

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Contribuição ao processo da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador”

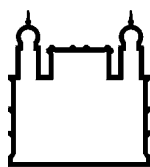
por

Thais Lacerda e Silva

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública e Meio Ambiente.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Costa Dias
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Jandira Maciel da Silva*

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Contribuição ao processo da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador”

apresentada por

Thais Lacerda e Silva

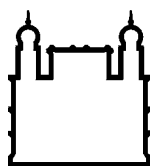
foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Prof. Dr. Frederico Peres da Costa

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Costa Dias – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 02 de dezembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 02 de dezembro de 2009.

Thais Lacerda e Silva

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085

E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Thais Lacerda e

Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários
de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. /
Thais Lacerda e Silva. --Rio de Janeiro: s.n., 2009.

xviii, 146f., tab., graf., mapas

Orientadoras: Dias, Elizabeth Costa

Silva, Jandira Maciel da

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública

DEDICATÓRIA

*Dedicado aos Agentes Comunitários de Saúde.
Em sua luta e trabalho, encontrei o valor deste estudo!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Elizabeth Dias, querida amiga e orientadora! Pela acolhida, confiança, amizade, aprendizado e companheirismo demonstrado durante todos estes dias. Algumas coisas na vida são inestimáveis e ter conhecido você é uma delas.

À Eliana, pessoa querida, pela paciência e ensinamentos que foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Com você, aprendi conceitos importantes, mas principalmente, o sentido real do que fazemos.

À Professora Jandira, co-orientadora, pela oportunidade e confiança. Sem você este projeto não seria possível.

Aos meus pais, pelo carinho e apoio constante! Aos meus irmãos: Laura, Douglas e Beto.

Ao Alexandre, companheiro querido na estrada da vida, pelo apoio e incentivo.

À Lúcia, Antônio e meus cunhados queridos, pelos inúmeros almoços de domingo e pela inestimável convivência e apoio.

À Ana Maria Ragazzi, que no momento de implantação deste projeto me auxiliou, indicando caminhos, buscando soluções e oferecendo material essencial para a caracterização do município.

À Magda e sua equipe do CEREST, por acreditarem nesta proposta e pelo suporte durante todo o projeto. Este projeto foi o início de um novo olhar sobre a construção da Saúde do Trabalhador na cidade de Betim, construção da qual vocês são parte fundamental.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, as quais levarei sempre em minha lembrança: Cida, Cimônia, Natália, Dora, Maria, Rosevânea, Carla e a todas as outras, que foram as principais atoras da construção deste trabalho.

Às enfermeiras e enfermeiro, coordenadores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde das unidades de saúde Angola e Jardim Petrópolis, muito obrigada pelo apoio e auxílio e por sempre me receberem de forma tão carinhosa.

Às coordenadoras Bernadete e Rosângela, pelo constante esforço e dedicação no sentido de contribuir para a construção da Saúde do Trabalhador no município de Betim.

Aos dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde de Betim por terem apoiado e autorizado o desenvolvimento deste projeto de pesquisa no âmbito dos serviços públicos de saúde do município.

Aos queridos colegas da ENSP, pela cumplicidade e amizade de cada um. Vocês, que nas atividades de dispersão, contribuíram na construção e aprimoramento deste trabalho.

Ao Professor Frederico Peres, obrigada pelo apoio, orientações e por acreditar em meu trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa da UFMG: Juliana, Cláudia, Breno e outros, pela amizade e carinho.

Agradeço a Deus! A Quem colocou em meu caminho pessoas maravilhosas das quais pude compartilhar experiências divinas. Obrigada por permitir-me a realização deste sonho.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias”.

Paulo Freire

RESUMO

LACERDA E SILVA T. Contribuição ao processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador. Mestrado. Pós Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública – RJ.

O presente estudo busca a construção do perfil de competência requerido aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador (ST), em sua prática de trabalho cotidiano.

Desenvolvida no município de Betim, devido à diversidade de processos produtivos distribuídos em seu território, esta pesquisa é de natureza qualitativa. Utilizou-se de técnicas de grupos a fim de compreender o trabalho do agente, suas crenças, valores e viabilizar o processo de construção coletiva do perfil de competência dos mesmos. Foram selecionados vinte ACS de duas unidades básicas de saúde seguindo o critério de maior tempo de trabalho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

A construção coletiva das competências requeridas dos ACS foi desenvolvida por meio de três oficinas de trabalho em grupo. A primeira com os objetivos de identificar a compreensão dos ACS acerca do processo trabalho-saúde-doença, assim como as ações de ST desenvolvidas por eles e delinear como estes agentes se organizam nestas tarefas bem como seus principais atributos. A segunda oficina teve como propósito central a validação dos desempenhos necessários ao desenvolvimento das ações de ST, pelos ACS. Na terceira, foi possível apresentar os resultados obtidos e validar o perfil de competência com a participação de outros profissionais da linha de cuidado do usuário trabalhador. As informações obtidas nas oficinas foram analisadas e tratadas segundo o método da análise de conteúdo.

Os resultados apontam para a divisão da prática profissional dos ACS em três áreas de competência: Promoção da saúde e prevenção de agravos; Organização do Cuidado e Educação e destacam a importância do trabalho em equipe, da estruturação da linha de cuidado em ST no SUS, da articulação inter e intra-setorial, entre outras, para garantir

ações resolutivas e atenção integral aos trabalhadores. Este trabalho oferece subsídios para a construção de capacitações dos ACS para que possam desenvolver ações de Saúde do Trabalhador em seu território de atuação.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Atenção Básica, Educação baseada em competências.

ABSTRACT

LACERDA E SILVA T. Contribution to the process of health community agents' capacitation regarding the development of occupational health actions. Master. Post-Graduate in public health and environment of the ESNP / FIOCRUZ – RJ.

The present study aims to build a competence profile for health community agents (HCA) regarding the development of occupational health (OH) actions in their daily working activities.

Carried out in the city of Betim due to the diversity of productive processes in that area, this research has a qualitative nature. Group techniques were used to understand the agent's activity, her beliefs and values and to make the process of collective construction of competence profile feasible. Twenty HCA working in two health basic units were selected using the criteria of working time length in the Program of Health Community agents (PHCA).

The collective construction of competences required to the HCA was developed through three workshops. The first was to identify the HCA's comprehension regarding the relationship health/disease and the productive processes that occur in a certain area. It was also possible to map occupational health actions developed by the agents and delineate how they organized themselves during their tasks as well as their main characteristics. The second workshop intended to establish the validation of the necessary performances regarding the development of occupational health actions by the HCA. It was possible to present the findings and validate the competence profile during the third workshop. The results were analyzed and treated according to content analysis method.

The results show that the HCA professional praxis is divided in three competence areas: health promotion and injuries prevention; care organization, and education. The findings highlights the importance of group work, occupational health care line structuring at the Unique Health System, the significance of inter and intra-sectors

articulation to promote solving actions and integral attention to the workers. This research subsidizes the construction of HCA capacities that enable them to develop occupational health actions in their working field.

Key Words: Occupational Health, Primary Health Care, Competency-Based Education.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3.	JUSTIFICATIVA	21
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	26
4.1.	A Atenção Primária à Saúde	26
4.1.1.	Aspectos históricos e conceituais	26
4.1.2.	O papel e a formação do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica	31
4.1.3.	Saúde do Trabalhador na Atenção Básica	37
4.2.	Conceito e uso do referencial de competências na formação e educação dos profissionais de saúde	42
4.2.1.	Matrizes teóricas para construção de competências	46
4.3.	Metodologia participativa – VIPP	49
5.	PERCURSO DO ESTUDO	52
5.1	Apresentação da área e da população em estudo	52
5.1.1.	O Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Betim	57
5.2.	Desenho do estudo	58
5.3.	Técnica de pesquisa	61
5.4.	Etapas do Estudo	63
5.5.	Limites do Estudo	71
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
6.1.1	Caracterização dos participantes do estudo	73
6.2.	Desempenhos necessários ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador	78
6.2.1.	Área de Competência 1: Promoção da Saúde e Prevenção de agravos ..	79
6.2.2.	Área de Competência 2: Organização do cuidado	88
6.2.3.	Área de Competência 3: Educação	94
6.3.	Limites ao trabalho do ACS: percepções a partir de práticas de grupo ..	98

7.	RECOMENDAÇÕES DE DIRETRIZES PARA A CAPACITAÇÃO DOS ACS.....	106
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
9.	REFERÊNCIAS	110
10.	ANEXOS	123
	Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	123
	Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
	Anexo 3 Matriz de validação dos desempenhos, pelos Agentes Comunitários de Saúde	129
	Anexo 4: Matriz de Validação do perfil de competências dos ACS para os profissionais de Nível Superior e Agentes Comunitários de Saúde	134
	Anexo 5: Ficha A.....	139
	Anexo 6: Perfil de Desempenhos	141

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

FIGURA 1- Localização do Município de Betim, MG.....	52
FIGURA 2 - Micro região de Betim	54
FIGURA 3 - Distribuição espacial das unidades de saúde da Atenção Básica, segundo modelo, Betim, 2009.....	55
FIGURA 4 - Distribuição espacial das unidades de saúde da Atenção Básica, segundo modelo, Betim, 2007	56
FIGURA 5 - Evolução da cobertura populacional pelos Agentes Comunitários de Saúde no município de Betim, MG.....	57

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Matriz de análise dos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde.....	68
TABELA 2 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo sobre o perfil de competência requerido para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.....	75
TABELA 3 - Relação dos participantes da Oficina III: Construção do perfil de competência dos ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.....	77

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária  Saúde

CAIST – Coordenação de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador

CAT – Comunicação de Acidentes de Trabalho

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CF – Constituição Federal

CGSAT – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDB - Lei de Diretrizes e Bases

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PEA – População Economicamente Ativa

PIASS – Programa Integrado de Ações de Saúde e Saneamento

PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SF – Saúde da Família

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

ST – Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

VIPP – Visualização em programas participativos

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) foi definida na portaria 399 GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006¹, como o eixo ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, sendo considerada por Starfield como a melhor estratégia para cuidar da saúde da população, minimizar as desigualdades existentes entre os grupos populacionais e, desse modo, favorecer o alcance da equidade².

Assim, na área da Saúde, observa-se um esforço consistente para reorganizar e incentivar a Atenção Básica e especialmente a Estratégia de Saúde da Família, como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar³.

É neste contexto que se pretende destacar a necessidade de implementação de ações de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde do SUS.

Atualmente, o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica de Saúde, em consonância com os princípios de hierarquização e descentralização das ações do SUS, é tema prioritário na agenda de saúde da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT). Nesse sentido, a CGSAT em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais vem desenvolvendo, desde 2008, um projeto de pesquisa que inclui, entre outras, atividades de reconhecimento das experiências que envolvem ações de Saúde do Trabalhador em curso na rede básica de saúde no país, e a elaboração de uma proposta pedagógica de capacitação das equipes da Atenção Básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família⁴.

Destaca-se que o redirecionamento da atenção em saúde para a Atenção Básica requer a preparação de equipes multiprofissionais adequadas às necessidades da população, o que implica, além de outras mudanças, profundas alterações na forma tradicional de formação desses profissionais. Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) juntamente ao Ministério da Educação (MEC) têm incentivado as transformações do processo de

formação dos profissionais de saúde, podendo destacar, como expressão deste esforço, a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró- Saúde), o qual possui o objetivo de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença³.

Ao ACS é atribuída importância fundamental no contexto de reformulação do modelo de atenção à saúde no Brasil e conseqüentemente, no auxílio da implementação das ações de Saúde do Trabalhador na AB. Tal relevância deve-se, em grande parte, ao seu papel de mediador social, sendo considerado por Nogueira⁵ um

“elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (p.10).”

A preparação do agente para o cumprimento de seu papel no SUS tornou-se tema de discussão no MS e ME, o que resultou na elaboração do referencial curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e, posteriormente, na realização do curso de habilitação profissional de técnicos de ACS no país⁶.

Sendo assim, visto que a AB é hoje estratégia adotada no SUS para coordenar o cuidado em saúde, é fundamental que seus serviços incorporem, em suas práticas, o papel que o trabalho ocupa na determinação do processo saúde-doença⁷. Para tal, destaca-se a importância da preparação dos profissionais da AB, especialmente, dos agentes, que possuem melhor acesso aos trabalhadores e às diferentes atividades produtivas desenvolvidas em seu território de atuação.

O estudo em questão possui como objeto a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica. Será

desenvolvido no município de Betim, situado na região metropolitana de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. A escolha do município deve-se ao caráter complexo da região no que tange à diversidade dos processos produtivos desenvolvidos em seu território, refletindo em uma variedade de situações e/ou fatores de risco no território onde as pessoas vivem e trabalham. Também devido ao movimento de aproximação entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Betim e a rede básica de saúde do município.

O desenvolvimento deste trabalho foi norteado por algumas questões, entre as quais estão:

- Qual o papel dos Agentes Comunitários de Saúde no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica?
- Como preparar o ACS para o desenvolvimento dessas ações?
- Em que consiste a formação por competências? Quais os principais modelos para a definição, identificação e construção das competências?
- Qual o perfil de competência requerido dos ACS para o desenvolvimento de ações de ST?

Esta pesquisa integra o projeto “Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Saúde da Família”, requerido pelo MS / CGSAT.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Contribuir para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Saúde, por meio da qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar o perfil de competência requerido dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador em seu território adstrito.
- Apontar diretrizes para o processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.

3. JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica é definida como um *conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (p.6)*, que por sua vez, devem ser desenvolvidas por meio de equipes multiprofissionais, com responsabilidade sanitária sobre as populações dos territórios delimitados e considerando a dinamicidade neles existente⁸.

A criação do Pacto pela Saúde 2006 traz consigo a proposta de reorganização do Sistema Único de Saúde por meio do reforço da AB, estabelecendo o seu papel de centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS¹.

Os principais argumentos que sustentam a opção pela ênfase ou a importância da AB são: a capacidade de extensão do acesso e ampliação da cobertura; constituir-se porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; oferecer melhor possibilidade de adoção de práticas de saúde integradas com a população e, também, melhor possibilidade de **avaliação do papel dos múltiplos determinantes de saúde, por estar mais próximo do ambiente em que está inserido o paciente**². Sustentando todos estes princípios destaca-se o arcabouço legal que fundamenta e reforça a o papel da AB na organização do cuidado no SUS.

Apesar da ênfase pela AB na coordenação e reordenamento do cuidado em decorrência de suas especificidades, pode-se dizer que este nível de atenção ainda não incorporou, em suas práticas, a avaliação do trabalho enquanto determinante no processo saúde-doença. É neste cenário que se destaca a importância da ST ser assumida pela rede básica de saúde, em cumprimento ao preceito constitucional de prover atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

A organização das ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde do SUS,

“constitui um processo sociopolítico e técnico em construção, iniciado nos anos oitenta, a partir de alianças solidárias entre sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos de saúde, de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social, conformando os Programas de Saúde do Trabalhador (PST)” (p.4)⁹.

Na Atenção Básica, em especial, um importante marco orientador do desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador, foi a publicação da Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST), de 1998¹⁰.

Logo após a publicação da NOST, em 1999, a área técnica de Saúde do Trabalhador organizou o *Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*, com o objetivo de efetuar um balanço do campo da ST, após dez anos de sua inclusão no SUS. Neste encontro, houve duas menções no que tange à assimilação das ações de ST na AB. Uma delas referia-se à forma de inclusão destas ações no cotidiano de trabalho das equipes do PACS/PSF, e a outra se propunha à incorporação do tema ST nas capacitações das equipes da AB¹¹.

No mesmo ano, a área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde iniciou articulações com o Departamento da Atenção Básica, com o propósito de viabilizar a elaboração de instrumentos facilitadores para preparação das equipes de PSF, para o desenvolvimento de ações de ST. Neste sentido, foi publicado em 2001 o Caderno da Atenção Básica – nº 5, da Saúde do Trabalhador, com vistas a apoiar e facilitar a capacitação dos profissionais da AB¹².

Outro importante instrumento de orientação para os serviços de saúde, incluindo a atenção básica, também lançado em 2001, foi o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho¹³.

Percebe-se, assim, o movimento de aproximação entre a área técnica de ST e o Departamento da Atenção Básica, expresso em muito pela organização de instrumentos e material pedagógico para a preparação dos profissionais da Atenção Básica.

No âmbito legal, a Portaria 1.679 de 2002 instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e definiu sua estruturação a partir da organização e implantação de ações de ST na Atenção Básica e PSF; nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), assim como na rede assistencial de média e alta complexidade. No anexo da referida portaria estão definidas diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de ST, sendo uma delas o estabelecimento da responsabilidade dos municípios na garantia de atendimento aos trabalhadores dentro do nível de atenção, tendo a AB e os serviços de emergência como portas de entrada no sistema¹⁴.

