [...] as salas estão sempre ocupadas e a maior parte do tempo atendemos no corredor mesmo, como eu vou te orientar no corredor? [...] quanto aos formulários, aprendemos um monte lá no CEREST, a capacitação foi bonita, mas na prática os formulários não chegam aqui no serviço, nunca vi um formulário daqueles por aqui. (Entrevista 08).

Apesar dos avanços significativos tanto no campo conceitual quanto na ampliação de recursos legais na saúde do trabalhador, percebe-se que o cuidado a

ST na AB de Porto Alegre/RS, ainda carece de ações interdisciplinares e transversais, de um efetivo quadro de recursos humanos qualificados e de um sistema capaz de efetivar ações em ST com base em problemas originados das reais condições de trabalho do usuário/trabalhador.

O impacto destes fatores, segundo Moretto et al (2005), bem como a frustração com as condições de trabalho desafiam à formação dos trabalhadores em saúde para construção de alternativas de superação de limites em condições determinadas, mas intransformáveis. Logo, o desenvolvimento do cuidado aos usuários/trabalhadores exige mudanças nos processos de trabalho das equipes, sólido investimento nos processos de educação permanente e na estruturação do apoio matricial. (DIAS;SILVA, 2013).

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

Neste cenário, os CEREST “têm a oportunidade de cumprir o seu papel histórico de núcleo de inteligência e centro articulador das ações intra e intersetoriais e de apoio técnico especializado para o desenvolvimento de ações em ST na AB.” (DIAS; SILVA, 2013, p. 37).

Prontamente, “investir na qualificação dos profissionais da AB torna-se fundamental para despertar a reflexão crítica destes profissionais sobre o trabalho.” (FERNANDES, 2012, p. 56).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora se reconheça a centralidade da AB para a garantia da atenção integral aos trabalhadores, percebe-se com este estudo a necessidade de ampliar uma reflexão sobre a ST na AB do SUS, que tem como fundamentos o direito à saúde e o trabalho no âmbito da proteção social.

Apesar de todo arcabouço regulatório entre normas e portarias, observa-se que o desconhecimento da dimensão do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores afeta diretamente os serviços pesquisados. Imediatamente, o cuidado a ST na AB de Porto Alegre/RS, carece de ações interdisciplinares e transversais, de um efetivo quadro de recursos humanos qualificado e de um sistema de informação capaz de efetivar as ações em ST com base em problemas originados das reais condições de trabalho do usuário/trabalhador.

Construir novos modelos de processo de trabalho em saúde que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção, é tarefa urgente a ser realizada pelos profissionais de saúde da AB de Porto Alegre/RS.

Entretanto, para que estas ações se efetivem, toma-se como proposição o apoio matricial por todos os níveis do sistema, em especial pelo CEREST e o investimento permanente na qualificação profissional de recursos humanos.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J.L.M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde**, n. 1, p.19-25, 2002.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2010.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** : ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Portugal: Edições 70, 2004.

BEDIN, N. **Saúde do trabalhador e atenção básica**: um conflito à espera de solução. Disponível em: <www.cbesc.com.br/arquivos/saude_do_trabalhador_e_atencao_basica.doc> Acesso em: 05 jul. 2012.

BENITI, A. M. C. Considerações sobre o enfoque epistemológico do materialismo histórico-dialético na pesquisa educacional. **Revista Iberoamericana de Educación**, v.04, n.50, p. 1-15, set. 2009.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de set. 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: (mimeo), 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde do trabalhador para o SUS**. Brasília: (mimeo), 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde de 2006**: consolidação do SUS. Brasília: (mimeo), 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de atenção básica - nº 5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Decreto Presidencial nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.. In **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 de nov. 2011b.

_____. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de saúde (SUS). In **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 de out. 1998.

_____. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS). In **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de set. 2002.

_____. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. In **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 de dez. 2005.

_____. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde, considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS. In **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 de mar. 2006b.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 de mar. 2006c.

_____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. In **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 de nov. 2009.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde In **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 de dez. 2010.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o

Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 de out. 2011a.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. In **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 de out. 2012.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica do gênero. **Cadernos de saúde pública**, 13 (suppl.2): 141-144, 1997.

