

# SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POSSIBILIDADES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Organizadoras  
ELIZABETH COSTA DIAS  
THAIS LACERDA E SILVA

Todos os direitos autorais reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução desta obra, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros), sem a permissão prévia, por escrito, da Editora.

Texto revisado segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Direitos exclusivos



Copyright © 2013 by Editora Coopmed  
Av. Alfredo Balena, 190 • Santa Efigênia  
CEP 30130-100 • Belo Horizonte • MG  
(31) 3273.1955  
e-mail: editora@coopmed.com.br

Projeto gráfico do miolo e diagramação: Eduardo Magalhães Salles

Revisão: Magda Barbosa Roquette Taranto

Capa: Rafael Chemicatti

Imagem de capa: Paul Klee. Colors from a distance, óleo sobre cartão, 1932. Israel Museum, Jerusalém.

D541 Dias, Elizabeth Costa  
Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas/ Elizabeth Costa Dias, Thais Lacerda e Silva. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

404 p.; 17 x 24 cm

ISBN 978-85-7825-058-4

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.  
II. Thais Lacerda e Silva.

CDD 616.9803  
NLM WA 400

## ORGANIZADORAS

• **ELIZABETH COSTA DIAS**  
Médica Sanitarista e do Trabalho. Professora da Área de Saúde e Trabalho do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

• **THAIS LACERDA E SILVA**  
Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública e Meio Ambiente pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro. Pesquisadora do Núcleo de Agravos Relacionados ao Trabalho e Organização da Atenção à Saúde dos Trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais.

## SOBRE OS AUTORES

• **ADRIANA DE PAULA REIS**  
Psicóloga. Especialista em Saúde Mental: Família e Comunidade pelo Instituto de Educação Continuada – IEC da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Responsável pela implantação do serviço de Psicologia do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST Betim.

• **ANA PAULA LOPES DOS SANTOS**  
Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Intervenções em Trabalho, Subjetividade e Saúde (UFF).

• **APARECIDA LINHARES PIMENTA**  
Médica sanitária. Doutora em Saúde Coletiva (Unicamp). Secretária Municipal de Saúde de Diadema-SP (2009-2012).

• **ANDRÉA MARIA SILVEIRA**  
Médica Sanitarista e do Trabalho. Mestre em Sociologia Industrial e Urbana. Doutora em Ciências Humanas. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social (área saúde e trabalho) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

• **CARMEN MARIA RAYMUNDO**  
Assistente Social. Especialista em História da África e do Negro no Brasil. Mestre em Serviço Social, Políticas Sociais e Trabalho pela UERJ. Coordenadora do Programa de Saúde do Trabalhador Adolescente (PSTA), do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

• **CECÍLIA MARTINS COELHO**  
Fisioterapeuta. Especialista em Ergonomia. Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas

Gerais (UFMG). Especialista em Políticas e Gestão da Saúde/ Autoridade Sanitária na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

• **CHARLENI INÊS SCHERER**  
Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde da Família e em Gestão da Clínica nas Regiões Metropolitanas de Atenção à Saúde. Apoiadora Institucional no Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica.

• **CLÁUDIA D'AREDE**  
Antropóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela UFBA. Professora Substituta do Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Medicina – Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT/UFBA).

• **CRISTIANE MOREIRA MAGALHÃES ANDRADE**  
Farmacêutica. Bioquímica pela Universidade Federal de Ouro Preto. Pós-graduanda em Saúde Pública pela Associação Mineira de Farmacêuticos AMF – Newton Paiva e em Vigilância Sanitária pelo Instituto de Estudos Farmacêuticos – IFAR/PUC-Goiás.

• **DOLORES SANCHES WÜNSCH**  
Assistente Social. Doutora em Serviço Social (PUC-RS). Professora de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS).

• **EDINALVA MARIA GOMES**  
Assistente Social. Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Fiocruz. Mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal do Tocantins. Atua na equipe técnica da

## Capítulo 1

# POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ELIZABETH COSTA DIAS  
THAIS LACERDA E SILVA

As lições aprendidas sobre as possibilidades, os desafios e as contribuições concretas da Atenção Primária de Saúde (APS) para o cuidado integral da saúde dos trabalhadores no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem o objeto deste capítulo. Elas são fruto do trabalho coletivo, no estudo “Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica – estratégia de Saúde da Família – no Sistema Único de Saúde (SUS)”, encomendado, em 2007, pela área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, atual Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), a pesquisadoras da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo integra uma linha de pesquisa, que se desdobra em três enfoques complementares, com a finalidade de: subsidiar a

sistematização de conceitos, saberes e práticas sobre as ações de saúde direcionadas aos trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos, desenvolvidos pelas equipes da APS; estabelecer diretrizes para as intervenções e elaborar material de apoio técnico e pedagógico destinado a qualificar as equipes de saúde, envolvendo a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

A contribuição da APS na atenção à saúde dos trabalhadores ganhou destaque, nos anos recentes, no Brasil, em decorrência do papel de coordenação do cuidado que lhe foi atribuído, no atual modelo de atenção do SUS. Esta diretriz é clara no Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90; na Portaria 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria 2.488/2011.



A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST-SUS) destaca a importância da APS ao propor a estratégia de estruturar a RENAST, no contexto da RAS (BRASIL, 2012). Esta tendência também aparece expressa na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), aprovada pela Portaria 2.866/2011; na Portaria 3.252/2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde e na Portaria 2.728/2009, que redefiniu a organização e funcionamento da RENAST.

No plano internacional, o movimento de valorização da APS coincide com a “reinvenção da Atenção Primária em Saúde”, na denominação de Frenk (2009), como alternativa para a melhoria da integralidade e da qualidade do cuidado em saúde.

Na mesma linha, documentos das agências internacionais, particularmente da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), reiteram a importância da APS como alternativa de saída dos impasses decorrentes da complexidade crescente e dos altos custos da assistência, em uma população que envelhece rapidamente e cujo perfil epidemiológico mostra a superposição das doenças crônico-degenerativas, dos efeitos da violência e da pobreza e das doenças infecto-parasitárias, que se expressam nas doenças reemergentes e/ou negligenciadas, caracterizando a tripla carga de adoecimento.

O Plano de Ação Global de Saúde do Trabalhador 2012-2017 (*Global Plan of Action on Workers' Health 2012-2017*), que define as linhas gerais de trabalho conjunto entre o secretariado da OMS e os centros colaborado-

res em Saúde Ocupacional, destaca na prioridade n. 4 o fortalecimento dos sistemas de saúde, enfatizando as intervenções realizadas pela APS (WHO, 2012).