Em seguida, a portaria 2437/GM de 07 de dezembro de 2005 amplia a RENAST, definindo que as ações em ST devem ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, destacando a inclusão das ações de ST na Atenção Básica como uma das estratégias para se alcançar tal objetivo¹⁵.

Em meio às medidas adotadas no campo da Saúde do Trabalhador, com o propósito de consolidar a atenção integral na rede do sistema público de saúde, a forma de organização do SUS tomava novos rumos e se preparava para profundas transformações em seu modelo de gestão e atenção à saúde. Tais mudanças deram-se a partir do Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais, em que os gestores do SUS assumem o compromisso público de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: pacto pela vida, defesa do SUS e da gestão. No pacto pela vida, estabelecem como prioridade, a consolidação da AB, por meio da qualificação da estratégia de Saúde da Família, como sendo o modelo de atenção básica à saúde e o centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. No Pacto de Gestão regulamentam o bloco financeiro da Atenção Básica, sendo este, de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS¹.

Dessa forma, o Pacto pela Saúde 2006 propõe a reorganização do SUS, enfatizando e reforçando o papel da Atenção Básica de Saúde, agora sob a perspectiva de superar os desafios das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social⁸. Logo em seguida é publicada a portaria 648/2006¹⁶, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica e definindo estratégias de operacionalização das ações específicas para esse nível de atenção.

Em 21 fevereiro de 2008 é publicada a portaria 325/GM, que estabelece novas prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008. Nela, permanece como prioridade o fortalecimento da Atenção Básica e é acrescentada, entre outras, a área de Saúde do Trabalhador. Tais prioridades são expressas em metas municipais, estaduais e nacionais e inseridas no termo de compromisso de gestão¹⁷.

Assim, a proposta de reorganização da atenção básica de saúde como estratégia de organização do modelo tradicional do cuidado e, especialmente, a capacidade de assimilação de ações de ST nesse nível de atenção, implica na reorientação das políticas de educação em saúde.

Neste sentido, este trabalho busca contribuir para a consolidação de ações de ST na AB, por meio da qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. A importância dos agentes no desenvolvimento de ações de ST deve-se à sua proximidade com a comunidade e conseqüentemente ao melhor acesso aos trabalhadores da região de abrangência das unidades. Ao ACS tem sido atribuído o papel de mediador social, sendo considerado um

“elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado⁴(p.10.)”

Reiterando a importância do papel do ACS no SUS, têm sido destacados como elemento nuclear de reorientação da assistência à saúde no país, ou seja, na

transformação da atenção médico-curativa de ação individual para uma atenção integrada à saúde¹⁸.

Entretanto, apesar da importância do papel do ACS, os processos de capacitação desses trabalhadores têm sido descritos como descontínuos e assistemáticos¹⁸. Somam-se a isto os dados obtidos pelo Ministério da Saúde acerca da escolaridade dos ACS, que mostram que aproximadamente 60% deles possuem ensino médio completo ou incompleto, 18% o ensino fundamental completo e 22% estão por concluir o ensino fundamental¹⁹.

Assim, considerando-se a importância do ACS no contexto de mudanças das práticas de saúde, seu papel de mediador social junto à comunidade, e de como vem sendo conduzida sua formação no serviço, justifica-se a construção de processos de capacitação destes trabalhadores a fim de subsidiá-los na incorporação de ações de Saúde do Trabalhador em sua rotina de trabalho.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento do referencial teórico deste trabalho é complexo, uma vez que envolvem especificidades e entrecruzamentos temáticos dos Modelos de Atenção do SUS, da Atenção Básica, da Educação Permanente em Saúde, Saúde do Trabalhador e de metodologias de grupos.

4.1. A Atenção Primária à Saúde

4.1.1. Aspectos históricos e conceituais

A estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em meados dos anos 70, com o propósito de mudar os paradigmas de atenção à saúde, propondo a substituição do modelo curativo pelo preventivo e a descentralização das ações de saúde, para facilitar o acesso das pessoas e ampliar a cobertura das ações. A proposta, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde, foi apresentada na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, sendo considerada um marco nos debates sobre as políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano básico. Sintetizada no mote “Saúde para todos no ano 2000”, a proposta previa a oferta de serviços e atenção à saúde, resolutiva e de qualidade, o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham²⁰.

A APS tem sido descrita, de forma geral, por duas linhas de pensamento: por um lado, como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, direcionada à população mais pobre. Por outro, definida como uma abordagem mais ampla, sistêmica e integrada, pautada por articulações inter-setoriais, com vistas a alcançar o desenvolvimento humano, social e econômico das populações²¹.

No caso brasileiro, essa proposta norteou as primeiras experiências dos serviços municipais de saúde, os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e inspirou a organização do

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, implementado principalmente nos estados do nordeste do país e no norte de Minas Gerais, com grande importância para a reorientação na organização da atenção, a partir da atenção primária, como porta de entrada do sistema. Este programa possuía o objetivo de criar uma infraestrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de ações de âmbito coletivo. Assim, suas ações de saúde previam o uso de tecnologias mais simples e a utilização ampla de agentes de saúde residentes nas comunidades. Inicialmente, esse programa foi apresentado como uma proposta seletiva, voltada para a população mais pobre, sendo mais tarde, pensada sua extensão para todo território nacional²¹.

Nas palavras de Fausto, Matta²¹ (p. 55), o PIASS “*constituiu-se em uma das primeiras iniciativas formais de integração das ações de saúde com vistas a evitar atuações superpostas e concorrentes dos serviços de saúde*”. Os autores destacam ainda que, apesar do caráter seletivo do programa, o mesmo contribuiu para a redefinição das políticas públicas de saúde, entre as quais estão: o investimento nas ações descentralizadoras, apoiando e fortalecendo os municípios na expansão da atenção à saúde e a proposição de reorientação na organização da atenção à saúde a partir da atenção primária.

Em seguida, com vistas a superar o modelo seletivo do PIASS, o mesmo foi reeditado em 1981, pela formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Entretanto, esse programa não conseguiu cumprir com seu objetivo, o que, aliado ao contexto de aprofundamento da crise da previdência social, culminou na adoção de medidas transitórias que marcaram o início da reforma do sistema. Nessa época, no momento de negociação da constituinte, a APS tornou-se tema de discussão sob o aspecto da integralidade da atenção à saúde, ampliando sua concepção para além da extensão da cobertura. Assim, no país, o Sistema Único de Saúde adotou o termo Atenção Básica para enfatizar a reorientação do modelo de atenção à saúde²¹.

Aguiar²² aponta em seu estudo que a Atenção Básica foi a expressão escolhida pelo Ministério da Saúde para abranger todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde voltadas para a promoção, prevenção, tratamento de agravos e

reabilitação. Reitera ainda que os fundamentos da AB são os mesmos referentes ao SUS: saúde como direito universal, integralidade da assistência, equidade, resolutividade, inter-setorialidade, humanização do atendimento e participação social.

Neste estudo optou-se por utilizar o termo Atenção Básica, em sintonia com o termo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Conceitualmente, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações, de natureza individual e coletiva, voltadas para a promoção da saúde, vigilância, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, destinadas a avaliar e intervir sobre os determinantes de saúde¹⁶.

Essas ações são desenvolvidas por equipes multiprofissionais que têm responsabilidade sanitária sobre as populações de territórios delimitados e dinâmicos, onde vivem e trabalham, visando a melhoria das condições de saúde e minimização das desigualdades existentes entre os grupos populacionais, de modo a alcançar a equidade. Para o desenvolvimento das ações de saúde são utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, capazes de resolverem os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território².

A Atenção Básica propõe a reorganização e a adequação das práticas de saúde à realidade da população em uma dada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Essas ações e serviços de saúde devem garantir: a promoção da saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde²¹.

A organização da atenção à saúde com ênfase na Atenção Básica surgiu no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa de Saúde da Família, em 1994.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implementado, inicialmente, com o propósito de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, por meio da extensão de cobertura das ações de saúde para áreas mais pobres, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. As práticas de saúde deixaram de ser centradas apenas na intervenção médica e passaram a contar com a participação da comunidade²³.

Em 1994, foram formadas as primeiras Equipes do Programa de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a oferta de serviços à população, visando o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS.

Destaca-se que em 1994 o PSF foi descrito no documento ministerial como sendo um programa. Entretanto, mais tarde, este passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial a fim de substituir as práticas convencionais²⁴.

Segundo informe técnico do Ministério da Saúde²⁵, ao PSF foi atribuída a função de desenvolvimento de ações de saúde no primeiro nível de atenção, propondo-se uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura.

Entretanto, no início de sua implantação, o PACS/PSF encontrou um cenário desfavorável ao seu fortalecimento. As condições necessárias à sua sustentabilidade, como por exemplo, o financiamento e a política de recursos humanos, não estavam garantidas no plano institucional. Somada a estes dois fatores, havia ainda uma resistência à implantação de uma nova forma de cuidado, trazidas na concepção do PACS/PSF²⁵.

Nesta mesma época, em 1995, o PACS e PSF foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, sendo assim incluídos nas regras de financiamento vigentes à época. Apesar da regularidade da transferência dos recursos aos municípios que implementassem estes programas, a forma de repasse baseava-se na produção de serviços e o recurso não era necessariamente vinculado às ações da

Atenção Básica , o que permitia a alocação do mesmo em outros serviços ou ações. Assim, as discussões realizadas a fim de superar esta dificuldade resultaram na formulação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS/96), que criou o Piso da Atenção Básica (PAB), pelo qual todo município teria um valor específico repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, calculado com base no número de habitantes, para viabilizar a Atenção Básica para toda a população. Assim, destaca-se que a NOB 96 fortaleceu em muito a AB ao definir as responsabilidades dos gestores municipais nesse nível de complexidade e o PSF como estratégia fundamental para a reorientação do cuidado em saúde do SUS²⁵.

No que tange à preparação dos recursos humanos para a consolidação do novo modelo de atenção, durante alguns anos, ficou condicionada à existência de profissionais com capacidades adequadas ao novo modelo, sendo posteriormente, adotadas iniciativas para enfrentar o desafio de formação de profissionais adequados às necessidades do SUS, tais como a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos²⁵.

Entretanto, apesar das dificuldades para a implantação da estratégia de Saúde da Família, pode-se observar, desde o seu surgimento até os dias atuais, uma grande expansão e adesão progressiva dos gestores das três esferas de gestão.

A importância do PACS / PSF na reorganização da Atenção Básica pode ser explicitada nas metas de implantação destes programas pelo MS, que desenvolveu, em 2002, com o apoio do Banco Mundial, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Este projeto apóia o fortalecimento da AB por meio do investimento em estratégias de qualificação dos profissionais, monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Os recursos disponibilizados pelo projeto, no total de 550 milhões, visam também o auxílio da implantação e consolidação do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes²⁶.

Como resultado deste esforço pode-se observar o avanço quantitativo da população coberta pelo programa, sendo que no ano de 2003, a cobertura já se encontrava em

35,7%, correspondendo a 62,3 milhões de pessoas. Já no ano de 2008, a cobertura aumentou para 49,5%, significando 93,1 milhões de pessoas atendidas²⁷.

Os incentivos do MS à implantação do PSF visam o desenvolvimento de ações básicas e a reorganização das práticas de saúde na rede SUS. O modelo PSF propõe que a equipe multidisciplinar assuma a responsabilidade sobre um território, onde as pessoas vivem e trabalham, tendo como foco de intervenção a família, visando atenção à saúde, com base nos princípios da promoção da saúde²⁸.

4.1.2 O papel e a formação do Agente Comunitário de Saúde

Desde a sua concepção, a figura do ACS tem sido associada a um elemento nuclear de realização de políticas de saúde com vistas a reorientar a atenção em saúde, deslocando-a do formato médico-curativo e individual, para uma abordagem continuada de prevenção, promoção e recuperação da saúde¹⁸.

O ACS é na maioria das vezes o trabalhador sobre o qual recaem funções estratégicas para a viabilização das metas da atenção preconizada: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas²³.

A inserção do Agente Comunitário de Saúde no SUS ocorreu por meio da institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, em 1991. Entretanto, outras iniciativas também foram importantes para a conformação e implantação do programa vigente no país – o PACS, conforme descrito anteriormente.

Em 1987 teve início no Ceará o Programa de Agentes de Saúde, constituindo uma experiência de destaque por dois aspectos. O primeiro, por ter sido a primeira vez que se trabalhou em ampla escala com os ACS e o segundo, por ter transformado um plano

emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção da saúde, utilizando os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal. Em 1991, o MS criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que, um ano mais tarde, se transformaria no PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Este programa, inicialmente, focou sua atenção na saúde materno-infantil, não sendo vinculado neste momento à identificação de fatores determinantes de saúde da população adscrita, nem mesmo à identificação das principais demandas de saúde desta população. Assim, a coleta de informações sobre a saúde da população para permitir o planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde tornou-se preocupação somente após a entrada da cólera no país. Mais tarde, em 1994, a ampliação da atuação dos ACS vinculou-se prioritariamente à incorporação destes nos Programas de Saúde da Família, dado que cada equipe mínima do programa deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Assim, o PACS somado ao PSF compõe a Estratégia de Saúde da Família ²³.

Em 1997, as atribuições dos ACS foram publicadas na portaria nº. 1886, definindo que os agentes devessem atuar na promoção e prevenção das doenças estabelecidas como prioritárias nas diferentes regiões de atuação²⁹.

As diretrizes do PACS foram atualizadas em outubro de 2006, por meio da Lei 11.350³⁰ que define em seu escopo o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde como atribuição do ACS e descreve as seguintes atividades em seu campo de atuação:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Os critérios estabelecidos pela lei 11.350 de 05 de outubro de 2006 para exercício destas atividades são: residir na área da comunidade em que atua, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído curso introdutório de formação inicial e continuada e possuir o ensino fundamental³⁰.

Cada agente comunitário de saúde é responsável por cerca de 150 a 250 famílias de sua área de adscrição, podendo atender um número máximo de 750 pessoas. O enfermeiro é o profissional responsável por supervisionar e avaliar o trabalho dos ACS, sendo que cada enfermeiro pode supervisionar o máximo de 30 agentes²⁶.

Alguns autores apontam que os embates relacionados à natureza trabalho do ACS, à sua formação e vinculação institucional, estão presentes no cenário executivo e legislativo brasileiro desde a institucionalização do PNACS, em 1991²³. Ao longo desses anos, os agentes se transformaram em uma força de trabalho numerosa e essencial no contexto da realização da principal estratégia de ampliação de cobertura e reformulação da atenção à saúde no Brasil.

Em setembro de 2008, observou-se o número significativo destes trabalhadores, que correspondia um total de 278.868, cobrindo cerca de 60% da população brasileira³¹.

Assim, considerando o processo histórico de surgimento deste profissional, concebido como o elo entre os serviços de saúde e a comunidade, além do importante papel deste na mudança do modelo de atenção do SUS, a preocupação com o processo de formação destes trabalhadores para cumprir com suas principais atribuições, torna-se fundamental.

Apesar do ACS desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, em geral, a sua formação profissional tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que, para essa função, desde o PACS, o Ministério da Saúde estabelecia como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever²³.

Entre os anos 1998-2002, foi elaborada uma primeira proposta de formação profissional para os ACS que visava prover parâmetros nacionais para a sua profissionalização, em atenção à lei no 10.507, de julho de 2002³².

Em 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e do Departamento de Atenção Básica, além de representantes dos ACS, das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Pólos de Capacitação do PSF e representantes de áreas técnicas do MS, elaboraram uma proposta para a definição do perfil de competências dos agentes comunitários de saúde, sendo esta, submetida à consulta pública. O perfil de competências foi construído através de debates entre especialistas e trabalhadores, por meio de oficinas, reuniões e seminários. As competências definidas foram publicadas em julho de 2004, pelo MS e ME, em um documento referencial para as instituições de forma a organizarem os cursos técnicos de agentes comunitários de saúde. Este documento, denominado “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” foi elaborado respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional e está estruturado num formato de um Plano de Curso e contém em seu escopo os seguintes tópicos: objetivos e justificativas do curso, perfil profissional, organização curricular, requisitos de acesso, dentre outros⁶.

Em novembro de 2004, a portaria 2.474/ GM, instituiu o repasse regular e automático de recurso financeiro na modalidade fundo a fundo para as ações de formação do ACS³³.

Para o desenvolvimento dos processos dos programas de qualificação desses profissionais, o Ministério da Saúde e Educação, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) adotou alguns princípios para nortear e oferecer sustentação à proposta de qualificação básica dos ACS, tais como: a adequação

aos princípios e diretrizes para a política de recursos humanos do SUS (NOB - RH/SUS), a proposição que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do ACS e considere suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas; a observância à Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 e ao Decreto nº 3189/99, além da valorização da singularidade profissional do ACS como um trabalhador no campo de interface inter-setorial da saúde e ação social; a promoção da qualificação profissional mediante processo sistemático de formação vinculado às instituições de ensino. Neste sentido, também em 2004, foi realizada a qualificação profissional básica de 182.750 mil agentes comunitários de saúde em todo o País⁶.