BUTIERRES, M. C., MENDES, J. M. R. Implicações das transformações societárias na materialização do direito à saúde dos trabalhadores. In MENDES, J. M. R., WÜNSCH, D. S., CARMARGO, M., MONTEIRO, J. R., WEIZENMANN, M. H., SILVA, M. G. (Orgs.). **Saúde e trabalho: múltiplas perspectivas**. São Paulo: Plêiade, Seção III, p. 223-235, 2011.

CAMARGO, M. **Configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CECÍLIO, L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CHIAVEGATTO, C. V. **Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

DIAS, E. C. Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. **Bol Of Sanit Panam**, v.115, n.03, p. 203-214, 1993.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde , no SUS : oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.06, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, E. C. et al. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes**. 2010. Relatório Técnico-Científico - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde , no SUS : oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.06, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, M. D. A., BERTOLINI, G. C. S., PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. Saúde**, v.09, n.01, p. 137-148, 2011.

DIAS, E. C., HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.04, p. 817-828, 2005.

DIAS, E.C., SILVA, T.L. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na atenção primária. In DIAS, E.C., SILVA, T.L. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. Cap. 1, p. 21-41.

FERNANDES, L. M. M. **Desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde**: um estudo de caso. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Cap. 16, p.493-545.

GRAMSCI, A. **Obras escolhidas**. Lisboa: Ed. Estampa, 1974.

GRANEMANN, S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IASI, M. L. Trabalho: emancipação e estranhamento? In LOURENÇO, E., NAVARRO, V., BERTANI, I., SILVA, J. F.S., SANT'ANA, R. (Orgs.). **O avesso do trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. Cap. 03, p. 61-83.

LACAZ, F. A. Política nacional de saúde do trabalhador: desafios e dificuldades. In LOURENÇO, E., NAVARRO, V., BERTANI, I., SILVA, J. F. S., SANT'ANA, R. (Orgs.). **O avesso do trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. Cap. 9, p. 199-230.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In LANCMAN, S., SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2004. Apresentação, p. 23-34.

LAZZARATO, M., NEGRI, A. **O trabalho imaterial**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001.

LOBATO, C.R.P.S. O significado do trabalho para o adulto jovem no mundo provisório. **Revista de Psicologia da UnC**, n.2, p.44-53, 2004.

LOURENÇO, E. A. S., BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.32, n.115, p. 121-134, 2007.

LUKÁCS, G. O que é marxismo ortodoxo. In LUKÁCS, G. **Táctica y Ética: escritos tempranos**. Buenos Aires: El cielo por asalto, 2005.

MACHADO, F. K. S. **A política de saúde do trabalhador e atenção primária em Saúde**: Interfaces Possíveis. 2013. Relatório pós-doutoral - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARCH, C., SCHEYDEGGER, L., MORAES, L. **Informalidade e precarização do trabalho e saúde do trabalhador no Brasil: o papel estratégico no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.alames.org/documentos/EJE02-09.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2012.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social: um instigante desafio. In: SEMINÁRIO SOBRE METODOLOGIAS QUALITATIVAS DE PESQUISA, PUCSP-NEPI, 1993.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemão**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971. 2 ed., v.1.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, J. M. R. **Saúde do trabalhador e proteção social: os desafios para a efetivação do direito à saúde**. 2011. Projeto de Pesquisa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MENDES, J.M.R. et al. **A efetivação do direito à saúde e a proteção social na atenção básica: desafios para a área de saúde do trabalhador**. 2013. Relatório de Pesquisa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MENOSSE, M.J. et al. Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. **R Enferm UERJ**, 2005; p.252-256.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-160.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Apresentação, p. 15-50.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1998.

MINAYO-GOMEZ, C., THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, v.13, n.2, p. 21-32, 1997.

MOTA, D. P. Direito, trabalho e saúde: uma equação possível? In ALVES, G., VIZZACCARO-AMARAL, A. L., MOTA, D. P. (Orgs.). **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTr, 2011. Cap. 7, p. 187-200.

MUSTAFA, P. S., BENATTI. Trabalho e necessidades: há satisfação das necessidades humanas na era do capital?. In LOURENÇO, E., NAVARRO, V., BERTANI, I., SILVA, J. F. S., SANT'ANA, R. (Orgs.). **O avesso do trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. Cap. 17, p. 399-417.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In MERLO, A. R. C. (Org.). **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. Cap. 2, p. 43-64.

ODDDONE, L. et al. **Ambiente de trabalho** - a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Porto Alegre, 2013.