Na conferência proferida no 30º Congresso Internacional de Saúde Ocupacional (ICOH) realizado em março de 2012, em Cancun, México, sobre o tema “Oferta de Ações de Saúde Ocupacional a todos os trabalhadores”, a Dr.ª Maria Neira, Diretora de Saúde Pública e Ambiente da OMS-Genebra enfatizou a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde baseados na Atenção Primária, em sintonia com os princípios e valores estabelecidos na Declaração de Alma-Ata, para garantir cobertura universal e atenção integral aos trabalhadores. A conferencista criticou o reducionismo vigente de se organizar o cuidado apenas pelo critério de moradia, ficando os locais de trabalho à margem das estratégias da APS (NEIRA, 2012).

Nos dias atuais, o papel da APS cresce em importância pela possibilidade de prover cuidados de saúde aos trabalhadores, em particular, os migrantes e os informais em domicílio, suas famílias e comunidade.

O pressuposto básico que norteia os pesquisadores no desenvolvimento do estudo é de que as equipes da APS já lidam, no cotidiano, com as complexas relações trabalho-saúde-doença e ambiente que se desenrolam nos territórios onde atuam. Para isto elas buscam soluções que são, ou podem ser nomeadas como “ações de saúde do trabalhador”. Em muitos casos, os profissionais reconhecem os problemas, porém, permanecem angustiados, e sem saber bem o que fazer, e com que apoio podem contar.

Outra questão valorizada pelos pesquisa-

dores foi a necessidade de conhecer mais sobre o processo de trabalho das equipes da APS, categoria central para a Saúde do Trabalhador.

Estes posicionamentos, de certa forma, invertem a lógica das iniciativas tradicionalmente desenvolvidas com as equipes da APS, geralmente organizadas no sentido de levar conceitos e informações sobre as relações trabalho-saúde-doença e sobre a atuação dos CEREST e organização da RENAST.

A sistematização de conceitos, saberes e práticas sobre o tema da Saúde do Trabalhador na APS foi realizada a partir das seguintes etapas:

- Análise documental;
- Revisão da literatura técnico-científica;
- Consulta aos dirigentes estaduais da Atenção Primária, Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e coordenadores de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regionais; e
- Grupos focais com equipes de Saúde da Família.

A etapa de análise documental envolveu a leitura e análise da Política Nacional de Atenção Básica e da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; das Portarias n. 4279/2010 e 3252/2009; do Caderno de Atenção Básica n. 05 Saúde do Trabalhador e do Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre outros.

A revisão da literatura técnico-científica foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Portal periódicos da CAPES, Biblioteca

Virtual em Saúde Pública Brasil (BVS), Banco de teses e dissertações da Universidade de Campinas (Unicamp) e Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), publicados no período de 2000 a 2012. Foram utilizados os descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Saúde do trabalhador”, “Atenção Básica” e “Atenção Primária”. Os critérios definidos para a seleção dos artigos foram: teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso (TCC) e artigos publicados em português, inglês e espanhol, na íntegra, e que retratassem a temática referente ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no âmbito da APS, indexados nos referidos bancos de dados. Também, foram considerados os registros de apresentações em reuniões, congressos e seminários da área de Saúde Pública/Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde do Trabalhador, denominados de “bibliografia informal”.

A consulta aos Coordenadores Estaduais de Saúde do Trabalhador, Saúde Ambiental, Atenção Básica e coordenadores de CEREST estaduais e regionais foi realizada em 2008, por meio de questionário eletrônico, como o objetivo de identificar ações de fomento e iniciativas no âmbito da APS, nos respectivos estados.

Os grupos focais e de discussão, com a participação de ACS; assistentes sociais; médicos; enfermeiros e coordenadores de unidades básicas de saúde de diferentes regiões do país foram realizados com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as ações de cuidado aos usuários trabalhadores, pelas equipes de Saúde da Família.

Os resultados desses estudos permitiram conhecer mais sobre o processo de trabalho



das equipes de Saúde da Família (eSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde: características, instrumentos e formas de organização do trabalho, potencialmente facilitadores do cuidado aos trabalhadores, bem como dificuldades vivenciadas pelas equipes para responder às necessidades e demandas.

As observações também contribuíram para a produção de material de apoio técnico e pedagógico e a proposição de diretrizes para a consolidação das ações de saúde do trabalhador pelas equipes da APS, com o suporte dos CEREST e de outras instâncias do SUS, na estratégia de apoio matricial. Entre os desdobramentos desse trabalho está em curso estudo que tem por foco as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito da APS.

O estudo envolveu equipe multiprofissional e interinstitucional, integrada por profissionais inseridos em distintas esferas de atuação do SUS, nos estados de Minas Gerais, Tocantins e Ceará; professores e pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e de outras instituições nacionais de ensino e pesquisa, entre elas o Centro de Estudos sobre Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Fundação Oswaldo Cruz (CESTEH/FIOCRUZ) no Rio de Janeiro e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aspectos da aprendizagem desse processo estão registrados neste texto, organizado em três partes. Inicialmente, são recuperados aspectos histórico-conceituais, descritas as principais características da organização da APS e os marcos regulatórios sobre a contribuição da APS para o cuidado da saúde dos trabalhadores no SUS. A seguir, são apresentadas as ações desenvolvidas pe-

las equipes da APS; os principais desafios e dificuldades no cuidado aos trabalhadores e proposta uma agenda de trabalho, que enfatiza a necessidade de suporte técnico e pedagógico das equipes, pelos CEREST e por outras instâncias do SUS.

De acordo com a orientação da Política Nacional de Atenção Básica de 2011, as designações "Atenção Primária à Saúde" e "Atenção Básica" são utilizadas, neste texto, como sinônimas (BRASIL, 2011).

#### CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Para facilitar o entendimento sobre a contribuição da Atenção Primária no cuidado integral à saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção particular nos processos produtivos, serão descritos, a seguir, os antecedentes e a organização da atenção no âmbito do SUS, segundo as premissas do campo da Saúde do Trabalhador.

##### Antecedentes

A proposta de atenção integral à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde toma corpo no Brasil, nos anos 80, no processo de luta pela redemocratização e pela Reforma Sanitária. O movimento pela Saúde do Trabalhador reunia técnicos da rede pública de serviços de saúde, do Ministério do Trabalho e da Previdência Social e das universidades, que em parceria com lideranças sindicais e de organizações de trabalhadores buscavam: desvelar as consequências negativas do trabalho sobre a saúde, traduzidas em um perfil diferenciado de adoecimento e morte dos trabalhadores; e construir formas

de intervenção, visando a melhoria das condições de trabalho e de vida.