É importante ressaltar que a publicação do Referencial Curricular para Curso Técnico de ACS foi um marco na mudança dos processos de qualificação dos ACS, até então desenvolvidos em serviço e na maioria das vezes pelos enfermeiros supervisores.

Alguns autores ressaltam que o itinerário formativo estabelecido pelo Referencial Curricular para curso técnico de agentes comunitários é fundamental para a qualificação desses profissionais no que tange à desprecarização de sua formação, assim como no fortalecimento destes enquanto elo entre a comunidade e a equipe de saúde²⁶.

No âmbito da Saúde do Trabalhador, foi criado em 2001, o Caderno da Atenção Básica, nº 5, com o intuito de apoiar as capacitações dos profissionais que atuam neste nível de atenção. Este define em seu escopo as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, como sendo:

“(...) notificar à equipe de saúde a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho; informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência e planejar e participar das atividades educativas em Saúde do Trabalhador”¹².

Logo em seguida, o Ministério da Saúde publicou o módulo de Capacitação em Saúde do Trabalhador para a Rede Básica de Saúde do SUS, como um dos instrumentos para a qualificação destes trabalhadores. Entretanto, destaca-se que a construção deste módulo foi direcionada para profissionais de nível superior, estando prevista a participação dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem somente durante as atividades de dispersão³⁴.

Em 2008, o relatório do projeto encomendado pelo Ministério da Saúde sobre a Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST) em Minas Gerais, mostrou que a capacitação em Saúde do Trabalhador voltada para os profissionais da Atenção Básica foi uma das atividades mais desenvolvidas pelos técnicos dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de Minas Gerais. Como características destas capacitações, destacam-se a ausência de um diagnóstico prévio das demandas e necessidades loco - regionais e a ênfase na realização denexo causal. Destaca-se também, como foco das capacitações, os profissionais de nível superior, não sendo relatada tal prioridade aos profissionais de nível técnico³⁵.

A regulamentação da profissão do ACS e conseqüentemente o planejamento de processos de formação educacional destes profissionais têm sido de certa forma marcado pela precarização. O trabalho dos ACS é reconhecido hoje pela sua complexidade que está associada à sua fragilidade profissional, à natureza inovadora das atividades que desenvolvem, além da regulamentação incipiente da profissão³⁶.

Sabe-se que o desenvolvimento do trabalho dos agentes ultrapassa as questões relativas ao setor saúde, estando estes muitas vezes envolvidos com questões relativas à cidadania, às condições de vida das pessoas, às formas de organização da população, dentre outras. Dessa maneira, a formação do ACS deve contemplar conhecimentos que extrapolam o campo da saúde.

A importância da formação dos ACS utilizando-se o modelo das competências é fundamental, pois considera-se que a prática profissional competente resulta da capacidade de mobilizar e combinar, diante de problemas de um campo profissional

específico, um conjunto de conhecimentos especializados e saberes tácitos (construídos pela própria experiência), habilidades e atitudes desenvolvidas na trajetória de vida do sujeito³⁷.

4.1.3 Saúde do Trabalhador na Atenção Básica

O desenvolvimento de ações de ST no SUS, atendendo ao preceito constitucional, foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde³⁸ (LOS) em 1990 e, desde então, têm sido construídas diversas alternativas para concretizá-las, nos níveis federal, estadual e municipal do sistema. Para além das prescrições normativas e legais que reforçam a necessidade de implementação das ações de ST na AB, seja pelo aspecto conceitual da AB, (caracterizada por um conjunto de ações destinadas a avaliar e intervir sobre os determinantes de saúde) ou pelo aspecto da gestão (enquanto lugar de reordenamento do cuidado no SUS), destaca-se algumas características da organização dos serviços da rede básica de saúde que possibilitam a incorporação dessas ações na rotina diária de trabalho dos profissionais da AB.

Uma delas refere-se à necessidade dos serviços da AB serem instalados próximo ao lugar onde as pessoas vivem e trabalham. Este princípio foi incluído nas discussões da I Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos em Saúde, que inspirou a definição da Atenção Primária em Saúde, como explicitado abaixo.

“(...) Os cuidados primários além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (1979:1)”.

Para o campo da Saúde do Trabalhador, a proximidade e o acesso do serviço de saúde aos trabalhadores torna-se cada vez mais importante, principalmente frente às mudanças

nas configurações do trabalho e nas relações de produção, decorrentes do processo de reestruturação produtiva, resultando no aumento do trabalho informal, familiar e domicíliar⁴⁰. Estes trabalhadores encontram-se descobertos pela Previdência Social. Dessa forma, o SUS constitui-se, para a maioria destes, a única forma de garantia de proteção social.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a População Economicamente Ativa (PEA) do Brasil, em 2007, era de 95.923 pessoas, das quais 86.995 foram consideradas ocupadas. Destas, 41.755.449 eram empregados (22.903.311 com carteira assinada; 4.991.101 eram militares e estatutários e 13.861.037 não possuíam carteira assinada); 5.833.448 eram empregados domésticos (1.556.369 com carteira assinada; 4.275.881 sem carteira assinada e 1.198 sem declaração); 17.224.328 eram trabalhadores por conta-própria; 3.317.084 eram empregadores; 3.006.860 eram trabalhadores na produção para consumo próprio e construção para uso próprio; e 4.334.387 eram trabalhadores não remunerados. Observa-se um grande número de trabalhadores sem carteira assinada (22.471.305), que não possuem direitos previdenciários⁴¹.

As mudanças na configuração do trabalho também repercutiram no perfil de adoecimento dos trabalhadores, traduzindo-se no aumento da prevalência das doenças relacionadas ao trabalho e configurando a dupla carga de doenças (doenças agudas e crônico-degenerativas relacionadas ao trabalho)⁴⁰. Para o SUS, a mudança deste perfil implica na revisão ou readequação de suas ações de saúde ofertadas.

Outra característica importante da AB refere-se à forma de organização das ações de saúde, por meio da *territorialização*. Para a área de ST, a territorialização viabiliza o reconhecimento e/ou a identificação das diferentes situações de risco ou presença de fatores de risco para a saúde na situação de trabalho.

Para Mendes⁴² (p.222.), o estabelecimento de uma base territorial:

“é passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto

do sistema sobre os níveis de saúde dessa população, e também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita”.

O mesmo autor enfatiza que o território é um espaço local em permanente construção, sendo assim constituído por um cenário estabelecido por atores sociais, com demandas de saúde que se confrontam com ofertas de serviços prestados, conformando a necessidade de ações. Para além de uma região geográfica, possui também características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais⁴².

Monken & Barcellos⁴³, destacam a necessidade de se atuar no território e reconhecê-lo enquanto um lugar com conteúdo social, político e ambiental e com uma população que pode sofrer conseqüências dos processos de produção e consumo sobre a saúde. Os autores⁴³(p.187) destacam que *estes territórios estão ligados por redes em que pessoas, informações, energia e materiais circulam cada vez com mais intensidade e velocidade.*

Em muitos casos, o conceito de território tem sido utilizado somente como uma ferramenta administrativa para a gestão física dos serviços de saúde. Entretanto, para o campo da Saúde do Trabalhador, a utilização deste conceito pelos profissionais de saúde - não sendo somente delimitação geográfica -, para a organização das práticas de saúde reforça a aproximação das questões que envolvem trabalho e ambiente. Mudanças na configuração do trabalho como as descritas abaixo, apontam mais uma vez a importância da apropriação destas questões pelos profissionais de saúde, a fim de oferecer melhor condição de saúde da população, e em sintonia com os preceitos do SUS.

Outra vertente, também a ser considerada ao se discutir a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, deve-se ao caráter múltiplo e heterogêneo das formas de exposição das pessoas aos agentes e riscos advindos dos processos produtivos. Neste sentido, Rigotto & Augusto⁴⁴ relatam que,

“os recursos naturais, os riscos tecnológicos e ambientais gerados pelos processos de produção e consumo, e também a

degradação ambiental e os agravos à saúde que causam, são distribuídos de forma desigual no espaço, entre os seguimentos sociais e entre as sociedades”(p.477).

Este fato também reforça a necessidade de incorporação das questões relacionadas ao trabalho e ambiente, que alteram as condições de vida da população e afeta a qualidade de vida. Ademais, o SUS possui o princípio da equidade e mais uma vez, a territorialização, que é a base de organização dos processos de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, contribui para a diminuição desta, na medida em que o estabelecimento dos critérios básicos da territorialização permita o reconhecimento das desigualdades existentes e a atuação específica nos problemas identificados⁴².

Assim, pode-se dizer que além de constituir uma ferramenta utilizada pelas equipes de saúde como base para a organização dos processos de trabalhos, a territorialização constitui-se em um dos pressupostos das práticas de vigilância em saúde, essencial na transformação do modelo assistencialista vigente.⁴³

Entretanto, a proposta de reorganização da Atenção Básica como estratégia de organização do modelo tradicional do cuidado em saúde, caracterizado pelas abordagens biologicista e hospitalocêntrica implicam também na reorientação das políticas de educação em saúde³.

Neste sentido, a construção de processos de capacitação norteados pela vigilância em saúde contribui para a incorporação do cuidado à saúde dos trabalhadores, compreendendo a identificação das atividades produtivas desenvolvidas no território, a identificação e monitoramento das pessoas potencialmente expostas, dentre outras.

A decisão de desenvolver um material para capacitação em Saúde do Trabalhador dos profissionais que atuam na rede básica dos serviços de saúde iniciou-se no final da década de 90, quando estava em discussão a proposta de organização de Programas de Saúde da Família³⁴. Em 2000-2001, foi elaborado o Caderno 5 da Saúde do Trabalhador¹², de forma a facilitar a capacitação dos profissionais da Atenção Básica para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador nesse nível de atenção.

Em 2002, o Ministério da Saúde / Área técnica de Saúde do Trabalhador publicou o módulo instrucional de capacitação da rede básica de saúde do SUS. O módulo foi organizado para profissionais de nível superior, em nível local e foi criado a partir do reconhecimento da necessidade de os profissionais da Atenção Básica considerarem a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença no desenvolvimento de suas ações, de acordo com os princípios de regionalização e descentralização. A estratégia desenhada para a operacionalização da capacitação dividia-se em dois momentos: preparação de instrutores, e realização de cursos para profissionais da Rede Básica de Serviços de Saúde, de nível superior, preferencialmente para as equipes de saúde da família. O programa de capacitação foi organizado em cinco unidades didáticas básicas, sendo distribuídas da seguinte forma³⁴:

- 1ª unidade: **Que trabalhador é este?** Nesta unidade buscou-se trabalhar conceitos relacionados ao campo da ST, como trabalho, trabalhador, processo de produção, divisão do trabalho, dentre outros.
- 2ª unidade: **Como investigar a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença?** Propõe a abordagem dos conceitos de risco, carga, desgaste do trabalhador e a discussão acerca dos processos de investigação que contribuem para o entendimento do processo saúde-doença.
- 3ª unidade: **Agravos relacionados ao trabalho:** a partir dos agravos mais frequentes, identificados na área de abrangência dos alunos, propõe-se a discussão dos conceitos de acidente de trabalho, doença ocupacional, doença do trabalho e doença relacionada ao trabalho.
- 4ª unidade: **A vigilância da saúde e o controle social em saúde do trabalhador na perspectiva do SUS.**
- 5ª unidade: **Tecendo a mudança:** Busca instrumentalizar os profissionais de saúde na formulação de propostas de intervenção na realidade através da aplicação do planejamento estratégico e a mostrar a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais no enfrentamento dos problemas relacionados ao campo do trabalho.

Nesta mesma época, foram realizados Cursos de Capacitação em diversos Estados e municípios do país, muitos dos quais foram descritos no Relatório da Oficina de Avaliação dos Cursos de Capacitação em Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília, em agosto de 2002. Na oficina foram apresentadas as experiências dos Estados com relação à implementação dos cursos de instrutores e à capacitação dos profissionais da AB. Os estados e municípios que realizaram Cursos de Multiplicadores foram: Amapá, Bahia, Campo Grande, Ceará, Goiânia, Londrina, Paraíba, São Paulo e Tocantins. As aplicações dos módulos às Equipes de Saúde da Família também foram realizadas nas mesmas regiões descritas. Como resultados e desdobramentos da capacitação dos profissionais da Rede Básica, foram relatados aspectos facilitadores e limitadores da implementação das ações de ST, tais como: inserção do Módulo “Saúde do Trabalhador” em Cursos de Especialização em SF de alguns estados; a rotatividade dos profissionais da ESF; demanda pelo acompanhamento das ações após os cursos de capacitações, dentre outros⁴⁵.

Observam-se ao longo dos anos, desde a concepção da Atenção Básica, no Brasil, esforços no sentido de preparar os profissionais que atuam neste nível de atenção, para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador. Tal esforço torna-se mais expressivo com o surgimento das Equipes de Saúde da Família e o reconhecimento da necessidade de se compreender e controlar os riscos da população adscrita às Unidades Básicas, tanto ao nível domiciliar quanto ao dos locais de trabalho.

4.2. Conceito e uso do referencial de competências na formação e educação dos profissionais de saúde

No Brasil, um marco importante para adoção do currículo por competências foi a implementação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)⁴⁶, no ano de 1996. A implementação e formulação do modelo das competências nos programas de educação profissional destaca-se pela sua variabilidade, podendo ser decorrente das formas de adoção do enfoque das competências, ou seja, centrada no indivíduo e na subjetividade

do trabalhador ou no seu coletivo; ou da diversidade de modelos epistemológicos que orientam a definição e identificação das competências profissionais – condutivista, funcionalista, construtivista, crítico⁴⁷.

Destacam-se estas diferenças pelo reconhecimento de que instituições que formulam políticas educacionais, como o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, adotam modelos de concepções de competências diferentes⁴⁸.

O Conselho Nacional de Educação define a competência profissional como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades, necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho⁴⁹.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define competência como a capacidade de articular e mobilizar condições intelectuais e emocionais em termos de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, necessários para o desempenho de uma determinada função ou atividade, de maneira eficiente, eficaz e criativa, conforme a natureza do trabalho⁵⁰.

Segundo Witt⁵¹, a legislação internacional tem utilizado prioritariamente a classificação da OIT, dividindo as competências em básicas, gerais e específicas.

Conforme descrito no glossário da OIT⁵⁰, as competências básicas são aquelas adquiridas no pré-escolar e no início da escola; as específicas seriam as adquiridas na especialização profissional, não sendo transferíveis de forma direta. Já as competências gerais ou genéricas são aquelas adquiridas no período escolar e na prática do trabalho e que podem ser utilizadas em qualquer atividade profissional.

Perrenoud⁵² define competência como a “*capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação* (p.15)”. O mesmo autor caracteriza a abordagem por competências, como uma questão simultânea de *ruptura* e *continuidade*. De ruptura, com a pedagogia que não prepara o indivíduo para o enfrentamento de

situações reais, com a característica segmentar do currículo, com o peso do processo de avaliação e seleção, com as imposições da organização escolar, dentre outras. De continuidade, por constituir parte de um processo de evolução do mundo das tecnologias que hoje requerem criatividade e flexibilidade dos trabalhadores⁵³.

Lima⁵⁴ descreve, em seu artigo, a identificação na literatura educacional de três abordagens conceituais sobre competências, nas quais é identificada como:

- 1) Coleção de atributos pessoais
- 2) Resultados observados, enfocando as tarefas realizadas
- 3) Combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos – abordagem dialógica.

No mundo empresarial, o modelo das competências começou a ser discutido a partir dos anos 80, no contexto da crise do capitalismo. Nas palavras de Deluiz (2001)⁴⁷,

“(...) esta crise se expressa pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista; pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital; por uma acirrada concorrência intercapitalista, com tendência crescente à concentração de capitais devido às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; e pela desregulamentação dos mercados e da força de trabalho, resultantes da crise da organização assalariada do trabalho e do contrato social” (p.1).

No mundo do trabalho, o modelo das competências tem trazido para o trabalhador algumas implicações contraditórias. Dentre os aspectos positivos, apontam-se: a valorização do trabalho intelectualizado e menos prescritivo, exigindo a mobilização de competências que envolvem domínios cognitivos mais complexos; a necessidade de constante qualificação profissional; valorização da inteligência prática do trabalhador; a possibilidade de construir competências coletivas a partir do trabalho em equipe, maior comunicação, participação e autonomia para o planejamento, execução e controle dos

processos produtivos. Entretanto, o modelo das competências, pode trazer para os trabalhadores aspectos negativos. Deluiz⁴⁷ destaca alguns destes aspectos, como sendo:

“(...) a intensificação do trabalho e a desprofissionalização, que são conseqüências de uma polivalência estreita e espúria, decorrente do reagrupamento das tarefas pela supressão de postos de trabalho, ou pelo enxugamento dos quadros das empresas com demissões; o sofrimento no trabalho advindo do stress e da ansiedade decorrentes do medo de perda do emprego, das relações de trabalho inseguras, da intensificação e expansão da jornada de trabalho, do enfrentamento cada vez maior de responsabilidades no trabalho sem a contrapartida do aumento do salário ou da estabilidade no emprego e de ambientes de trabalho extremamente competitivos e individualistas” (p. 3).