MORETTO, A. et al. A garantia de direitos na saúde. PUCRS. **Diagnóstico de saúde do distrito leste de Porto Alegre**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. Cap. 1, p. 25-54.

RODRIGUES, P. F. V., BELLINI, M. I. A organização do trabalho e as repercussões na saúde do trabalhador e de sua família. **Textos & Contextos**, v.9, n.2, p. 345-354, 2010.

SILVA, V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995.

SILVA, Z. P., BARRETO JÚNIOR, I. F., SANT'ANA, M. C. Saúde do Trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo em Perspectiva**. v.17, n.1, p. 47-57, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2004.

TRIVINÕS, A. N. S. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas de saúde**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

WÜNSCH FILHO, V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	
INSTITUTO DE PSICOLOGIA	
<p>Pesquisa: Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Desafios e Possibilidades de Uma Experiência Municipal Pesquisadora Responsável/Autora do Projeto: Jussara Maria Rosa Mendes / Cláudia de Souza Lopes</p>	
Entrevistadora: Cláudia de Souza Lopes	Local: Porto Alegre/RS
Data:	Horário:
ROTEIRO PARA ENTREVISTA	
1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)	
Nome:	
Idade:	
Nível/Ano de Formação/Instituição:	
Formação na Área de ST: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (verificar ano e motivo da formação)	
Cargo ou Função Institucional:	
Tipo de vinculação:	
<input type="checkbox"/> Concursado <input type="checkbox"/> Terceirizado. Por quem: _____	
<input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Conveniado <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Serviço/Unidade/ Setor Vinculado (a):	
Carga Horária de Trabalho: (total semanal no SS)	
Exerce uma 2ª Função Remunerada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual? _____	
Tempo de Trabalho no Serviço Público:	
Tempo de Trabalho no Serviço de Saúde:	
2. SAÚDE DO TRABALHADOR X ATENÇÃO BÁSICA	
<p>1. Você identifica, no seu serviço de saúde, algum tipo de ação direcionada para a resolução de problemas em Saúde do Trabalhador? Caso sim, quais são elas?</p> <p>2. Nos casos de acidentes e/ou agravos relacionados ao trabalho, qual a conduta adotada por sua equipe de trabalho? Existe algum fluxo de notificação ou de encaminhamento neste caso?</p> <p>3. Você participa ou participou de capacitações em Saúde do Trabalhador? Caso sim, cite o que julgou mais importante para o aperfeiçoamento de sua prática e de onde partiu a demanda.</p> <p>4. Descreva quando ou como o (a) profissional de saúde da rede de AB, contribui para o desenvolvimento de ações em ST.</p> <p>5. O que você entende por Saúde do Trabalhador na Atenção Básica?</p> <p>6. Em sua opinião, o que constitui competência dos profissionais de saúde da AB, quando se trata da Saúde do Trabalhador?</p> <p>7. Para você, o profissional da AB está preparado para o exercício de atividades que envolvam questões relacionadas a ST? Justifique a sua resposta.</p> <p>8. Quais as facilidades encontradas no seu cotidiano de trabalho, para garantir a efetivação do direito à saúde do trabalhador que acessa a AB?</p> <p>9. Quais as dificuldades encontradas em sua prática profissional para identificar, desenvolver ou solucionar demandas que estejam relacionadas a ST?</p>	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa **“SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL”** que tem como objetivo geral analisar o processo de configuração das ações de saúde do trabalhador na rede de atenção básica; com vistas a dar visibilidade às estratégias de intervenção e as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde na inserção destas práticas na direção da promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores de Porto Alegre/RS. Sua participação é voluntária em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você responderá a um questionário, com duração prevista de em torno de 45 minutos. A entrevista será gravada e será mantido sigilo quanto à identificação dos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, e obedece a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e para qualificação das políticas públicas e serão mantidos, assim como as gravações, sob a guarda do Instituto de Psicologia da UFRGS, o qual se vincula esta pesquisa, e destruídos após 5 (cinco) anos. Serão divulgados dados gerais da pesquisa, de forma a não identificar pessoalmente os participantes. Qualquer esclarecimento ou informação adicional poderá ser obtido com a pesquisadora Cláudia de Souza Lopes, pelo telefone (51) 8212-8181. Para esclarecimentos sobre os meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com a Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes, responsável pela pesquisa, através do telefone (51) 3308-5462 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3629.

Pesquisadora: Cláudia de Souza Lopes. Assinatura: _____.