Seguindo o paradigma da Saúde Coletiva, o modelo de atenção à saúde dos trabalhadores se organizou como prática de saúde integral, considerando indissociáveis as ações de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde, incluindo a reabilitação, com a participação dos trabalhadores como sujeitos sociais e atores em todas as fases dos processos. As ações de saúde deveriam ser conduzidas por equipe multiprofissional, considerando o indivíduo e o coletivo de trabalhadores, por meio do esforço organizado da sociedade, com o protagonismo dos trabalhadores, na busca da melhoria das condições de vida e de trabalho e da eliminação ou redução dos problemas de saúde relacionados ou não ao trabalho, visando o bem-estar dos trabalhadores.

Entre os princípios que orientam a institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS, destacam-se o direito dos trabalhadores à proteção social, independentemente do tipo de vínculo de trabalho – se formal, informal, servidor, militar, empregado doméstico, entre outros, de dispor de um ambiente de trabalho saudável e o direito de recusa do trabalho perigoso e/ou insalubre, exercício que pressupõe a informação e a sustentação política por suas organizações representativas.

No processo constituinte esse esforço resultou na atribuição da atenção integral à saúde dos trabalhadores ao SUS, posteriormente regulamentada pela Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). A cobertura universal, princípio do SUS, rompeu com o modelo vigente até então de que a assistência ao trabalhador e a seus familiares estava atrelada ao vínculo formal de trabalho.

A Lei 8.080/90 explicitou conceitos, atri-

buições e ações de atenção à saúde dos trabalhadores nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. O modelo de atenção adotado, à época, priorizou a criação e reforço dos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, alguns deles anteriores ao próprio SUS, como forma de concentrar os recursos disponíveis e potencializar as ações. Entretanto, iniciativas e ações voltadas para o cuidado dos trabalhadores na rede da APS já apareciam de modo sistemático, nos três níveis de gestão, nesse período, como assinala Vasconcelos e colaboradores, 2009.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 estabeleceu normas e procedimentos para o processo de descentralização e gestão das ações e serviços de saúde, com o objetivo de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Em 1996, nova versão da NOB-SUS reforçou a estruturação da Atenção Básica (AB), por meio de iniciativas, entre elas: a ampliação e organização da rede de serviços públicos em diversas regiões do país; o aumento do volume de transferências financeiras do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais e o incentivo de ações estratégicas, especificamente, da expansão da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1996).

Na Saúde do Trabalhador, essas iniciativas resultaram na elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), publicada pela Portaria Federal n. 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 1998).

No âmbito da APS, na esfera federal foram preparados instrumentos de apoio e



orientação das equipes, como por exemplo, o Caderno da Atenção Básica de Saúde do Trabalhador CAB 5 (BRASIL, 2001a), o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde sobre as Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001b) e o Módulo Instrucional da Atenção Básica (BRASIL, 2002).

A criação da RENAST, em 2002, trouxe avanços estratégicos para a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS, por privilegiar a organização das ações de saúde, em rede, tendo o CEREST como *locus* privilegiado de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente. Porém, também representou um retrocesso, uma vez que redirecionou os rumos do processo que enfatizava a atuação da APS (BRASIL, 2002; DIAS; HOEFEL, 2005).

Assim, após 10 anos da implementação da estratégia da RENAST, é possível identificar entre os avanços para a institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS, entre outros, a ampliação da visibilidade da área e da interlocução com os gestores; o acúmulo de experiência e saberes por parte das equipes e a ampliação da capacitação de técnicos, gestores e participantes do controle social sobre as relações produção-consumo-ambiente e saúde (DIAS, *et al*, 2011). Porém, é recente e incipiente a retomada da organização, de modo sistemático, de ações de cuidado integral à saúde dos trabalhadores no âmbito da APS.

A crescente aproximação dos campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ambiental, tendo denominador comum o modelo de desenvolvimento adotado no país, baseia-se na compreensão de que os mesmos processos produtivos são responsáveis pela degradação

do meio ambiente e dos ambientes de trabalho e pelos danos e agravos à saúde que acometem a população geral e os trabalhadores, em particular (RIGOTTO, 2005).

A percepção e discussão sobre os efeitos dos processos de produção e consumo sobre a saúde humana e o ambiente têm sido acompanhadas da institucionalização das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e de Saúde Ambiental, nos três níveis de gestão do SUS. (DIAS; LACERDA E SILVA; ALMEIDA, 2012; NETTO; CARNEIRO; ARAGÃO, 2006).

Neste cenário, cabe perguntar: Por que a Atenção Primária é importante para o cuidado integral da saúde dos trabalhadores?

A referência conceitual de Atenção Primária à Saúde continua sendo a definição adotada na Conferência Internacional sobre o tema em Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em setembro de 1978, que define a APS como:

[...] atenção essencial em saúde baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, acessível aos indivíduos e às famílias na comunidade, através de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem assumir para a sua manutenção. A Atenção Primária de Saúde forma parte integral do sistema de saúde de um país, assim como do desenvolvimento econômico e social da comunidade [...] aproximando a atenção de saúde, tanto quanto seja possível, do lugar onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978; OPS, 2005).

Assim, pode-se dizer que a ênfase no cuidado à saúde dos trabalhadores na APS está

presente desde o início da institucionalização da proposta.

As transformações radicais que ocorrem no “mundo do trabalho”, em escala global, mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação e pelas novas formas de organização e gestão dos processos produtivos têm impactos dramáticos nos modos de vida, valores, crenças e comportamentos dos trabalhadores. Algumas de suas consequências: o desemprego estrutural, a intensificação e aumento da complexidade das tarefas, a precarização dos vínculos; a ausência ou fragilidade da proteção social, e a ruptura dos laços de solidariedade entre os trabalhadores, a degradação ambiental, entre outras, têm impactos dramáticos sobre a saúde (ANTUNES, 2010).

Essas mudanças na organização e gestão do trabalho repercutem sobre o perfil epidemiológico da população trabalhadora, gerando novas necessidades em saúde, que a sociedade e o aparelho estatal encontram dificuldades para responder.