O setor de saúde, assim como o setor industrial, sofre de igual forma os impactos do processo de ajuste macroestrutural. Por um lado, a busca de produtividade e de qualidade pela via da redução de custos, privatizações e terceirizações; por outro, as exigências de melhoria de processos e serviços, por meio de novas formas de organização do trabalho e de investimentos em programas de capacitação profissional dos trabalhadores⁵⁵. Apesar das semelhanças, o setor de saúde guarda algumas especificidades, que nos dizeres de Deluiz⁵⁵ apud Offe⁵⁶ (1991), caracteriza-se por um trabalho reflexivo, que requer articulações de vários saberes para a tomada de decisão, como o conhecimento científico, técnico, assim como o tácito. Além disso, caracteriza-se pelas incertezas de demandas indeterminadas, necessidade de prontidão nos atendimentos diversificados. Assim, o processo de trabalho em saúde caracteriza-se por sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação.

Frente às mudanças no processo de trabalho de saúde, com a inserção de novas formas de organização de trabalho e novas tecnologias, tornam-se imperativos a compreensão do processo de trabalho, o estabelecimento de articulação entre os setores com vistas ao alcance de modelos de atenção com foco na qualidade de vida e a maior integração das ações dos diferentes atores que atuam na saúde - dado seu caráter multiprofissional e interdisciplinar, a comunicação entre os diferentes membros da equipe, a maior

liberdade de decisão e autonomia para intervir no processo de trabalho, entre outras características.

A abordagem das competências, para os profissionais do setor saúde, possibilita a reflexão sobre as práticas profissionais e uma construção dialogada entre os mundos da escola e do trabalho com a sociedade, a partir da explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente constituídos⁵⁴.

Ademais, os conteúdos de um currículo orientado por competência só têm significado quando emergem da prática e a partir daí passam a ser explorados com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, construídas socialmente⁵⁷. Para isso é necessário que os envolvidos na formação,

“entendam e vivam a horizontalização dos saberes cada um desenvolvendo seu trabalho de modo a articular conhecimentos complementares, desenvolver as habilidades técnicas e políticas, visando atender as necessidades da população, sempre refletindo sobre suas práticas e avaliando todo o processo”⁵⁷(p.240).

4.2.1. Matrizes teóricas para a construção de competências

As diferentes concepções que perpassam o modelo das competências sinalizam para a existência de várias matrizes teórico-conceituais que orientam a identificação, definição e construção de competências, e direcionam a formulação e a organização do currículo. Estas matrizes, fundamentadas por modelos epistemológicos, podem ser identificadas como matriz: a) condutivista; b) funcionalista; c) construtivista e d) crítico-emancipatória⁴⁷.

A matriz condutivista fundamenta-se na psicologia de Skinner e na pedagogia dos objetivos de Bloom, entre outros autores, e guarda forte relação com o objetivo da eficiência social. Nesta tendência, considera-se que o emprego da noção de competência

surge da necessidade de se expressar claramente os objetivos de ensino relativamente a condutas e práticas observáveis. Historicamente, a concepção de competência na educação tem fortes raízes comportamentalistas, tendo influenciado a organização curricular nos anos 1960 e 1970^{47,58}.

É importante destacar como uma das principais críticas à matriz condutivista, a redução dos comportamentos humanos às aparências observáveis, não levando em conta a questão dos processos de aprendizagem, subjacente aos comportamentos e desempenhos⁴⁷.

A matriz funcionalista, por sua vez, se estrutura no pensamento funcionalista da sociologia e tem como fundamento a Teoria dos Sistemas Sociais. Dessa forma, busca entender a função do trabalhador em sua relação com o entorno da empresa e com os subsistemas dentro da mesma. Nessa abordagem, as normas de competência de trabalho são estabelecidas a partir dos resultados laborais esperados ressaltando, assim, a descrição dos produtos e não a dos processos envolvidos. Esta matriz tem sido muito utilizada nos sistemas de competências na Inglaterra, na Austrália, no Canadá e no México⁴⁷.

A mesma autora descreve em seu trabalho críticas feitas por Hager, Gonczi e Athanasou⁵⁸ ao modelo funcional inglês, tais como o caráter excessivamente descritivo do mesmo, não levando em conta os atributos subjacentes (conhecimentos, atitudes, valores e habilidades), necessários para o desempenho em situações específicas do trabalho.

A autora reitera, ainda, que tanto a matriz condutivista/behaviorista quanto a funcionalista estão intimamente ligadas à ótica do mercado e limitam-se à descrição de funções e tarefas dos processos produtivos. Assim, nas palavras da autora, as competências investigadas no processo de trabalho, sob a orientação destes modelos:

“são transpostas de forma linear para o currículo, formulando-se as competências a serem construídas como intermináveis listas de atividades e comportamentos, limitando o saber ao desempenho

específico das tarefas. A concepção de autonomia dos sujeitos fica, assim, restrita e prescrita pelas atividades e tarefas. Sua perspectiva economicista, individualizadora, descontextualizada e a-histórica limita o currículo e estreita a formação do trabalhador”(p.8).

Outra matriz usada para identificação de competências, por meio da análise dos processos de trabalho, é a construtivista, originada na França e que tem como um de seus principais representantes Bertrand Schwartz. Em seu artigo Deluiz⁴⁷ (p.8) citando Shwartz, aponta que a perspectiva construtivista *"esclarece as relações mútuas e as ações existentes entre os grupos e seu entorno, mas também entre situações de trabalho e situações de capacitação"*.

O pensamento construtivista possui a premissa básica de capacitação construída em torno da reflexão sobre o trabalho. Neste enfoque, a competência é concebida como um campo de convergência das necessidades do contexto e das características do indivíduo, sendo identificadas em situações de trabalho⁵⁹.

A matriz construtivista permite a compreensão de como a competência se relaciona com o contexto, e de como se constrói e evolui esta relação. Dessa forma, as competências são estabelecidas não só com base nas funções exercidas, mas também considerando-se as percepções e contribuições dos trabalhadores. Assim, esta abordagem diferencia-se da condutivista, ao considerar os trabalhadores de menor nível educacional para a construção das competências, ao passo que o enfoque condutivista utiliza para a construção das competências aqueles trabalhadores considerados mais aptos. Outra característica da abordagem construtivista é a busca do coletivo como um dos seus princípios, tanto na análise do trabalho em suas relações com o contexto, quanto na capacitação individual, compreendida dentro de uma capacitação coletiva. Como consequência disso, a definição das competências e da capacitação deve realizar-se a partir de uma investigação participante⁴⁷.

Por fim, a matriz crítico-emancipatória fundamenta-se no pensamento crítico-dialético e encontra-se em processo de construção. Esta matriz, além de propor um novo significado para o termo competência, que inclua o interesse dos trabalhadores, procura

indicar também princípios orientadores para a investigação dos processos de trabalho, para a organização do currículo e para uma proposta de ampliação da educação profissional. Sua concepção de competência profissional engloba os aspectos individuais, sócio-culturais e históricos envolvidos na construção do conhecimento frente às demandas de trabalho⁴⁷.

4.3. Metodologia participativa – VIPP

VIPP⁶⁰ é um método grupal denominado “Visualização em programas participativos”, que combina técnicas de visualização e aprendizagem interativa. O estudo em questão utilizou a técnica de visualização móvel em grupo, por meio do uso de tarjetas.

As origens do VIPP decorrem principalmente de duas linhas de pensamento. Uma delas, originada da América Latina, tem sido chamada de abordagem Freiriana. No Brasil e Chile, Paulo Freire estabeleceu uma abordagem objetivando o aumento da consciência do “oprimido”, buscando o alcance de sua transformação e a capacidade de defesa de seus direitos e reconhecimento de suas demandas. Sua forma de aprendizagem é baseada na ação-reflexão-ação. Cada processo é usado para construir o conceito de direito para que as pessoas possam se defender contra a manipulação e a opressão. Outra escola de pensamento é a da Colômbia e baseia-se na Ação de Investigação Participativa (PAR), de Orlan Fals Borda. Sua teoria baseia-se no princípio da aprendizagem experiencial, através do pensar, sentir e agir. Sua abordagem inclui a recuperação da história local, e um processo de investigação coletiva. Outra raiz da VIPP é a abordagem da visualização de Metaplan, por meio de grupos, reunindo diferentes pessoas e hierarquias para a identificação e discussão de problemas, necessidades e soluções, resultando em uma ação comum dos diferentes atores⁶⁰.

O VIPP é aplicável em qualquer situação em que um grupo de pessoas trabalha coletivamente na análise e planejamento de atividades ou de experiências iniciais de aprendizagem. Destacam-se dois fortes aspectos da técnica: a filosofia humanística e democrática que a embasa e o papel central do facilitador, que deve ser capaz de gerar

conhecimento e diálogo entre pessoas, sem que ocorra manipulação destas. A utilização do VIPP tem sido descrita em ampla variedade de eventos, dentre os quais estão o planejamento para mobilização social, treinamento em workshops, desenvolvimento de currículos, planejamento e revisão de desenvolvimento de projetos, entre outros⁶⁰.

A facilitação é um conceito chave do VIPP. Durante qualquer tipo de evento grupal, planejamento, avaliação, etc, - o VIPP é usado para gerar conhecimento entre os participantes e facilitar a interação entre todos os atores envolvidos, conduzindo a criatividade numa reflexão conjunta. Implícito na facilitação é a crença de que cada indivíduo possui experiência e conhecimento, os quais podem ser liberados em processos grupais para construção do conhecimento coletivo, que é usado para o desenvolvimento da ação. Assim, o método utiliza a dinâmica de interação grupal baseada na percepção individual, para criar um processo sinérgico de geração de idéias e de conhecimento. Como as percepções subjetivas são comunicadas para outras pessoas, elas são modificadas, aceitas e se tornam parte do conhecimento coletivo e percepção do grupo⁶⁰.

O facilitador possui um papel central, sendo responsável por criar uma situação que permita ao grupo liberar todo o seu potencial no processo. É também responsável pelo desenho do evento: a formulação do programa diário, a seleção da técnica e a direção do processo grupal, estando sempre atento à condução do grupo, de modo a se alcançar a participação de todos os componentes. Entretanto, destaca-se que o processo de facilitação é um esforço em equipe que, para ser efetivo, os coordenadores do grupo devem ter em mente às seguintes questões⁶⁰:

- Os facilitadores possuem diferentes características pessoais, as quais são diferentemente percebidas e aceitas pelos participantes.
- A concepção do evento será mais criativa e reflexiva se a equipe estiver envolvida.

- O processo de facilitação é intenso e cansativo, requerendo assim, um descanso e reflexão do facilitador ao longo do processo.
- Cada etapa do desenvolvimento do programa tem que ser planejada previamente.
- O facilitador precisa de um *feedback* sobre o seu desempenho e a reação dos participantes, que pode ser realizado durante os intervalos ou ao final do dia.
- Durante o processo, o facilitador pode demandar a atuação de assistentes, como por exemplo, para recolher as tarjetas usadas no trabalho em grupo.

A partir da leitura deste método, observou-se que as principais idéias que justificaram a construção da abordagem VIPP se aproximam das bases epistemológicas que orientam a matriz construtivista e as linhas de base da aprendizagem significativa. Optou-se pela utilização de uma das técnicas descritas no VIPP, denominada *card collection*. Neste estudo, usaremos o termo que tem sido usado nos estudos brasileiro, como sendo “técnica das tarjetas”.

5. PERCURSO DO ESTUDO

5.1. Apresentação da área e da população em estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Município de Betim, com um grupo de 20 Agentes Comunitários de Saúde de duas Unidades Básicas de Saúde selecionadas com base em critérios definidos previamente.

Betim integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Possui área de aproximadamente 345,99 Km² e uma população de 429.507 habitantes⁶¹.

Figura 1: Localização do Município de Betim, MG.



Fonte: Google Maps⁶²

Atualmente, o Complexo Industrial de Betim abriga dois empreendimentos de fundamental importância para a economia do Estado, sendo eles a FIAT Automóveis e a Refinaria Gabriel Passos.

A implantação da FIAT em 1972 tornou-se o marco divisor na história do município de Betim, no que tange à transição da economia agrária para a industrialização. É

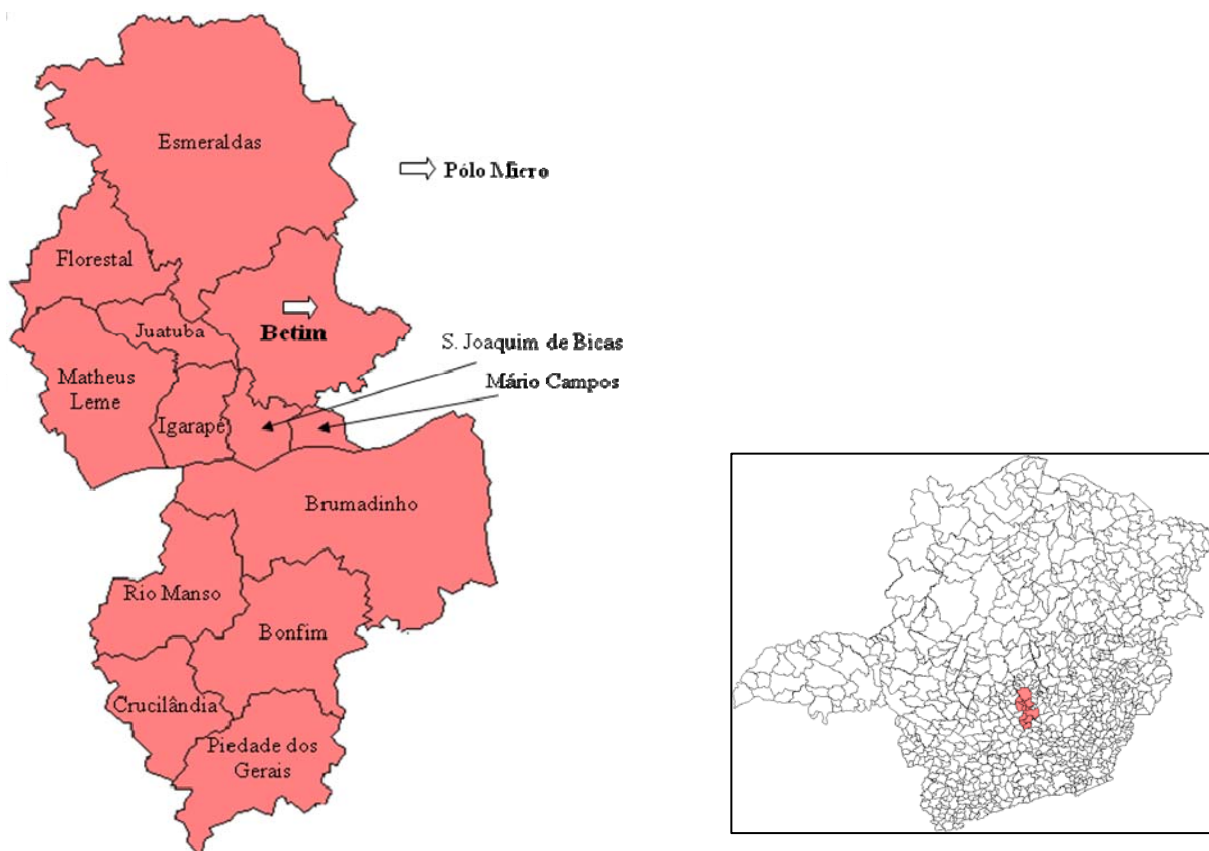
importante ressaltar a influência desta fábrica na instalação de novas indústrias no município, com destaque para o desenvolvimento de atividades de siderurgia, metalurgia e refratários⁶³.

Os principais setores da economia do município de Betim são: indústria, comércio e serviços⁶⁴.

O município possui um complexo sistema de saúde que contempla os princípios e diretrizes do SUS em todos os seus níveis. Na divisão regional do Estado de Minas Gerais, proposta pela Secretaria Estadual de Saúde, Betim pertence à Macro-Região Centro, com 102 municípios, que tem como sede a cidade de Belo Horizonte. Por sua vez, Betim é o município sede da Micro-Região II, composta por treze municípios, com uma população total de 639.181 habitantes. A figura 2 mostra os municípios que compõem a micro região de Betim⁶⁵.