Abdicando dos meus direitos autorais, firmo o presente documento, sabendo que quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora ou pelo CEP.

Eu, _____, aceito participar do estudo acima descrito.

Assinatura: _____. Data ___/___/____. Local: _____.

Este documento consta em 02 vias: uma destinada à pesquisadora, outra ao sujeito da pesquisa.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa “**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL**” que tem como objetivo geral analisar o processo de configuração das ações de saúde do trabalhador na rede de atenção básica; com vistas a dar visibilidade às estratégias de intervenção e as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde na inserção destas práticas na direção da promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores de Porto Alegre/RS. Sua participação é voluntária em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você responderá a um questionário, com duração prevista de em torno de 45 minutos. A entrevista será gravada e será mantido sigilo quanto à identificação dos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, e obedece a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e para qualificação das políticas públicas e serão mantidos, assim como as gravações, sob a guarda do Instituto de Psicologia da UFRGS, e destruídos após 5 (cinco) anos. Serão divulgados dados gerais da pesquisa, de forma a não identificar pessoalmente os participantes. Qualquer esclarecimento ou informação adicional poderá ser obtido com a pesquisadora Cláudia de Souza Lopes, pelo telefone (51) 8212-8181. Para esclarecimentos sobre os meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com a Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes, responsável pela pesquisa, através do telefone (51) 3308-5462 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS pelo telefone (51) 3289-5517.

Pesquisadora: Cláudia de Souza Lopes. Assinatura: _____.

Abdicando dos meus direitos autorais, firmo o presente documento, sabendo que quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora ou pelo CEP.

Eu, _____, aceito participar do estudo acima descrito.

Assinatura: _____. Data ___/___/____. Local: _____.

Este documento consta em 02 vias: uma destinada à pesquisadora, outra ao sujeito da pesquisa.

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO
(Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS - p. 01)

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



PROJETO DE PESQUISA

Título: SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 02563412.0.0000.5334
Pesquisador: JUSSARA MARIA ROSA MENDES
Instituição: Instituto de Psicologia - UFRGS

NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Nova versão TCLE
Justificativa: Conforme parecer consubstanciado nº: 31408, emitido pelo CEP, segue a Inclusão do
Data de Envio: 12/06/2012
Situação Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 89.603
Data da Relatoria: 02/07/2012

Apresentação da Notificação:

Foi enviada a nova versão do TCLE conforme a solicitação feita em 23/04/2012, assim como o documento de Autorização da Instituição onde serão coletados os dados.

Objetivo da Notificação:

Todo projeto de pesquisa deve seguir regras; uma delas é a clareza e objetividade do TCLE, e deve ter sempre um documento da Instituição onde será realizada a pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos, não há na participação da pesquisa.
Os benefícios serão através da produção do conhecimento, sobre o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na Rede de Atenção Básica. E, desta forma, estará contribuindo para a implementação da política de em saúde do trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

O TCLE esta de acordo com a solicitação. Quanto ao documento da Instituição, também complementou as normas exigidas pelo CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Acredito que os Termos de apresentação obrigatória correspondem positivamente as normas das Resoluções do CONEP.

Recomendações:

Não há recomendações uma vez que já foram feitas as alterações solicitadas.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5598 Fax: (51)3308-5598 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO
(Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS - p. 02)

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluindo, a contribuição desta pesquisa chega no momento exato, porque a política atual está favorável a discussão a respeito da Atenção Básica.
Pendências já não existem, nem inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

projeto aprovado pelo CEP.


PORTO ALEGRE, 04 de Setembro de 2012

Assinado por:
Jerusa Fumagalli de Salles

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3035-5698 Fax: (51)3035-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO

(Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre)



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Jussara Maria Rosa Mendes
Registro no CEP: 788 Processo Nº 001.021379.12.2
Instituição onde será desenvolvido: CS Bom Jesus, UBS Santa Cecília, CS Santa Marta e UBS Cristal
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

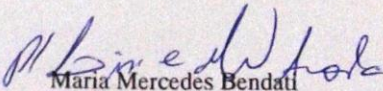
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº. **001.021379.12.2**, referente ao projeto de pesquisa: **“Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Desafios e Possibilidade de uma Experiência Municipal.”**

De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto, em sua Reunião Ordinária realizada em 24 de julho de 2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 24/07/2012.


Maria Mercedes Bendati
Coordenadora do CEP