No Brasil, dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) demonstram que cerca de 40 milhões de trabalhadores encontram-se no setor informal ou nas “franjas da informalidade”, muitas vezes, em atividades que integram cadeias produtivas de setores tradicionais da economia, como, por exemplo, a indústria metalúrgica, de vestuário, calçadista e de alimentos. Etapas ou parcelas do processo de trabalho, geralmente consideradas mais “sujas”, arriscadas e perigosas para a saúde, são desenvolvidas em pequenas unidades fabris, por vezes no domicílio do trabalhador (NEHMY; DIAS, 2010).

A invisibilidade dessa situação contribui

para que esses trabalhadores permaneçam à margem da regulação, inspeção e fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e da ação dos sindicatos e das organizações de trabalhadores. O SUS, e em particular, a estratégia de Saúde da Família (eSF), pode vir a ser a única possibilidade da presença concreta do Estado no cuidado à saúde desses trabalhadores (VIEIRA, 2009).

### CARACTERÍSTICAS DA APS E BASES LEGAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Como mencionado anteriormente, no Brasil, o Decreto 7.508/2011 e a Portaria 4.279/2010, que orienta as redes de atenção, atribuem à APS o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, destacando sua capacidade resolutiva dos problemas mais comuns de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), redefinida em 2011 pela Portaria n. 2.488/2011, estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS, caracterizando-a como:

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 de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 2).

A PNAB prescreve práticas de cuidado e gestão democrática e participativa, desenvol-



vidas por equipes multiprofissionais, direcionadas a populações de territórios delimitados e dinâmicos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, com alto grau de descentralização e capilaridade. Para isto, as equipes utilizam tecnologias de cuidado complexas e variadas para resolver as demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes, definidas a partir de critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e de aspectos éticos.

A APS 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. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, para produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a principal estratégia proposta para superar a fragmentação do cuidado e da gestão; garantir acesso e criar espaços de acolhimento e vínculo entre profissionais e usuários, assegurando ações e serviços com efetividade e eficiência. São definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado e prover atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada e facilitar o acesso, a equidade, eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica” (BRASIL, 2010).

Na perspectiva da RAS, os pontos de atenção à saúde são espaços de oferta de serviços de saúde e podem ser: o domicílio, as

unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços especializados de hemoterapia e hematologia, por exemplo; os centros de apoio psicossocial; as residências terapêuticas, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos e se diferenciam apenas pela densidade tecnológica que incorporam (BRASIL, 2010; MENDES, 2009).

Entre as características da APS que justificam sua centralidade destacam-se: a capilaridade de seus serviços, presente em todos os 5.564 municípios brasileiros; a potencialidade oferecida para que as ações e serviços de saúde sejam organizados com base nas necessidades concretas de saúde da população, provimento de atenção contínua e integral por equipe multidisciplinar, considerando o usuário-sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, entre outras (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Desse modo, 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. Além disso, permite a geração de informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores de saúde mais fidedigna (LACERDA E SILVA; DIAS; SILVA, 2012; SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), pelo

Decreto Presidencial n. 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. 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, 2011). O documento, construído por metodologia tripartite, com representação de organizações de trabalhadores, do patronato e dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, da Saúde e do Meio Ambiente, explicita as ações e responsabilidades a serem desenvolvidas pelos organismos de governo responsáveis pela proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Ele orienta a interlocução interministerial na direção de uma política de Estado, mas carece de um posicionamento mais firme sobre a participação dos trabalhadores e o controle social.

A PNSST tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, o diálogo social e a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência e reabilitação, com o objetivo de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele. Entre os aspectos positivos, explicitados no documento, destaca-se o conceito de atenção integral, que se aproxima da proposta historicamente construída pelo movimento da Saúde do Trabalhador. (BRASIL, 2011).

A integralidade da atenção pressupõe a indissociabilidade das ações de promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis,

a proteção da saúde e prevenção de agravos e do adoecimento, a vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho e as ações assistenciais, que incluem a reabilitação física e psicossocial, em nível individual e coletivo, considerando os aspectos biológicos, sociopolíticos e culturais envolvidos.

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. Também aumenta a responsabilidade do SUS que nasceu sob a égide da universalidade e cuja capilaridade da rede de serviços, presente em todos os municípios brasileiros, permite alcançar os trabalhadores “o mais próximo possível de onde moram e trabalham”, por meio da APS.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora 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 as mudanças nos processos produtivos e com a participação dos trabalhadores como sujeitos das ações de saúde (BRASIL, 2012).

As estratégias definidas no documento da PNST-SUS para a implantação da atenção integral à saúde do trabalhador compreendem



(BRASIL, 2012): a) a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da vigilância em saúde e com a APS; b) a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; c) a estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no contexto da RAS; d) o fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial; e) o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; f) o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos e g) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde são destacados nos objetivos da PNST-SUS, em sintonia com a Portaria 3.252/2009. O Decreto 7.508/2011 prescreve que as ações de vigilância em saúde são condição essencial para que se institua uma região de saúde e orienta que sejam, também, desenvolvidas no âmbito da APS (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011).

A vigilância em saúde envolve ações de promoção da saúde, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, organizadas a partir da articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador, com o objetivo de realizar:

[...] a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009, p. 3).

Desse modo, os setores responsáveis pela Vigilância em Saúde devem incorporar, de forma sistemática, a contribuição do trabalho como determinante do processo saúde-doença das pessoas e da qualidade ambiental, em ações transversais, desenvolvidas por equipes multidisciplinares, articuladas intra e inter-setorialmente. Além dos princípios clássicos do SUS, de universalidade, integralidade e equidade, com controle social, devem incorporar o princípio da precaução, assumido pela Saúde Ambiental (DIAS, 2008; PORTO, 2002).

Nos termos da Portaria 3.252/09, a Vigilância em Saúde Ambiental busca o conhecimento e mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. A Vigilância da Saúde do Trabalhador busca a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e em seus determinantes, decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (BRASIL, 2009).

No plano organizacional, desde 2007 a Coordenação Geral de Saúde Ambiental (CGVAM) e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) conformam o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS. Movimento semelhante tem sido observado nos estados e nos municípios de maior porte.

## AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA APS: LIÇÕES APRENDIDAS E POSSIBILIDADES DE APERFEIÇOAMENTO E AMPLIAÇÃO

A contribuição das equipes da APS para a atenção integral à saúde dos usuários-trabalhadores, no exercício da responsabilidade sanitária sobre o território, pressupõe o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população, e a sua incorporação no planejamento das ações. Nesse sentido, o território é considerado “espaço sociopolítico dinâmico, com trabalhadores residentes e não residentes executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares” (BRASIL, 2012, p. 19).