De acordo com a NOAS/SUS 2000 e através do PPI (Programa de Pactuação Integrada), cabe ao município de Betim oferecer os serviços de atenção secundária e terciária à população dos treze municípios que compõem sua micro-região⁶⁵.

Figura 2: Micro região Betim



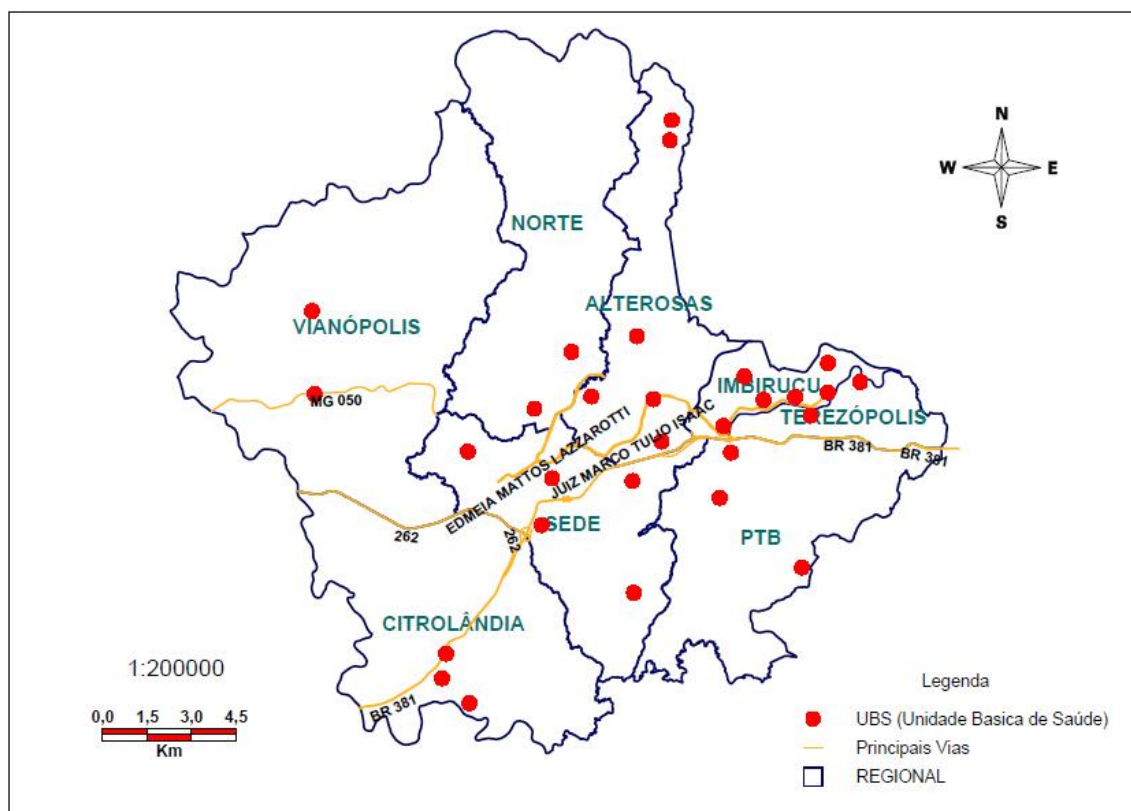
Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais⁶⁶

Os serviços de saúde de Betim, estão distribuídos em oito regionais assim denominadas: Alterosas, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB, Centro, Teresópolis e Vianópolis. O município possui 31 Unidades Básicas de Saúde, quatro unidades de atendimento imediato, um centro de referência em especialidades, um centro de referência em reabilitação, um Centro de Convivência Estação dos Sonhos, em que são oferecidas oficinas culturais e atividades de socialização e reabilitação para o atendimento dos portadores de transtornos mentais, um centro de convivência Cazusa, para atendimento dos portadores de DST-AIDS; três Centros de Referência em Saúde Mental, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, uma Maternidade, dois hospitais, sendo um regional e outro de menor porte que atende à população das adjacências; além dos serviços de Vigilância à Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental)⁶⁷.

Em relação à classificação dos níveis de complexidade dos serviços de saúde, com base no tipo de estabelecimentos no CNES em Betim, observou-se que, 66,1% foram classificados como serviços de Atenção Básica, 32,4% de média complexidade e 1,5% classificados como serviços de alta complexidade⁶⁴.

A figura 3 mostra a distribuição espacial das unidades básicas de saúde, no município.

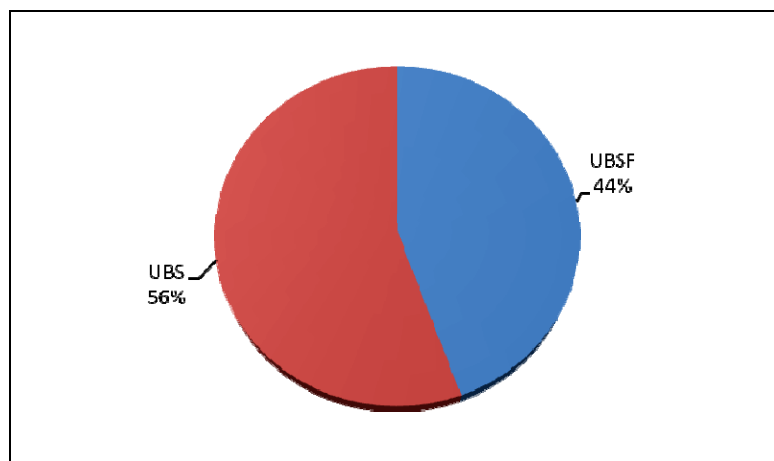
Figura 3: Distribuição espacial das unidades básicas de saúde, no Município de Betim, 2009



Fonte: Prefeitura Municipal de Betim.

A Rede Básica de Saúde de Betim é composta por unidades básicas de saúde (UBS) convencionais, que não possuem Programa de Saúde da Família implantado, e por unidades básicas de saúde da família (UBSF). Estes dois tipos de unidades de saúde somam um total de 31, distribuídas nas oito regionais do município. O gráfico abaixo mostra o percentual correspondente aos dois modelos de atenção à saúde da população⁶⁴.

Figura 4 – Distribuição das unidades de saúde da Atenção Básica, segundo modelo, Betim, 2007.



Fonte: Prefeitura Municipal de Betim.

A escolha da unidade básica de saúde para o desenvolvimento do estudo seguiu os seguintes critérios: presença exclusiva de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), maior cobertura da população adscrita pelo programa e desenvolvimento das seguintes ações de Saúde do Trabalhador: mapeamento das atividades produtivas, referência do usuário trabalhador para o CEREST e notificação.

Uma limitação assumida no estudo foi a escolha pela inclusão de unidade com a presença exclusiva do Pacs. A diversidade e heterogeneidade das formas e processos pelo qual se organiza a atenção primária em saúde no país limitam a extrapolação dos resultados deste estudo para outros modelos de organização da Atenção Básica. Entretanto, optou-se por este modelo, por constituir-se ainda uma realidade predominante no país e, especificamente, no município em estudo.

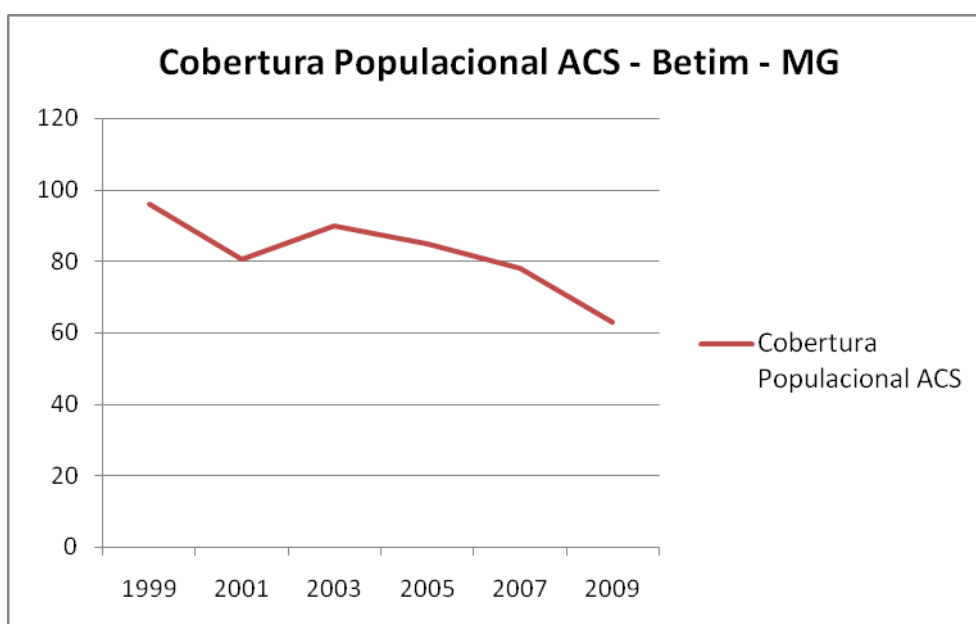
5.1.1. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Betim

A estratégia de agentes comunitários de saúde, objeto deste estudo, foi adotada pela secretaria municipal de saúde em 1999 como forma de reorganização da Atenção Básica.

No município de Betim, o exercício das atividades do Agente Comunitário de Saúde é regulamentado pela Lei nº 4.602 de 28 de dezembro de 2007⁶⁸, estando esta em conformidade com a Lei Federal 11.350/2006⁶⁹. A Lei Municipal descreve as atividades destes trabalhadores, os requisitos para a atuação, reforça que a contratação desses deve se dar mediante processo seletivo de provas e cria o quadro de função pública do ACS no quadro setorial da saúde, sem caráter de efetividade e estabilidade.

A cobertura da população de Betim pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde apresenta uma curva descendente ao longo dos anos, como pode ser observado na figura abaixo.

Figura 5: Evolução da cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde no município de Betim, MG.



Fonte: Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica, 2009⁷⁰.

Alguns fatores são importantes para a compreensão da queda de cobertura pelo Pacs no município como, por exemplo, o aproveitamento de ACS para a expansão do Programa de Saúde da Família e também a rotatividade desses agentes, que foram durante um período, contratados de forma precária, sem estabelecimento de seleção pública para o exercício da função.

Em janeiro de 2009, a cobertura populacional pelos ACS era de 62,89%, havendo 470 ACS cadastrados no SIAB⁷⁰.

Em relação ao grau de escolaridade dos ACS do município, todos possuem o ensino fundamental completo⁷¹, conforme exigência da Lei Federal 11.350/2006.

Em 2007, a Prefeitura Municipal de Betim, em parceria com o Ministério da Saúde e a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, realizaram o primeiro módulo do Curso para habilitação profissional de técnico de Agente Comunitário de Saúde⁷¹.

5.2. Desenho do estudo

Este estudo pode ser caracterizado como de natureza qualitativa que utiliza o referencial das competências na perspectiva construtivista.

A matriz construtivista está em sintonia com a proposta da aprendizagem significativa, que *envolve a assimilação de conceitos e proposições novas mediante a sua inclusão nas estruturas cognitivas e referenciais simbólicos existentes*⁷² (p.43).

A abordagem conceitual sobre competência adotada neste estudo foi a dialógica, que define competência como a combinação de atributos pessoais para a realização de ações em contextos específicos. Seguindo esta abordagem, Ribeiro & Lima (2003) afirmam que o desempenho representa a combinação de atributos ou capacidades mobilizados numa ação própria de seu campo profissional em um contexto específico, permitindo inferir competência. Assim, o agrupamento dos desempenhos de natureza afim

conforma áreas de competência complementares que, por sua vez, conformam o campo da prática profissional, segundo contextos e padrões de excelência³⁷.

Neste sentido, a construção do perfil de competência dos agentes no estudo em questão foi realizada por meio de um processo coletivo, utilizando-se técnica de grupos, de forma a facilitar a identificação, análise e discussão das tarefas desenvolvidas pelos agentes e os atributos mobilizados para desempenhá-las.

De forma complementar, o processo de capacitação dos ACS deverá ter como propósito central o desenvolvimento de capacidades (cognitivas, psicomotoras e afetivas) por meio da reflexão sobre problemas e tarefas por eles desenvolvidas em seus contextos de trabalho.

Para fins desse estudo, o processo de capacitação dos agentes, foi dividido em duas etapas, sendo a primeira, a identificação dos desempenhos requeridos para o desenvolvimento de ações de ST, e a segunda etapa, a proposição de diretrizes para a capacitação.

A escolha pelo desenvolvimento de estudo qualitativo utilizando técnica de grupo se deu pela aproximação e melhor compreensão do objeto do estudo, a partir de leitura bibliográfica nos temas: saúde do trabalhador, educação profissional para o SUS, o trabalho do ACS e competências profissionais.

Nas palavras de Minayo⁷³, *a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes* (p. 21).

No campo da atividade científica, esta abordagem apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida. Bosi & Mercado⁷⁴ atribuem este fato, entre outras justificativas, à uma resposta aos desafios contemporâneos, em especial à área da saúde, cuja complexidade e multi-dimensionalidade requerem, além do avanços nas soluções

técnicas, um desenvolvimento mais intenso do componente humano, domínio dos estudos qualitativos.

A aproximação e melhor compreensão do objeto em estudo possibilitaram a identificação de alguns pressupostos que serviram como balizamento para a escolha e aplicação dos métodos a serem utilizados na construção do perfil de competência, assim como para a construção de diretrizes para a capacitação dos agentes, como podem ser observados abaixo.

- As competências profissionais devem ser construídas pelos próprios trabalhadores, como sujeitos desse processo;
- Tanto os espaços formativos quanto as organizações de trabalho deverão se constituir em “instâncias qualificadoras”⁷⁵;
- Os enfermeiros coordenadores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde são elementos-chave para a concretização do desenvolvimento de ações de ST na AB pelos ACS, dado o papel desses profissionais, historicamente responsáveis pela capacitação e acompanhamento das ações dos agentes;
- O envolvimento de outros profissionais na linha de cuidado do SUS é essencial para a garantia do cuidado e direcionamento adequado do usuário trabalhador;
- Os princípios da aprendizagem significativa e da reflexão na ação devem ser os fios condutores na elaboração de propostas de capacitações dos agentes.

5.3. Técnica de pesquisa

A opção pela abordagem da construção coletiva orientou a busca bibliográfica por técnicas utilizadas em grupos, resultando no conhecimento do método VIPP, descrito no referencial teórico.

Neste estudo, utilizamos uma adaptação de uma das técnicas da abordagem VIPP, denominada coleção de cartões (card collection)⁶⁰. A técnica foi utilizada com o objetivo de identificar quais ações relacionadas à área de Saúde do Trabalhador os ACS desenvolvem em sua rotina de trabalho e como são desenvolvidas, com base na reflexão sobre sua prática profissional e a compreensão acerca do processo trabalho-saúde-doença.

A técnica “coleção de cartões” possui o propósito central de reunir as idéias dos participantes em um painel visualizado e estruturado, assemelhando-se à um espelho coletivo⁶⁰.

- 1) O facilitador pergunta ao grupo quais são as ações ou atividades que desenvolvem em sua rotina diária de trabalho e que, na visão deles, se relacionam com o processo trabalho-saúde-doença. Em seguida, distribui cartões (tarjetas) em formato retangular para cada participante.
- 2) Os participantes refletem e escrevem em seus cartões silenciosamente.
- 3) Quando todos terminam de escrever, o facilitador recolhe os cartões e segura cada um acima para que o grupo veja o que está escrito no cartão. Neste momento, são identificados aqueles que não são claros em seu significado e, então, são imediatamente reescritos. Contudo, o facilitador cria um contexto favorável para que o autor da tarjeta busque explicar sua contribuição, de forma a evitar qualquer constrangimento.

- 4) O facilitador então afixa os cartões no quadro agrupando-os em categorias. No começo o moderador fixa os cartões em um quadro e pergunta aos participantes se cada um delas pertence ou não ao mesmo grupo, a fim de identificar grupos de idéias associadas.
- 5) Os cartões repetidos não devem ser descartados, pois a duplicidade expressa a importância da idéia para o grupo.
- 6) Uma vez que todos os cartões estejam no quadro, os participantes revisam e reestruturam os agrupamentos.

Os conteúdos produzidos no grupo foram tratados segundo o método da análise de conteúdo, utilizando de análise categorial⁷⁶. *A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação (p.111)*. As categorias reúnem um grupo de elementos, efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos⁷³. A partir dos depoimentos coletados, foram elaboradas matrizes de análises para facilitar a sistematização e organização de categorias e subcategorias emergentes, e garantir objetividade para o estudo.

A seguir, serão apresentadas as etapas constituintes do desenvolvimento do trabalho, iniciando pela descrição da revisão bibliográfica com vistas ao conhecimento do objeto em estudo e ao estabelecimento das técnicas selecionadas para o campo, seguida da aproximação e seleção das unidades e participantes selecionados e posteriormente, a descrição das oficinas para construção do perfil de competência requerido dos ACS para o desenvolvimento de ações de ST.

5.4. Etapas do Estudo

ETAPA 1: Revisão Bibliográfica

A primeira etapa do estudo consistiu na realização de revisão da literatura publicada em periódicos indexados em bases de dados disponíveis eletronicamente, sobre o tema: “Educação por competências”, com vistas a embasar teoricamente a metodologia.

Utilizou-se para a busca de artigos o portal da Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME/OPAS/OMS, acessado por meio do site: www.bireme.br, que permite uma busca sistematizada e refinada, tanto por meio de descritores, quanto por unitermos. As bases de dados consideradas nesta busca bibliográfica foram LILACS e SCIELO e o período de busca foi definido como sendo de 2000-2008.

Na pesquisa bibliográfica por descritores, utilizou-se o descritor “Educação baseada em competências”. A partir da leitura dos resumos, foram selecionados para melhor análise os trabalhos que cumpriam os seguintes requisitos: apresentar em seu escopo discussão sobre as linhas teóricas que embasam as competências e/ou a descrição de metodologias para identificação de competências requeridas pela educação profissional na área de saúde.

Realizou-se também busca bibliográfica em sites como o do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a fim de identificar os documentos que abordam o tema em questão.

Em relação ao site do Ministério da Saúde e Educação foram realizadas leituras de publicações referentes ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que vem trabalhando com a certificação profissional de técnicos, no modelo das competências; leitura de documentos como: Referencial Curricular para ACS⁵, material do Curso para habilitação técnica do ACS⁷⁷, Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico⁴⁹, Política Nacional de Educação Permanente do SUS⁷⁸.

No que tange à Organização Internacional do Trabalho – OIT – foi realizada leitura dos documentos “Certificação de Competências Profissionais - Análise Qualitativa do Trabalho - Referenciais Metodológicos”⁷⁹ e “Avaliação e Certificação de Competências – discussões”⁸⁰. Vale ressaltar que a OIT desenvolve um programa especial na temática Formação e Certificação Profissional.

A leitura e análise do material referente à Educação em Saúde nortearam a escolha da abordagem metodológica a ser usada para identificação das competências dos Agentes Comunitários de Saúde.

Optou-se pela utilização de técnicas capazes de reproduzirem em suas práticas, conceitos e princípios da matriz construtivista para realização do delineamento metodológico.

Importante ressaltar que a partir da leitura dos textos sobre o a concepção construtivista, surgiu a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do conceito de aprendizagem significativa, baseada epistemologicamente na concepção construtivista.

Para a identificação e escolha da técnica a ser desenvolvida, foram realizadas buscas em banco de dados de teses e dissertações, assim como a leitura de livros de metodologia qualitativa.

A busca por metodologias de desenvolvimento participativo resultou no conhecimento de uma tese de doutorado⁸¹ em se que utilizou uma técnica de grupo para obtenção de consenso denominada Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOPP), com vistas à identificação de diretrizes para o desenvolvimento de sistemas de informações para conselhos municipais de saúde, construídos com a participação dos conselheiros. Ressalta-se que, conforme descrito anteriormente, o método VIPP descreve em seu escopo a técnica ZOPP e as diferenças existentes entre ambos.

Outro texto foi encontrado explicando a diferença entre a técnica de ZOPP e a de Metaplan, ambas utilizadas para oferecer um enfoque participativo no trabalho com grupos. O texto foi adotado como apoio didático ao Curso de Gestão Estratégica Pública, ofertado pela UNICAMP. Entretanto, o último texto foi encontrado no que podemos chamar de bibliografia informal⁸².

Entretanto, a identificação e leitura destas bibliografias não foram suficientes para embasar teoricamente a condução do processo coletivo do perfil de competência dos ACS. Ofereceram apenas pistas para novas buscas, indicando a possibilidade de publicações mais detalhadas de condução de grupos em que se utilizam técnicas participativas.

Neste sentido, a indicação e leitura do livro “Participatory Workshops⁸³”, facilitou a ampliação do conhecimento por construção e condução de grupos. O livro contém em seu último capítulo, 21 fontes que trazem em seu escopo, formas e idéias para o desenvolvimento de grupos. Após leitura das fontes, optou-se pela leitura do documento “VIPP: Visualization in Participatory Programmes⁶⁰”.

Conforme dito anteriormente, o método possui a descrição de diversas técnicas usadas para o alcance de enfoques participativos em grupos. Assim, optou-se pelo uso desse método, para embasar teoricamente a construção coletiva do perfil de competência dos ACS.

ETAPA 2: Aproximação e definição do campo

Para a definição das unidades básicas de saúde que participaram do estudo, realizou-se breve entrevista, por telefone, com as enfermeiras coordenadoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) das unidades básicas de saúde convencionais do município. As entrevistas abordaram as seguintes questões: cobertura do Pacs das unidades, desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador: assistência, notificação, mapeamento das atividades produtivas e encaminhamento para o Centro de Referência

em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município e espaço para discussão, e planejamento de ações de saúde desenvolvidas pelos agentes.

Após o contato com as unidades básicas de saúde do município, foram selecionadas duas delas para a inclusão no estudo. A partir da seleção das unidades, foi realizada reunião com as gerentes e os coordenadores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de apresentar a proposta de desenvolvimento do estudo e definir os passos seguintes para a concretização do projeto. Foi então definida a participação de 20 agentes nas oficinas de construção das competências, sendo selecionados 10 de cada unidade. O critério estabelecido para a inclusão do agente no estudo foi o maior tempo de serviço no Pacs.

ETAPA 3: Identificação do perfil de competência dos Agentes Comunitários de Saúde

Orientando-nos pelos princípios da matriz construtivista, de valorização do coletivo e do trabalho dos ACS para a identificação das competências, optamos pela realização de três oficinas.

Ressalta-se que a definição de competência adotada neste estudo refere-se ao conjunto de atributos (psicomotores, cognitivos e afetivos) para o desenvolvimento de uma ação, em uma dada situação de trabalho.

A seguir serão apresentadas as descrições das etapas que distinguem as oficinas, abaixo descritas.

1ª Oficina:

Nesta oficina participaram os vinte Agentes Comunitários de Saúde selecionados, conforme critério descrito anteriormente.

Inicialmente, foram apresentados os objetivos, a relevância e a finalidade do desenvolvimento deste trabalho e, em seguida, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

Em seguida, o facilitador do grupo convidou os participantes a se apresentarem, estabelecendo aproximação entre os ACS e os pesquisadores (facilitador e relatores) e instigou os agentes a discutirem sobre sua percepção a respeito das relações entre o perfil saúde-doença e os processos produtivos que ocorrem em um dado território.

Em um segundo momento, foram entregues aos ACS tarjetas no formato retangular, de tamanhos 18 x 12 e canetas pilots, e solicitou-se a eles a descrição de atividades que desenvolvem durante a rotina diária de trabalho relacionadas com o processo trabalho-saúde-doença. Para tal, foi orientado aos agentes que utilizassem uma tarjeta para cada atividade descrita.

As tarjetas (cartões) preenchidas foram então afixadas na parede pelo pesquisador, de forma a permitir o reconhecimento pelos agentes das atividades descritas e o reagrupamento das tarjetas em áreas temáticas.

Em seguida, o grupo discutiu como desenvolvem as atividades descritas e também como eles se organizam para desenvolvê-las, buscando entender o contexto no qual se dão estas ações, assim como os atributos mobilizados para o desenvolvimento das ações.

As informações obtidas nesta primeira etapa foram ainda analisadas pelo próprio grupo de forma a trabalhar com a eliminação de repetições e agrupamento das atividades segundo sua natureza, configurando-se nas seguintes áreas de competência: promoção e prevenção, organização do cuidado e educação.

A conformação das áreas de competência foi norteada pelos eixos da formação do ACS, já estabelecidos no Referencial Curricular para técnico de Agente Comunitário em Saúde⁵.

Os relatos dos ACS foram gravados em meio digital e analógico, posteriormente transcritos, de forma a facilitar a análise. Além das gravações, houve a participação de dois relatores, que anotavam as principais idéias, emoções, crenças, consensos e discordâncias que emergiam do grupo.

a. Síntese das informações

A transcrição das tarjetas, das gravações e as anotações dos relatores foram consolidadas e agrupadas na matriz de análise abaixo, utilizando para tal três áreas de competência **a) promoção da saúde e prevenção de doenças; b) organização do cuidado e c) educação.**

A análise de conteúdo foi feita segundo Bardin⁷⁶.

Tabela 1: Matriz de análise dos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde

Matriz de Análise			
Áreas de Competência	Relatos	Atividades	Desempenhos

A transcrição do material obtido na primeira oficina associadas às redações dos relatores sobre as impressões principais em relação à participação dos agentes foram sistematizadas e analisadas pelo pesquisador, resultando na elaboração de um quadro com o perfil de competência requerido dos agentes para o desenvolvimento de ações de ST na AB, agrupadas de acordo com as três áreas de competência.

Para fins de validação do perfil de competência pelos agentes, foi preparado um quadro com as atividades e atributos referentes ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, que foi apresentado e discutido na segunda oficina de trabalho.

2ª Oficina

Esta oficina teve como objetivos a devolução das informações obtidas na oficina anterior aos agentes selecionados e a validação dos desempenhos requeridos para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no território de abrangência das unidades básicas de saúde.

Foram consolidadas todas as ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos ACS e que apareceram nas discussões. Estas informações foram apresentadas em Power Point, tendo como fio condutor o processo de trabalho dos agentes, delineado a partir das discussões presentes nos dois dias da primeira oficina sobre o que o agente faz em sua rotina diária de trabalho, que recursos ele mobiliza para desenvolver suas atividades e quais as dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento destas ações.

Após a apresentação, foi explicado ao agente como se dá o processo de validação do material e a importância de cada agente assinalar o grau de concordância ou discordância dos desempenhos descritos. Assim, foram distribuídos a cada um deles os quadros com a descrição dos atributos a serem validados (Anexo 3).

Utilizou-se escala de Likert⁸⁴ para mensurar o grau de concordância dos agentes em relação ao item especificado. A escala possui cinco categorias de resposta, sendo orientado aos agentes assinalarem apenas uma alternativa, de acordo com o grau de concordância ou discordância, sendo a alternativa 1, significando discordância total e 5 concordância total. O uso da escala de Likert possui como vantagens: fácil compreensão e aplicação e como desvantagem destaca-se o tempo maior para ser respondida. Foram considerados válidos os itens que obtiveram grau de concordância total ou parcial (4 ou 5). Após a avaliação dos agentes acerca dos itens descritos nos quadros, analisou-se junto aos agentes os itens assinalados na escala abaixo de 3.

Os ACS realizaram algumas sugestões em relação à adequação da linguagem dos desempenhos. Tais sugestões foram incorporadas no quadro de desempenhos, posteriormente apresentado e validado na oficina com os profissionais de nível superior e representantes do grupo dos agentes comunitários de saúde.

3ª Oficina

A escolha dos profissionais para a terceira oficina decorreu, em grande parte, das discussões e da identificação de nós críticos levantados pelos próprios agentes para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na AB, entre eles, a necessidade de um trabalho interdisciplinar e intersetorial para o alcance de ações resolutivas de Saúde do Trabalhador. Outras fontes importantes que nortearam a seleção dos profissionais foram a Política Nacional da Atenção Básica¹⁶ e a Portaria da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)¹⁵. Assim, participaram da terceira oficina: 5 Agentes Comunitários de Saúde que se destacaram nas discussões realizadas na oficina anterior, a coordenadora da Atenção Básica do município, Coordenadora Estadual de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais e técnica indicada pela coordenadora estadual, gerentes das duas unidades básicas de saúde, a coordenadora do CEREST e representantes das equipes técnicas das unidades básicas de saúde e do CEREST, indicados pelos dirigentes. Os critérios para seleção dos participantes foram envolvimento e interesse no campo da Saúde do Trabalhador e facilidade de trabalhar em equipe. A tabela 03 apresentada nos resultados possui a descrição das categorias profissionais e instituições dos participantes da terceira oficina.

Inicialmente, foram apresentados os objetivos, a relevância e finalidade do desenvolvimento deste trabalho e a seguir os participantes foram convidados a assinar o TCLE (Anexo 2).

Os participantes da oficina foram: cinco agentes comunitários de saúde (representantes dos agentes que participaram da primeira oficina) e profissionais de nível superior, que possuem importante papel na consolidação das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, do município de Betim.

A oficina de trabalho foi dividida em dois momentos. O primeiro consistiu na apresentação do processo de trabalho dos ACS, representado por um fluxograma de atividades em que, para cada atividade específica dos agentes, o pesquisador apresentava os desempenhos requeridos para exercê-las. Após a apresentação, foram distribuídos aos participantes os quadros contendo os desempenhos dos agentes, para

que fosse realizada a validação pelos presentes (Anexo 4). Em um segundo momento, o pesquisador apresentou as principais dificuldades relatadas pelos agentes durante a execução de seu trabalho. Em cada um dos momentos, foram apresentadas sugestões e alguns direcionamentos para a melhora ou solução de problemas ou dificuldades apresentadas.

A oficina foi conduzida por um facilitador e as informações foram gravadas em meio digital e posteriormente transcritas, de forma a facilitar o processo de análise. As informações transcritas foram analisadas pelo pesquisador, de forma a complementar e definir o perfil de competência dos Agentes Comunitários de Saúde.

Está prevista no corrente ano a realização de devolução dos resultados obtidos no estudo, aos diferentes atores que participaram do estudo, aos outros profissionais da Rede Básica de Saúde do município, profissionais do CEREST e representantes da secretaria municipal de saúde.

5.5. Limites do Estudo

O estudo em questão propôs a identificação do perfil de competência necessário para que os ACS desenvolvam ações de ST em sua rotina diária de trabalho. Entretanto, a identificação do perfil constitui apenas uma das etapas do processo de formação profissional, necessitando assim o desenvolvimento de novos estudos que contemplem a proposição de um Itinerário Formativo, embasado nas competências profissionais e com metodologias de ensino norteadas pelos princípios da aprendizagem significativa.

Uma limitação assumida no estudo consiste na aplicabilidade deste perfil de competência para a formação de outros grupos de agentes. O modelo de competência avalia a presença de saberes escolares ou técnico-profissionais e a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos em diferentes situações de trabalho. Dessa forma, sabe-se que mudanças no contexto requerem novas capacidades, devendo assim, ser dinâmicas, mutáveis e flexíveis.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados está dividida em duas partes. A primeira descreve, de forma sucinta, a caracterização dos sujeitos do estudo. A segunda apresenta a descrição e discussão do perfil de competência dos ACS, organizado por meio dos desempenhos necessários para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador em seu território de atuação.

Os desempenhos, entendidos como atividades qualificadas, foram identificados a partir da descrição das atividades que os agentes realizam e da discussão do trabalho 'real' descrito pelos ACS de Betim.

Em um segundo momento, os desempenhos foram então agrupados de acordo com sua natureza, conformando as seguintes áreas de competência: promoção e prevenção; organização do cuidado, e educação.

Neste sentido, cada desempenho expressa uma dimensão da realidade de trabalho desse profissional. Seguindo a metodologia, optamos por apresentá-los de acordo com cada área de competência.

Neste caso especial, a descrição das áreas de competência leva em conta a complexidade do trabalho dos agentes. Assim, a descrição dos diferentes atributos necessários para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; da organização do cuidado e de ações educativas; deve vir acompanhada de discussão e análise acerca dos diferentes contextos em que estas ações são desenvolvidas (seja no domicílio, na comunidade ou nas unidades básicas de saúde).

O trabalho do ACS tem sido considerado complexo, uma vez que inclui ações de naturezas diversas e que requer atuações / integrações com diferentes públicos: família, comunidade e equipe de saúde dos serviços que, por sua vez, estão inseridos em diferentes lugares e contextos. Seu território / lugar de atuação é definido como sendo uma micro-área. Nas palavras de Monken, Barcellos⁴³, os lugares estão sempre se

transformando, podendo ser transformações harmoniosas ou conflituosas, dado que os diferentes lugares possuem atores sociais com diferentes interesses e forças políticas. Definem também que:

“o contexto são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como eles estão localizados no território, do ponto de vista social, econômico, político e cultural (p.181).”

Assim, as ações dos ACS devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios e devem, portanto, serem capazes de reconhecer tais especificidades e de perceberem as demandas dos serviços de saúde requeridas pela população.

6.1.1 Caracterização dos participantes do estudo

Nas duas etapas iniciais, de realização das oficinas 01 e 02, participaram do estudo vinte agentes comunitários de saúde das unidades básicas de saúde Angola e Jardim Petrópolis.

A tabela 2 apresenta o perfil desses agentes no que se refere à idade, tempo de trabalho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e unidade básica de saúde em que atuam. Todos os ACS selecionados são do sexo feminino e possuem no mínimo ensino fundamental completo.