A territorialização do cuidado à saúde, base da organização da APS, esbarra em dificuldades decorrentes dos processos de territorialização e de desterritorialização do trabalho observadas na atualidade, que se expressam na dinamicidade com que as atividades econômicas surgem e desaparecem, dependendo de interesses econômicos e políticos envolvidos. A migração dos trabalhadores tem consequências para a saúde dos indivíduos, para a vida social e para o sistema de saúde, pois, geralmente, as localidades e os serviços públicos não estão preparados para absorver as demandas decorrentes das mudanças demográficas e de comportamento que se expressam, por exemplo, no aumento do consumo de drogas, na violência, na gravidez precoce, entre outros problemas (VILAS BOAS; DIAS, 2008).

Além de confirmar o pressuposto enunciado anteriormente, de que as equipes de saúde da APS desenvolvem ações de cuida-

do aos usuários trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos, os resultados das buscas na literatura técnico-científica e das oficinas de trabalho desenvolvidas com equipes de Saúde da Família permitiram sistematizar e organizar as ações desenvolvidas em quatro grupos ou eixos, que serão descritos a seguir.

### Mapeamento das atividades produtivas e do perfil dos usuários trabalhadores

Na rotina de trabalho das equipes da APS, o “mapeamento do território”, denominado em algumas regiões de “diagnóstico local” da área de atuação da equipe, é uma das primeiras atividades desenvolvidas no processo de implantação de uma unidade básica de saúde. Essa atividade é realizada e atualizada periodicamente pelos ACS, que identificam hospitais, escolas, igrejas, postos policiais, campo de futebol, quadra de esporte, rios, locais propensos a inundações, depósitos onde são despejados lixos, fábricas, comércio em geral, entre outros presentes no território.

Assim, a cartografia do território possibilita à equipe conhecer mais sobre a situação de vida das famílias e sobre determinantes e condicionantes do processo saúde-doença dessas. Para as ações de saúde do trabalhador, é importante que seja discutido o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença da população que vive e trabalha no território de atuação dessas equipes.

Embora os ACS muitas vezes incorporem no mapeamento do território, os processos produtivos instalados, observou-se que esta informação não é discutida pelas equipes e tampouco utilizada para o planejamento de ações de cuidado aos trabalhadores.



O cadastramento das famílias, realizado pelos ACS, por meio do preenchimento da Ficha A, é outra etapa importante no processo de trabalho das equipes, pois permite caracterizar quem são os trabalhadores que residem no território a partir do registro de dados como: sexo, idade, escolaridade, ocupação ou situação de desemprego, possíveis doenças ou agravos referidos pelos usuários, entre outras. Alguns municípios têm orientado os ACS a preencherem no campo "Observações" as atividades produtivas desenvolvidas pelos usuários nos espaços domiciliares e peridomiciliares, como, por exemplo: costura, produção e venda de alimentos, produção de produtos de limpeza, etc. A sistematização dessas informações permite que a equipe conheça o perfil do trabalho desenvolvido em domicílio e as situações de risco e vulnerabilidade a que estão expostos, de forma a subsidiar o planejamento de ações de intervenção nas relações trabalho-saúde-doença (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

É interessante destacar que o preenchimento adequado do campo "doenças ou condições referidas", presente na Ficha A, permite conhecer, ainda que de modo aproximado, o perfil epidemiológico dos usuários-trabalhadores, que inclui os possíveis agravos e doenças relacionadas ao trabalho. Em geral, os ACS registram as condições e/ou doenças referidas pelos membros das famílias, tais como diabetes, hipertensão e tuberculose. Não é habitual o registro de condições relacionadas ao trabalho, sendo importante qualificar o ACS para preencher esse campo, assinalando também a ocorrência de acidente de trabalho (AT) e ou de doença relacionada ao Trabalho (DRT), nos casos em que for referido pelo usuário.

### Identificação do usuário trabalhador e o estabelecimento da relação entre o agravo e ou adoecimento e o trabalho

As informações sobre o perfil dos trabalhadores que integram a população de usuários sob a responsabilidade das equipes da APS, obtidas a partir do mapeamento local e cadastramento das famílias, podem e devem ser complementadas em outras abordagens que envolvem o processo de trabalho das equipes.

O acolhimento e a consulta médica e de enfermagem, por exemplo, são oportunidades para reconhecer *o usuário como trabalhador*. É essencial que o profissional de saúde que desempenha estas tarefas investigue se a queixa ou problema de saúde explicitado pelo usuário possuem relação com o trabalho atual ou pregresso destes, por meio da coleta da história ocupacional.

Tradicionalmente, na formação médica e dos enfermeiros, pouca ou nenhuma atenção é dada à coleta dessa informação, essencial para auxiliar no diagnóstico e na definição do plano terapêutico e estabelecer a relação entre o agravo ou doença e o trabalho. De acordo com Chiavegatto (2010) esta lacuna na formação dificulta que os profissionais realizem-na em suas práticas cotidianas de trabalho.

Entre as perguntas básicas que devem ser feitas ao trabalhador, estão: o que faz? Como faz? Que produtos e instrumentos utiliza? Em que condições executa o trabalho? Há quanto tempo? Em que ritmo? Quais as exigências de produtividade? – etc. Ouvir o trabalhador falando de seu trabalho, de suas impressões e sentimentos, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele é a tradução prática da recomendação feita aos médicos por Ramazzini, em 1700, sobre a necessidade de perguntar a seus pacientes sobre sua

profissão e considerar a resposta no raciocínio clínico (DIAS; LAUAR, 2012).

A escuta do trabalhador permite conhecer as tarefas mais frequentes por ele executadas; as exigências em termos de esforço físico, posturas, gestos e movimentos; a descrição de produtos utilizados; a presença ou não de cheiros e/ou interferências nas atividades (por exemplo, ruído e comunicação); o número de peças produzidas; a intensidade e formas de controle de ritmos de trabalho; as interações existentes com outras tarefas; imprevistos e incidentes que podem aumentar as exposições; dados do ambiente físico; a adoção de medidas de proteção coletivas e individuais, etc.