A predominância de mulheres desempenhando a função de Agente Comunitário de Saúde também foi relatada em outros estudos⁸⁵. Segundo os autores, esta questão se explica pelo tradicional papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade. O estudo realizado por Silva & Dalmaso¹⁸ reitera ainda que para muitas delas, ser ACS representou o reingresso no mercado de trabalho e/ou a remuneração de um trabalho já desenvolvido como voluntárias na comunidade.

Em relação à variável idade das ACS deste estudo, encontramos uma média de 44,4 anos, em uma faixa etária de 28 a 45 anos, caracterizando uma predominância de adultas jovens exercendo esta função. Faixa etária semelhante foi encontrada também em outros estudos¹⁸.

No que tange ao tempo de serviço no Programa de Agentes Comunitários de saúde (Pacs), a média foi de 8,3 anos, sinalizando uma baixa rotatividade deste trabalhador na atividade. O tempo de permanência no Programa é importante para a assimilação do papel do agente, que é construído em suas práticas diárias de trabalho⁸⁵.

Analisando o tempo de trabalho no Pacs das unidades básicas de saúde *Angola* e *Jardim Petrópolis*, observa-se que há maior homogeneidade na UBS *Angola*, pois todas as agentes selecionadas possuem 10 anos de trabalho no programa, ao passo que na UBS *Jardim Petrópolis* o tempo de trabalho varia de 3 a 10 anos, com média de 6,7 anos. É importante lembrar que o tempo de trabalho no Pacs foi um critério estabelecido para a seleção das ACS, na tentativa de inserir no grupo, pessoas com maior experiência.

Sobre a participação das agentes nas oficinas, podemos dizer que a maioria delas participou de forma ativa durante as atividades. Entretanto, percebemos certa tendência das agentes mais velhas e com maior tempo de trabalho no Pacs, de se destacarem nas discussões sobre o trabalho que desenvolvem e nos relatos sobre adoção de estratégias para se adaptarem às dificuldades e às limitações impostas em sua rotina de trabalho. Por outro lado, observamos, também, que as agentes mais experientes muitas vezes mostravam-se cansadas e com sentimentos de descrença em relação às possibilidades de mudanças na estrutura e na organização dos serviços em que atuam. Neste ponto, percebemos maior ânimo das agentes mais jovens, que traziam também novos conceitos e novas formas de enxergar as dificuldades no desenvolvimento de seu trabalho.

Assim, podemos destacar que as diferenças entre o grupo de agentes mais jovens e o grupo mais experiente possibilitaram a troca de experiências e a conformação de novas idéias, novas soluções para os problemas no trabalho, diferentes formas de pensar e organizar o desenvolvimento de seu trabalho.

Tabela 2: Perfil das ACS participantes do estudo sobre o perfil de competência requerido para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador

Agente Comunitário de Saúde	Unidade Básica de Saúde	Idade (anos)	Tempo de serviço no PACS (anos)
ACS 01	Angola	45	10
ACS 02	Angola	55	10
ACS 03	Angola	49	10
ACS 04	Angola	52	10
ACS 05	Angola	44	10
ACS 06	Angola	44	10
ACS 07	Angola	50	10
ACS 08	Angola	45	10
ACS 09	Angola	47	10
ACS 10	Angola	33	10
ACS 11	Jardim Petrópolis	42	10
ACS 12	Jardim Petrópolis	54	10
ACS 13	Jardim Petrópolis	48	08
ACS 14	Jardim Petrópolis	55	08
ACS 15	Jardim Petrópolis	40	08
ACS 16	Jardim Petrópolis	49	10
ACS 17	Jardim Petrópolis	49	03
ACS 18	Jardim Petrópolis	29	04
ACS 19	Jardim Petrópolis	28	03
ACS 20	Jardim Petrópolis	30	03

A oficina 03, com o propósito de validação do perfil de competência dos ACS, foi realizada aproximadamente quatro semanas após a segunda oficina.

Participaram dela 19 profissionais atuantes no SUS. A tabela 03 descreve a relação destes profissionais, sua categoria profissional, instituição de trabalho e município de atuação.

Observa-se na composição do grupo grande número de enfermeiros, o que se justifica por sua influência direta no trabalho dos ACS, já que são coordenadores do Pacs. Soma-se a esta questão o fato de duas gerentes das UBS selecionadas para o estudo possuírem também Graduação em Enfermagem. Além das enfermeiras e da participação de 05 ACS, compuseram o grupo: 03 médicos, sendo um do CEREST, um da UBS e uma médica sanitária, coordenadora da área técnica de Saúde do Trabalhador da SES-MG;

e 02 assistentes sociais das UBS selecionadas e uma terapeuta ocupacional, coordenadora do CEREST. Todas estas pessoas estão envolvidas na linha de cuidado em Saúde do Trabalhador e, de uma forma ou de outra, contribuem para a continuidade ou eficiência das atividades dos ACS.

A heterogeneidade do grupo, no que tange à inserção profissional no SUS, foi estabelecida propositalmente, em decorrência da metodologia de construção coletiva, em que o passo básico para a discussão acerca do perfil de competência dos agentes para o desenvolvimento de ações de ST constituiu-se no envolvimento dos diferentes atores e instituições que conformam a linha de cuidado do usuário trabalhador.

A diversidade de categorias profissionais que compuseram o grupo, formado por pessoas com diferentes experiências, crenças e vivências no SUS, fez com que emergissem, inicialmente, diferentes visões acerca do papel do Agente Comunitário de Saúde.

Interessante destacar que alguns profissionais demonstraram pouco conhecimento em relação ao trabalho do ACS nas unidades, o que gerou nestes dúvidas em relação à capacidade de atuação destes trabalhadores em alguns campos que foram discutidos na oficina. Entretanto, esta idéia não foi consensual no grupo, dado que as próprias enfermeiras coordenadoras do Pacs relataram com exemplos práticos, a abrangência do campo de atuação dos ACS, sua capacidade de assimilar novos conhecimentos e de melhorar suas práticas frente às situações adversas que enfrentam em sua rotina de trabalho.

No desenvolvimento da oficina, durante as discussões acerca do papel do ACS no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, o grupo destacou a necessidade de estruturação e funcionamento da linha de cuidado do usuário trabalhador no município. O grupo apontou e discutiu sobre dificuldades na consolidação de ações de ST, tais como a ineficácia de fluxos de referência e contra-referência, a falta de instrumentos e saberes técnicos que deveriam orientar a rede de cuidado ao usuário trabalhador e o desconhecimento do papel do serviço especializado em ST do município.

Tabela 3: Relação dos participantes da Oficina III: Construção do perfil de competência dos ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.

Participante	Categoria Profissional	Instituição	Município
01	Médica Sanitarista	CAIST	Belo Horizonte
02	Enfermeira	CAIST	Belo Horizonte
03	Terapeuta Ocupacional	CEREST	Betim
04	Médico do Trabalho	CEREST	Betim
05	Assistente Social	SMS	Betim
06	Enfermeira (gerente)	UBS Angola	Betim
07	Enfermeira	UBS Angola	Betim
08	Enfermeira	UBS Angola	Betim
09	Enfermeira	UBS Angola	Betim
10	ACS	UBS Angola	Betim
11	ACS	UBS Angola	Betim
12	ACS	UBS Angola	Betim
13	Enfermeira (gerente)	UBS Jardim Petrópolis	Betim
14	Enfermeiro	UBS Jardim Petrópolis	Betim
15	Enfermeira	UBS Jardim Petrópolis	Betim
16	Assistente Social	UBS Jardim Petrópolis	Betim
17	Médica generalista	UBS Jardim Petrópolis	Betim
18	ACS	UBS Jardim Petrópolis	Betim
19	ACS	UBS Jardim Petrópolis	Betim

6.2. Desempenhos necessários ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador

Serão apresentados a seguir os desempenhos requeridos dos ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, que foram construídos com o grupo de ACS e outros profissionais de nível superior.

Destaca-se que, apesar da validação dos desempenhos ter tido como foco principal a discussão qualitativa dos mesmos, obtivemos também a frequência das respostas dos agentes e dos profissionais de nível superior, referente ao nível de concordância ou discordância para cada desempenho.

Assim, após a análise da validação dos desempenhos pelos agentes (anexo x), observamos que todos os agentes (100%) assinalaram 4 ou 5, correspondendo, respectivamente às opções concordo parcialmente e concordo totalmente. Para os que assinalaram 4, a discussão em grupo com os agentes mostrou que referia-se à forma como foi escrito o desempenho, destacando a necessidade de detalhar melhor alguns deles, como por exemplo, a necessidade de destacar a atuação do agente juntamente a outros profissionais dos serviços da AB. Vale ressaltar que, no processo de validação do perfil de desempenhos pelos agentes, o que se referia a *orientar o usuário, sempre com ética, sobre seus direitos e sobre a linha de cuidado especializado que o SUS oferece aos trabalhadores*, teve a concordância parcial de três agentes. As discussões apontaram para um melhor detalhamento sobre os limites da atribuição de orientar sobre direitos e deveres do usuário trabalhador.

No processo de validação dos desempenhos pelos profissionais da oficina 03, observamos que 75% dos participantes assinalaram 4 ou 5 na escala de Likert. Entretanto, ao analisarmos os desempenhos que obtiveram nota inferior a 4, verificamos que referia-se a desempenhos diferentes, ou seja, a discordância não era consenso. Conforme assinalamos anteriormente, o objetivo da validação foi também construir um espaço de discussão acerca do perfil de desempenhos, de forma a contribuir para a

construção coletiva do mesmo, adequando-o de acordo com as sugestões e críticas realizadas no grupo.

Consoante à metodologia, os desempenhos estão organizados segundo as áreas de competência: Promoção da saúde e Prevenção de agravos; Organização do Cuidado e Educação.

6.2.1. Área de Competência 1: Promoção da Saúde e Prevenção de agravos

As informações obtidas dos ACS durante as oficinas demonstraram que as ações de prevenção de doenças, principalmente daquelas consideradas prioritárias em seu município ou território de atuação, fazem parte de sua rotina de trabalho. De acordo com os agentes, as ações de prevenção podem ser direcionadas para a família, por meio das visitas domiciliares ou para a comunidade em geral, por meio da realização de mutirões ou de mobilização social.

Independentemente do grupo para o qual se destina a ação, os agentes apontaram como passo básico para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos ou acidentes relacionados ao trabalho a identificação e registro das atividades produtivas desenvolvidas na micro-área de atuação e as que são desenvolvidas no próprio domicílio do trabalhador, como pode ser observado nas falas abaixo.

"Precisamos primeiro fazer o diagnóstico: quais as situações de trabalho para depois atuar (na prevenção) (ACS)."

"Fazer o reconhecimento do quintal, levantamento das fábricas e ocupações no quintal (ACS)"

O registro das atividades produtivas domiciliares é realizado pelos ACS por meio do preenchimento da ficha A (anexo 5). A ficha A é um instrumento usado pelas unidades básicas de saúde para o cadastramento familiar possuindo, em seu escopo, um espaço denominado ocupação, em que o ACS preenche a ocupação de todos os membros da família. Para a realização desta atribuição, o ACS deve saber o significado da palavra "ocupação" e, principalmente, quem são considerados trabalhadores para o SUS.

Para o SUS e, especificamente, para o campo da Saúde do Trabalhador, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e/ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia. Esse conceito está em sintonia com o princípio universalidade e encontra-se explicitado na PNSST⁸⁶.

É importante destacar que os próprios ACS expressaram durante a oficina dificuldades em reconhecerem o trabalhador informal. Entretanto, após a discussão do grupo, reconheceram que trabalhador é todo aquele que possui alguma ocupação, independente da idade, sexo, de possuir carteira assinada ou não, e de ser remunerado ou voluntário.

Outro fator importante levantado pelos profissionais de saúde, e que influencia no preenchimento do espaço ocupação, foi saber perceber a diferença entre profissão e ocupação. Segundo observações dos profissionais, os ACS ao perguntarem aos membros da família sua ocupação, devem estar atentos e questionar sempre que necessário se as respostas dos usuários referem-se à sua profissão ou às atividades ocupacionais que desempenham. O termo ocupação refere-se às atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (como por exemplo, o trabalho autônomo)⁸⁷.

Assim, a partir da análise dos dados, foi possível identificar um primeiro desempenho, necessário ao ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador:

Em sua visita domiciliar observa, investiga e registra em que as pessoas trabalham e as situações de trabalho de todos os membros da família, reconhecendo o trabalho como fator importante na promoção da saúde e na prevenção de agravos em diferentes faixas etárias e gêneros.

Desempenho 01

Todos os ACS relataram preencher o espaço da ficha A referente à ocupação de todos os membros da família, porém, apontaram que esta informação não é usada no planejamento de ações de saúde.

Além da identificação das atividades produtivas desenvolvidas no domicílio e peridomicílio, faz parte das atividades dos agentes, a elaboração do diagnóstico da micro-área de atuação. Como pode ser observada na fala da agente a seguir:

“A gente sempre faz o diagnóstico. Por exemplo, quantos restaurantes, quantos bares, quantas igrejas, tudo que tem na nossa área. Então, dentro do trabalho, quando eu vou na casa eu sei que aquele meu usuário trabalha na padaria, automaticamente eu sei quantas padarias tem e aonde que ele trabalha (...) se a pessoa que é da minha área trabalha na minha área ou na área vizinha, automaticamente a gente tem o diagnóstico da micro área (ACS).

A partir da identificação das atividades produtivas e conhecendo os riscos das atividades mais comuns desenvolvidas em seu território de atuação, o agente é capaz de relacionar o trabalho com os riscos potenciais e orientar a família e/ou trabalhador sobre a adoção de medidas de prevenção, como pode ser observado nos desempenhos abaixo.

Observa cuidadosamente o espaço domiciliar e peridomiciliar, em busca das atividades produtivas desenvolvidas no território e identifica os possíveis fatores de riscos relacionados e que podem estar expondo o trabalhador, família ou a comunidade.

Desempenho 02

Orienta de forma ética, o trabalhador sobre os riscos a que ele pode estar exposto, assegurando uma escuta atenta ao valor que ele dá ao que faz, às precauções e/ou medidas que ele toma para preservar seu trabalho/emprego e ao conhecimento que já tem sobre as doenças ocupacionais.

Desempenho 03

A atribuição dos ACS de orientar o trabalhador sobre os riscos a que ele pode estar exposto foi tema de discussão entre os profissionais presentes na oficina. Alguns

apontaram que esta seria uma atribuição “pesada” (sic). Ou seja, apontaram que a orientação sobre os riscos a que o trabalhador possa estar exposto, quando somada às atribuições já desenvolvidas de forma rotineira pelos agentes, representaria uma sobrecarga de seu trabalho.

Outros profissionais refutaram a afirmação acima, destacando que esta orientação já faz parte das atribuições dos agentes. Entretanto, pontuaram a necessidade de estabelecer, de forma clara, o nível de orientação que se refere à atuação do agente no tema em questão. Assim, pode-se dizer que, após as discussões, a idéia de estabelecer o nível de orientação dos agentes em relação aos riscos relacionados ao trabalho foi consensual entre os participantes.

Vale ressaltar o posicionamento dos agentes comunitários de saúde e da enfermeira coordenadora do Pacs sobre a opinião dos profissionais que questionaram esta atribuição. Na fala dos agentes:

“não tem orientação pesada pra nós, porque a nossa orientação vai depender do que a gente depara lá. Nem sempre a gente depara com a mesma situação na residência domiciliar (ACS)”.

De acordo com os agentes, pode-se perceber que não faz sentido o discurso de alguns profissionais de que estes devem atuar com foco nos programas prioritários e que outros programas como a saúde do trabalhador e saúde mental, por exemplo, contribuiriam para um aumento da sobrecarga de seu trabalho. O que os agentes relatam com clareza é que a realidade de seu trabalho o coloca diante de demandas das mais adversas possíveis, e destacam a necessidade de conhecer diferentes temáticas de forma a facilitar sua atuação. Expressaram que durante suas visitas domiciliares encontrarão trabalhadores que desenvolvem seu trabalho em ambientes domiciliares, possivelmente em condições de risco, significando para os agentes a necessidade de conhecimentos e habilidades para orientar o trabalhador sobre a existência dos riscos, assim como das medidas necessárias para proteção e prevenção.

Neste sentido, os agentes destacaram que o que contribui em muito para uma sobrecarga de seu trabalho, é o pouco compartilhamento dos problemas e necessidades que identificam na comunidade e a falta de co-responsabilização na identificação de soluções para estes problemas, pelos profissionais de saúde.

Uma das coordenadoras do Pacs complementou a fala do ACS, destacando que o tipo de trabalho que o agente desenvolve por si só já implica envolvimento e responsabilidade sobre as demandas e necessidades que identificam na comunidade. Entretanto, reconhece e reafirma que a responsabilidade pelas questões levantadas pelos agentes deve ser compartilhada com a equipe.