Em alguns casos, a investigação de uma doença relacionada ao trabalho, identificada a partir da anamnese clínico-ocupacional, pode demandar informações complementares a serem buscadas, por exemplo, na bibliografia especializada ou junto à empresa onde o usuário trabalha ou trabalhou. Ao término da coleta da história, deve ser feito um resumo no prontuário contendo, no mínimo, a descrição da função desempenhada pelo trabalhador, tempo de trabalho e principais fatores de risco a que o paciente esteve exposto, bem como a possível relação com as queixas ou achados clínicos. Esse procedimento facilitará o raciocínio clínico e o estabelecimento de nexos entre o trabalho e a doença apresentada pelo usuário e servirá como orientação para os procedimentos propedêuticos, terapêuticos e demais condutas a serem adotadas (DIAS; LAUAR, 2012).

Considerando que os problemas de saúde relacionados ao trabalho muitas vezes são complexos e não podem ser resolvidos na APS, para que esta possa de fato coordenar o

cuidado integral à saúde do usuário-trabalhador, é essencial contar com o apoio de outros pontos de atenção da rede, para garantir o diagnóstico correto, o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho, definir e implementar adequadamente o plano terapêutico. Os fluxos de referência e contrarreferência do usuário trabalhador e os processos de regulação devem estar bem estabelecidos e as linhas de cuidado construídas para cada um dos agravos prevalentes e/ou de mais gravidade na população do território.

O estabelecimento da relação do agravo ou doença com o trabalho deve desencadear a notificação no SINAN e as ações de vigilância e intervenções em ambientes de trabalho de modo articulado com a vigilância em saúde. Além disso, o trabalhador deve ser orientado quanto à gênese, evolução e prevenção da doença e sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários.

### Ações educativas, de promoção da saúde e orientação dos usuários trabalhadores

As ações educativas e de promoção da saúde são parte do cotidiano das equipes da APS e podem ser realizadas no domicílio, na UBS e em outros espaços comunitários. Elas requerem o estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo entre equipes de saúde e usuários/comunidades.

Na perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador, as ações de promoção da saúde incluem o reconhecimento do trabalho como oportunidade de saúde, uma vez que o adoecimento não é inerente a ele, segundo enfoque da determinação social do processo saúde-doença. Assim, essas ações visam a "empoderar" os trabalhadores, por meio do



conhecimento e de informações sobre as relações trabalho-saúde-doença e do estímulo à organização dos trabalhadores.

Entre as ações educativas destinadas ao usuário-trabalhador desenvolvidas pela equipe da APS, com destaque para os ACS, estão:

- Diálogo com os trabalhadores sobre seu trabalho, os possíveis riscos e perigos a que eles podem estar expostos e a importância das medidas de proteção e prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho;
- Orientação sobre a linha de cuidado à saúde dos usuários trabalhadores: informações sobre os serviços de saúde disponíveis e os fluxos de atendimento;
- Orientações sobre os direitos trabalhistas e previdenciários, quando o trabalhador for segurado pela Previdência Social.

Muitas das atividades educativas podem e devem ser desenvolvidas coletivamente, inclusive nos grupos já formados pela equipe da APS, nos quais participam trabalhadores como, por exemplo, grupos de hipertensos, gestantes, entre outros, que oferecem oportunidade para discussão da relação saúde-doença-trabalho. Também podem ser formados grupos temáticos específicos, considerando o agravamento ou a situação de exposição, como grupos de portadores de LER/DORT, de pneumopatias ocupacionais ou destinados a adolescentes economicamente ativos.

O ACS desempenha papel fundamental no desenvolvimento das ações educativas, atuando como mediador, tradutor e elo entre as equipes de saúde e a comunidade. Como membro da equipe e morador do território em que trabalha, possui amplo conhecimento sobre os processos produtivos instalados

no território e a influência desses na saúde das pessoas e também sobre o ambiente. Conhece de modo particular o perfil ocupacional das famílias e as principais queixas, demandas e problemas que possam estar relacionados ao trabalho. Entretanto, para desenvolver bem seu trabalho, ele necessita ser capacitado e contar com suporte técnico permanente.

#### Ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador

A vigilância em saúde é, na atualidade, um dos grandes desafios para o SUS e para a APS e deve ser feita de modo articulado com a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que incluem a vigilância dos expostos e dos agravos à saúde relacionados ao trabalho e a vigilância dos fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho com a finalidade de avaliar e monitorar a situação de saúde e articular as ações de promoção e de proteção da saúde (BRASIL, 2012).

É importante registrar os questionamentos feitos por profissionais do campo da Saúde do Trabalhador sobre a adequação de se denominar certas ações desenvolvidas pelas equipes da APS como sendo de “vigilância em saúde do trabalhador”, pois, muitas vezes, as ações desenvolvidas não cumprem alguns dos requisitos básicos que conceitualmente caracterizam ações de VISAT. Como exemplo, citam-se o envolvimento dos trabalhadores em todas as etapas do processo e a transformação das condições de trabalho geradoras de doença.

Entretanto, em que pese essas dificulda-

des, é importante reconhecer que as equipes desenvolvem práticas inovadoras no campo da VISAT e que as dificuldades encontradas se devem, entre outras questões, à falta de qualificação para intervir sobre o processo trabalho-saúde-doença e a ausência de suporte do setor de Vigilância em Saúde e outras instâncias especializadas em Saúde do Trabalhador.

A experiência e os estudos disponíveis têm mostrado que as equipes da APS consideram e atuam sobre fatores determinantes da saúde presentes no meio ambiente, que muitas vezes se estendem aos ambientes de trabalho. Porém, as intervenções sobre os determinantes frequentemente requerem atuação integrada com setores de Meio Ambiente, do Ministério do Trabalho, do Ministério Público, entre outros, em ações intersetoriais.

Outra ação importante de vigilância, compartilhada com a vigilância epidemiológica, refere-se à investigação e à notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho ao SINAN, prescrita na Portaria 104/2011. A notificação é importante para reverter o atual quadro de sub-registro e dar visibilidade aos problemas, permitindo que as questões de saúde do trabalhador entrem na agenda técnica e política dos gestores e do controle social do SUS.

Fatores que contribuem para a subnotificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho devem ser corrigidos, entre eles a exigência de que apenas sejam notificados os casos confirmados, com exceção das intoxicações exógenas, e de que as notificações sejam realizadas pelos serviços da rede sentinela da RENAST.

A Ficha D, utilizada pelas equipes da APS para registrar atividades, procedimentos e notificação, possui dados importantes que de-

vem ser incorporados na análise da situação de saúde dos trabalhadores. Nela devem ser registrados mensalmente os atendimentos específicos de acidentados no trabalho. Embora esse registro seja importante, é preciso modificar a orientação disponível no SIAB para o preenchimento do campo, o qual define que deverão ser registrados apenas acidentes de trabalho para os quais foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que é um instrumento da que se refere apenas aos acidentes ocorridos com trabalhadores segurados pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), o que fere o princípio da universalidade do SUS.

No campo de doenças e/ou condições referidas a ser preenchido na Ficha A, recomenda-se, como afirmado anteriormente, que os ACS incluam as siglas AT (acidente de trabalho) e DRT (doença relacionada ao trabalho). Esses registros devem ser acompanhados e analisados pelas equipes, com o apoio de técnicos da vigilância em saúde.

Segundo Dias, Lacerda e Silva e Almeida (2012), são exemplos de ações de VISAT que devem ser incorporadas de forma organizada e sistemática no processo de trabalho das equipes da APS:

- Mapeamento dos processos produtivos do território e identificação dos riscos e perigos à saúde associados às atividades laborais;
- Identificação do perfil ocupacional e dos trabalhadores mais vulneráveis (desempregados, trabalho infantil, trabalho domiciliar, entre outros);
- Notificação de agravos relacionados ao trabalho no SINAN;
- Análise da situação de saúde da população trabalhadora que vive no território.



rio de abrangência das equipes e definição de ações prioritárias;

- Articulação intra e intersetorial para a vigilância dos processos e ambientes de trabalho.

Atenção especial deve ser dada à vigilância de ambientes de trabalho realizado no domicílio e no peridomicílio, buscando conhecer como as atividades produtivas desenvolvidas impactam a saúde dos trabalhadores e suas famílias e propor ações de intervenção, com a participação dos trabalhadores.

O desenvolvimento de ações de vigilância no âmbito da APS, em especial, de vigilância dos ambientes de trabalho, devem contar com o apoio de outros dispositivos do SUS, como a vigilância sanitária, a vigilância em saúde do trabalhador, a vigilância ambiental e CEREST. Entretanto, é importante lembrar que muitos municípios, principalmente os de menor porte, possuem apenas os setores de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, recomendando-se, nesses casos, a ampliação do objeto de intervenção dessas vigilâncias, incluindo as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores.

#### DIFICULDADES E DESAFIOS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES PELAS EQUIPES DA APS

Embora se reconheça a centralidade da APS para a garantia da atenção integral aos trabalhadores, é importante considerar que a adscrição das famílias às equipes de saúde da família considera apenas o critério de domicílio no território, impossibilitando o cuidado dos indivíduos que trabalham e não residem no território de abrangência das equipes.

A proposta de prover atenção aos trabalhadores que não residem, mas trabalham no território, vem sendo defendida em fóruns no âmbito da APS, como demonstra estudo de avaliação da implementação de equipes de SF em 10 grandes centros urbanos, encomendado pelo MS. A identificação da existência de cidades “dormitórios” das regiões metropolitanas levou a equipe a recomendar a adscrição por local de trabalho ou por meio de inscrição individual dos usuários-trabalhadores em unidades de saúde da família próximas dos seus locais de trabalho (BRASIL, 2005).

Outras dificuldades também devem ser levadas em conta quando se discute a organização do cuidado à saúde dos trabalhadores na APS, tais como: a desvalorização social traduzida na ausência de um plano de carreira, responsável por alta rotatividade dos profissionais, particularmente dos médicos; a deficiência da infraestrutura, refletida na precariedade da rede física; a inadequação das condições de trabalho; a ausência de fluxos bem definidos e eficientes de regulação; a hegemonia das ações assistenciais, que ocupam a maior parte do tempo de trabalho das equipes; as deficiências na formação e no suporte técnico para o enfrentamento de situações mais complexas; a sobrecarga de trabalho das equipes; a necessidade de mudanças no processo de trabalho das equipes, entre outras.

É necessário superar as dificuldades próprias da APS, algumas bem conhecidas e que persistem, apesar dos grandes investimentos feitos nos três níveis de gestão do SUS visando à mudança do modelo de atenção. A estas se somam outras, afeitas ao campo da Saúde do Trabalhador.

Na Saúde do Trabalhador, um campo relativamente novo, cujas ações são muitas vezes desconhecidas ou evitadas pelo potencial de conflitos éticos e políticos, é importante superar, entre outras dificuldades, aquelas decorrentes da preparação inadequada dos profissionais, que muitas vezes nem mesmo reconhecem o usuário como trabalhador.

Assim, o desenvolvimento do cuidado aos usuários trabalhadores, considerando sua inserção atual e/ou progressa no trabalho, no âmbito da APS, exige mudanças nos processos de trabalho das equipes, sólido investimento nos processos de Educação Permanente e na estruturação do apoio matricial.

A qualificação da assistência aos usuários-trabalhadores, considerando sua inserção no trabalho, exige a disponibilização de linhas de cuidado, construídas a partir dos agravos identificados como prevalentes ou de grande magnitude como problema de saúde pública, que orientem os procedimentos de promoção, vigilância e assistência. Os protocolos clínicos devem auxiliar os profissionais a estabelecer a relação entre a exposição aos riscos presentes no trabalho e o adoecimento do trabalhador, bem como orientar as ações decorrentes, entre elas o esclarecimento do trabalhador sobre seu problema ou condição de saúde, seus direitos trabalhistas e previdenciários, entre outros, além de desencadear as ações de vigilância.

A Educação Permanente deve possibilitar a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Para a saúde do trabalhador, a qualificação dessas práticas pode se dar pela inclusão da temática nos cursos pré-formatados e pela estruturação de processos de Educação Permanente

que partem da vivência das equipes de saúde e dos problemas identificados que se relacionam ao processo trabalho-saúde-doença.

Sintetizando, é essencial garantir o suporte técnico e pedagógico para as equipes para que elas possam planejar suas atividades, considerando o perfil produtivo e as condições de saúde dos usuários trabalhadores que integram a população do território de atuação da equipe.

O apoio matricial às equipes da APS para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pode ser entendido, na atualidade, como desafio e oportunidade para a redefinição do papel dos CEREST. Porém, para que cumpram bem seu papel, é necessário que mudem o olhar e “mergulhem” no SUS, junto com as equipes da APS, para ouvir e reconhecer nas suas experiências cotidianas, como estas identificam e lidam com as questões das relações trabalho-saúde-doença e ambiente. Não se trata de levar saberes prontos, mas de compartilhar experiências para construir novas práticas de saúde.

Nesse cenário, os CEREST têm a oportunidade de cumprir papel histórico de núcleo de inteligência e centro articulador das ações intra e intersetoriais e de apoio técnico especializado para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na rede atenção à saúde.

#### PONTOS PARA UMA AGENDA DE DISCUSSÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DA APS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Finalizando essas reflexões sobre a importância e possibilidades das ações de saúde do trabalhador na APS, pode-se dizer que essas



são possíveis e existem, apesar de assistemáticas e descontínuas.

No contexto da reorganização do SUS, conquista social a ser preservada e ampliada, é importante construir alternativas a partir do que já existe, aproveitando os instrumentos e as práticas desenvolvidas de rotina pelas equipes de saúde, para incorporar o trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da degradação ambiental. Também é essencial o fortalecimento da organização e participação dos trabalhadores, princípio básico do SUS e da Saúde do Trabalhador.

Ao longo desses 30 anos, pós-reunião de Alma-Ata, prosperaram inúmeras propostas da organização do modelo de atenção à saúde, tendo por base a APS, consideradas heterodoxas por uns, como corrente principal por outros, acumulando conquistas e frustrações.

A redefinição do modelo de atenção a partir da APS traz para os dirigentes de saúde do trabalhador nos três níveis de gestão, coordenadores de CEREST, de Setores da Vigilância em Saúde, entre outros profissionais, inúmeras questões que necessitam ser respondidas, entre elas:

- Como desenvolver ações de saúde do trabalhador e saúde ambiental, orientadas pela relação trabalho-saúde-ambiente, nas atividades cotidianas da APS, preservando e ampliando as conquistas e a qualidade das práticas construídas nos últimos 25 anos no SUS?
- Como garantir a resolutividade dessas ações técnica e politicamente complexas por envolver interesses conflitantes, intrínsecos à relação capital-trabalho?
- Como implementar a Vigilância em Saúde do Trabalhador na APS de modo articulado com as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, conforme prescrito na Portaria 3.252/09?
- Como intervir sobre as pequenas unidades e processos produtivos dispersos no território de abrangência da equipe de saúde, incluindo o trabalho domiciliado?
- Como qualificar e apoiar as equipes da APS para o desenvolvimento de ações na perspectiva da saúde do trabalhador e garantir a integralidade da atenção?
- Como ampliar e reforçar o papel do CEREST no apoio técnico e pedagógico às equipes da APS?

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 14ª ed. São Paulo: Cortez, 2010. v. 1. 213p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Diário Oficial da União, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno n. 5 de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Cadernos de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/index.asp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Saúde do Trabalhador*: módulo instrucional de capacitação da rede básica de saúde do SUS em saúde do trabalhador: instrutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família*: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009*. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2009b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=65&data=23/12/2009>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 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 (SUS) Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. *Decreto n. 7.602, de 7 de novembro de 2011*. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. *Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. *Portaria n. 1.823 de 23 de Agosto de 2012*. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, DOU n. 165 24/08/12 seção 1 p. 46. 2012.

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, 2010.

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

DIAS, E. C. *A inserção de ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde*: aspectos conceituais, bases legais, desafios e oportunidades. 8ª EXPOEPI, 2008. Disponível em: <[www.renastonline.org](http://www.renastonline.org)>.



DIAS, E. C. et al. *Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes*. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 63 p. Relatório técnico-científico.

DIAS, E. C. et al. *Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte, 2011. 25p. Relatório da Oficina de Trabalho.

DIAS, E. C.; LAUAR, I. D. Doenças relacionadas com o trabalho: diagnóstico e ações decorrentes. In: PEDROSO, E. R. P.; ROCHA, M. O. C. (Org.). *Clinica Médica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. No prelo.

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

DIAS, E. C. *Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* (Tese) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/Unicamp, Campinas. 1994.

FRENK, J. et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*, v. 368, n. 9546, p. 1524-1534, 2006.

FRENK J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*, v. 374, n. 9684, p. 170-173, 2009.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. *Epidemiology Community Health*, n. 53, p. 263, 1999.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. Contribuição do Agente Comunitário de Saúde na produção do cuidado aos trabalhadores. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2012. No prelo.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde na atenção à Saúde do Trabalhador. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 38, p. 859-870, 2011.

LAWN, J. E. et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Lancet*, v. 372, n. 9642, p. 917-9127, 2008.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A *Implantação das Redes de Atenção à Saúde em 2011*. CIT. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3a\\_160212.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3a_160212.pdf).

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

NEHMY, R. M. Q.; DIAS, E. C. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais?. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 20, n. 2, supl. 2, 2010.

NEIRA, M. *Delivery of Occupational Health to all workers*. Scientific Program: keynote and semipenary addresses. 30<sup>th</sup> International Congress on Occupational Health. Cancun, México. p. 109-113. 2012.

NETTO, G. F. et al. Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: HUCITEC; OPAS, 2006. p. 152-170.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Washington, D.C.: OPS, 2005. [Anexo A – Documento CD46/13]. 36p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra: OMS, 1978.

PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.

RAMAZZINI, B. *De Morbis Artificum Diatriba*: tratado sobre as doenças dos trabalhadores. Modena, 1700. Trad. Raimundo Estrela. São Paulo: Fundacentro, 1971.

RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 4, n. 6, p. 388-404, 2005.

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

VASCONCELLOS, L. C. F. et al. *Resgate histórico de estratégias adotadas no âmbito do Ministério da Saúde para a inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica (1990 – 2002)*. Belo Horizonte, 2009. Relatório de Oficina de Trabalho. Disponível em: [www.renastonline.org](http://www.renastonline.org).

VIEIRA, M. C. F. *O trabalho domiciliar e sua relação com a Saúde do Trabalhador*: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

VILAS BOAS, S. W.; DIAS, E. C. Impactos sobre a Saúde do Trabalhador – Contribuição para a discussão sobre as políticas no setor sucro-alcooleiro e as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Cap. 2. p. 23-35. Impactos da indústria canavieira no Brasil. Plataforma BNDES. editada pelo IBASE – Versão preliminar, 2008. Disponível em: <http://www.plataformabndes.org.br/site/index.php/biblioteca/category/11-analises-do-desenvolvimento>.

WHO. Global Plan of Action for Workers' Health, 2008-2017. IOAH. Newsletter, v. 20, n. 1. p. 09-12. Abril. 2012. Disponível em: [www.ioha.net](http://www.ioha.net). Acesso em 10 março de 2013.