“Ser agente já implica e responsabiliza, não tem como fugir disso. Ele está implicado nas suas ações rotineiras e diárias e a responsabilidade dele está sim talvez igual você esteja colocando, seja uma responsabilidade muito grande, mas também a gente tem que pensar que responsabilidade não é só dele. É de uma coordenadora de PACS, é de uma rede de saúde, então isso vai implicar numa estrutura muito maior (enfermeira)”.

Os agentes relataram dificuldade em orientar a comunidade sobre a adoção de medidas de prevenção, pois não se sentem preparados para a identificação de alguns riscos relacionados ao trabalho, por não conhecerem as doenças e tampouco os tipos de instrumentos que podem ser usados para proteção do trabalhador. Assim, muitas vezes os ACS se baseiam em experiências anteriores e no senso comum para a identificação de situações de risco relacionadas ao trabalho e também para a orientação de medidas de prevenção.

O uso de saberes do senso comum pelos ACS também foi encontrado no estudo de Silva⁸⁸, como sendo decorrentes da falta de instrumentos, tecnologias e saberes para as diversas dimensões esperadas de seu trabalho. A autora⁸⁸ destaca também o uso pelos agentes do saber “emprestado” dos profissionais da equipe, como médicos e enfermeiros. Reitera ainda que, quando estes saberes são insuficientes, os agentes levam os próprios profissionais à casa ou o caso à unidade de saúde.

Neste sentido, além da necessidade de conhecer as doenças, os riscos e as medidas de proteção para atuarem no campo da prevenção em Saúde do Trabalhador, é preciso que os agentes desenvolvam também uma habilidade essencial para o desenvolvimento destas ações, sendo esta, a percepção de riscos. Peres⁸⁹ citando Wiedemann⁹⁰ descreve em seu artigo que a percepção de riscos é a

"habilidade de interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa, ou de terceiros, baseada em experiências anteriores e sua extrapolação para um momento futuro, habilidade esta que varia de uma vaga opinião a uma firme convicção" (p.3).

Observamos que a percepção que os ACS têm dos riscos presentes no trabalho está muito relacionada à identificação do perigo. Massahud⁹¹, citando Guilherme⁹², diferencia os conceitos de risco e perigo. Define que *risco é a probabilidade e a intensidade de dano resultante da exposição a um perigo*. O mesmo autor define *perigo* como um *agente (físico, químico ou biológico) ou uma ação que pode causar dano*. No dicionário Houaiss⁹³, *perigo é uma situação ou eventualidade em que pode ocorrer um dano*.

Assim, os relatos demonstraram que os agentes incorporam em suas práticas de saúde o olhar atento às possíveis ações ou agentes a que está exposto o trabalhador, seus familiares e até mesmo a que ele está exposto durante o desenvolvimento de seu trabalho.

O relato abaixo exemplifica a capacidade do agente de identificar situações de potencial risco decorrente de atividade produtiva desenvolvidas em sua micro-área.

"Muito do que nós temos são aquelas pessoas que mexem (trabalham) com reciclagem. Eu to em risco porque tô indo visitar, ele leva para casa e na casa tem menino que pode contaminar. Só nesse quintal, quantos riscos de acidentes do trabalhador que tem lá. Quantas pessoas estão expostas La? (eu, ele, a esposa e os filhos)". (ACS)

No âmbito da comunidade, os agentes relataram que o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças se associa muito à participação no planejamento e realização de "projetos" de Mutirão e Mobilização Social.

De acordo com os ACS, mutirão se diferencia da mobilização, sendo que a realização do mutirão se dá junto com a comunidade e a mobilização é mais ampla e requer a participação de diferentes atores sociais, além de representantes da comunidade.

A participação dos ACS no planejamento de projetos de Mutirão e Mobilização Social requer um atributo de valorização e reconhecimento da importância das informações que sua atuação na comunidade lhe permite identificar e registrar.

Participa do planejamento de mutirões na comunidade ligados à saúde do trabalhador, com base na liderança que possui na área de abrangência e o conhecimento sobre o território, a partir do levantamento e registro das informações sobre doenças e ou acidentes relacionadas ao trabalho.

Desempenho 04

Participa de atividades de mobilização da comunidade em questões que envolvem a Saúde do Trabalhador valorizando as informações que recolhe na sua interação com as famílias de sua área de abrangência.

Desempenho 05

Observamos que as atividades de mutirão desenvolvidas relacionam-se muito às questões de caráter emergencial, como por exemplo, o mutirão da dengue ou o mutirão do lixo, nos quais os agentes relataram ter participado. No mutirão do lixo, os agentes relataram que junto com a comunidade, fizeram a remoção de lixos espalhados no território de atuação.

Nas discussões sobre questões relacionadas à poluição e/ou à contaminação do meio ambiente, observa-se que os agentes se aproximam do Campo da Saúde do Trabalhador pois, muitas vezes, ao questionarem eventos sobre contaminação ambiental por alguma

atividade produtiva desenvolvida na região em que atuam, refletem também sobre os possíveis impactos causados na saúde dos trabalhadores e da população do entorno. A partir desta aproximação, os agentes compreendem a concepção ampliada do risco, pois identificaram e refletiram sobre o desenvolvimento de atividades produtivas que podem expor o ambiente e a comunidade que atuam a diferentes danos.

Como exemplo de ação desenvolvida pelos agentes a partir da identificação e análise de riscos à saúde e ao ambiente advindas de atividades produtivas, destaca-se a mobilização da equipe de saúde e da comunidade a fim de sensibilizá-los sobre os problemas advindos de uma empresa situada na região. A ação dos agentes e da equipe de saúde mobilizou a coleta de assinaturas na comunidade sobre os problemas de saúde e de poluição ambiental causados pela atividade produtiva desenvolvida, a qual se desdobrou na articulação e envolvimento da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, na vistoria da fábrica e que resultou na adoção pela empresa de medidas que solucionassem ou mitigassem os efeitos causados ao ambiente e às pessoas que vivem ao redor. O trecho abaixo se refere ao relato da ACS sobre uma das etapas da mobilização da comunidade para o problema em questão.

“a gente fez um abaixo assinado, eu pus uma cadeirinha lá no meio da rua, a gente fez uma folha feita pela assistente social, com o pediatra que consulta os meninos... que deu o respaldo. Tiramos vários xérox. Sentei na cadeirinha e todo mundo que passava, assinava. Punham tudo lá bonitinho, assinavam, e foram muitos. Aí foi mandado para a Secretaria do Meio Ambiente. Eles vieram, pediram para colocar filtro, pediram para virar a chaminé para outro lado do bairro, agora está pouquinho, está pro lado da BR” (ACS).

Apesar das discussões acerca do conceito de mobilização social e a atribuição dos agentes no desenvolvimento deste processo observa-se que os agentes têm sido um grande aliado na realização destas ações, devido à sua aceitação na comunidade, o que facilita a sensibilização e adesão da população no desenvolvimento do processo.

O manual de mobilização social apresenta o conceito dos autores Toro & Werneck⁹⁴ para a mobilização social, como sendo algo que *ocorre quando um grupo de pessoas,*

uma comunidade, decide e age com um objetivo comum, buscando cotidianamente, os resultados desejados por todos. Destaca, ainda, que mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados.

Estratégia importante para a mobilização social é a comunicação, que deve garantir a circulação de informações, promovendo a participação e um grau crescente de vinculação entre os atores e o movimento de mobilização social. Em Minas Gerais, e especificamente no município de Betim, profissionais da Atenção Básica e os agentes têm participado de atividades de mobilização social para o controle da dengue.

No campo da Saúde do Trabalhador, em que o objeto de atuação é definido como o processo saúde-doença dos trabalhadores na sua relação com o trabalho, a construção de abordagens teórico-metodológicas integradoras^{95,96} se estabelece como um dos principais desafios para a área. Neste sentido, a mobilização social é uma ferramenta de atuação importante, na medida em que requer a atuação de diferentes atores, como os próprios trabalhadores, empresas, profissionais de saúde, entre outros, e ao mesmo tempo, requer o estabelecimento de diferentes níveis de vinculação desses atores ao processo de mobilização social. No que tange à vinculação dos atores, a co-responsabilização é tida como um vínculo ideal, pois eles são responsáveis e essenciais para o sucesso do projeto a ser desenvolvido⁹⁴.

Outro aspecto importante trazido pelos agentes para a eficácia da ação de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho foi a necessidade de sensibilização dos empregadores, em busca de uma co-responsabilidade dos problemas e soluções de trabalhadores. De acordo com os agentes, o trabalho deles isoladamente, sem o envolvimento e mudanças nas empresas, teria pouca eficácia.

“Não dá pra gente tentar identificar vários motoristas se não tiver alguém, ((como)) uma empresa de ônibus, fazendo esse negócio também, não vai dar certo a gente ficar prevenindo. De vez em quando o trabalho deve ser integrado com outras coisas, senão não vai dar certo (ACS)”.

No que tange ao desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde do Trabalhador, os agentes relataram ter pouca familiaridade com o tema. Relataram uma experiência, que classificaram como ação de promoção em ST, em que, junto com as enfermeiras, realizaram visitas em empresas localizadas na região, para vacinação dos trabalhadores. Destaca-se que esta ação foi desencadeada a partir de uma solicitação da Vigilância Epidemiológica do município de Betim.

“Na minha área eu fiz uma ação de promoção. Primeiro começou pelo chefe lá (da empresa), para marcar um dia com seus funcionários para tomar a vacina da rubéola. A gente conseguiu um dia inteirinho... isso é promoção (da saúde dos trabalhadores) (ACS)”.

6.2.2. Área de Competência 2: Organização do cuidado

Ao analisar as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde, destaca-se a de “orientar as famílias para a utilização adequada dos recursos de saúde”. Neste sentido, os agentes trouxeram uma forte discussão acerca da sua atuação, enquanto trabalhadores responsáveis pela “organização do cuidado do usuário”, resultando em uma das áreas de competência dos agentes. A *organização do cuidado* aparece como a expressão da responsabilidade colocada pelo SUS ao ACS, de ser o elo entre a comunidade e a equipe de saúde.

Atua como elo de ligação entre a comunidade e as unidades básicas, por meio do registro preciso e repasse das informações oportunas à equipe, reconhecendo seu papel na prevenção de agravos relacionados ao trabalho.

Desempenho 06

Organizar o cuidado requer dos ACS diferentes atributos, desde a capacidade de reconhecer as diversas demandas das famílias, de orientar sobre como marcar uma consulta na unidade de saúde, até a capacidade de comunicar às equipes de saúde sobre

a dinâmica social das famílias, suas disponibilidades e necessidades. Importante destacar, que um passo básico para o reconhecimento das necessidades das famílias de sua área de abrangência refere-se à compreensão do conceito ampliado de saúde.

Os agentes pontuaram nas discussões em grupo que saúde não é só a ausência de doença, mas também, saneamento básico, boas condições de moradia, trabalho, entre outros.

Destaca-se a importância deste entendimento de saúde pelos agentes, que se aproxima do conceito estabelecido na lei 8.080³⁸, em seu artigo 3º:

“a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Para a Saúde do Trabalhador, observa-se que a compreensão do conceito ampliado de saúde permite ao agente reconhecer o trabalho na vida de cada usuário, seja ele diabético, hipertenso, gestantes, entre outros.

Inclui as atividades de saúde do trabalhador em sua agenda de ações de saúde (como por exemplo: nas visitas domiciliares, no planejamento de grupos educativos, etc), com base em sua compreensão ampliada de saúde, que inclui qualidade de vida, alimentação, moradia, trabalho e lazer e de que o trabalhador formal ou informal é um usuário do SUS.

Desempenho 07

Além disso, os agentes também avaliam como as atividades laborais ou a falta do trabalho interferem nas condições de saúde das pessoas.

Reconhece o lugar do trabalho na vida de cada usuário de programas de saúde desenvolvidos na UBS (controle da hipertensão, diabetes, pré-natal, aleitamento materno, planejamento familiar, etc.), buscando avaliar como suas atividades laborais ou a falta de uma ocupação produtiva interferem no cotidiano de sua vida doméstica, afetiva e de relações na comunidade e se refletem em suas condições de saúde.

Desempenho 08

Apesar da expressão consensual presente na literatura da importância da atuação dos agentes no SUS, por constituírem-se membros da comunidade e, assim, terem melhor acesso e conhecimento das necessidades da população, percebe-se que para o agente, isso muitas vezes torna-se fonte de sentimentos de frustração e desgaste, principalmente pelo tensionamento existente entre o que a população apresenta como demanda e o que as instituições podem oferecer para sua resolução.

“Como agente comunitário, o que a gente aprendeu no curso, quando eu fiz, é que a gente iria ser o elo, lá na pontinha. Só que a gente aprendeu, levando toda aquela demanda, não só de doença, mas como de desemprego, de falta de saneamento, de tudo, à coordenadora. Não seria ela que iria resolver sozinha, mas ela iria dizer a outros profissionais, para depois nos dar um retorno. Então quando a gente fosse numa casa, veríamos o problema da pessoa que não era a receita, era desemprego, era droga, a gente teria uma resposta. A gente veria alguma coisa clarear naquela casa. E a gente não vê”. (ACS)

Segundo Furlan⁹⁷ citando Campos⁹⁸, isso ocorre porque na maioria das vezes, o valor de uso e utilidade dos serviços é analisado de forma equivalente às necessidades sociais, limitando, assim, a demanda da população à existência de serviços. Os ACS, durante o desenvolvimento de seu trabalho em determinado território, encontram ampla variedade de situações sociais e econômicas da população e conseqüentemente, encontram necessidades e demandas de saúde das mais adversas possíveis.

Tal fato se agravou ainda mais com a implementação do Pacs em grandes cidades, colocando em evidência uma nova lógica de necessidades sociais advindas de questões como o desemprego, a violência, o uso de drogas, dentre outras. Neste sentido, no Brasil, a AB encontra-se obrigada a se envolver com necessidades sociais/de saúde, além daquelas que já vem sendo tradicionalmente incorporadas em seus serviços, como por exemplo, o controle da hipertensão e diabetes⁹⁷.

Assim, esta dimensão do trabalho do ACS, de identificação das necessidades de saúde no território, o coloca diante de mazelas sociais, que dependeriam de construção de políticas e estratégias de intervenções mais amplas do que o limite das práticas de saúde⁹⁷.

Jardim & Lancman⁹⁹ destacam que, diante das limitações do ACS em enfrentar os problemas de saúde que encontram, o profissional se vê envolvido em um trabalho que vai além de suas competências e possibilidades de resolução. Os autores Nascimento & Correa¹⁰⁰ também apontam que para o trabalho dos agentes ser resolutivo *é necessário que se efetive a intersetorialidade devido à complexidade de problemas identificados incluir ações que extrapolam a autonomia e governabilidade da área de Saúde* (p.6).

Outro aspecto importante a ser discutido é a imagem que a comunidade constrói dos agentes e o que isso representa para ele enquanto trabalhador. O não atendimento às demandas da população, muitas vezes é considerado pela comunidade como sendo decorrente da pouca resolubilidade do trabalho dos agentes. Isso resulta na falta de reconhecimento das ações desenvolvidas pelos agentes e também de seus esforços para concretiza-las⁹⁹.

No que tange ao desenvolvimento de ações junto à equipe visando definir estratégias de resolução das demandas identificadas na comunidade, os ACS relatam que muitas vezes, os profissionais da equipe de saúde, não incorporam as informações que trazem da comunidade para reflexão e planejamento de ações de saúde.

“Fazemos um trabalho de contato com a unidade, mas a informação vai para a unidade e volta; as informações que a gente pega fica em vão (ACS)”

Furlan⁹⁷ destaca que a recorrência deste fato – não incorporação pelas equipes das informações trazidas pelos agentes – faz com que os ACS deixem de se reportarem a elas. A autora atenta também para possíveis mudanças na postura do agente, que tende a adotar uma postura passiva e se moldar às questões tradicionalmente acolhidas e que encontram respostas dentro do modelo hegemônico.

A mesma autora⁹⁷, citando Onocko Campos¹⁰¹, destaca que os profissionais não estão sensibilizados nem preparados para lidar com problemáticas, como a degradação da sociabilidade comum em grandes cidades urbanas. Além do mais, o que ocorre no território de atuação das equipes é uma mistura de demandas sociais com demandas que são específicas do campo da saúde, as quais ainda não estão bem delimitadas.

Entretanto, apesar das dificuldades encontradas pelos agentes, em seu percurso entre a identificação das demandas da comunidade, o repasse às equipes de saúde e o planejamento de ações resolutivas, muitos ACS percebem que alguns problemas, principalmente os que são definidos como prioritários, possuem respostas eficazes. Assim, os ACS buscam analisar e compreender quais são os fatores que definem os problemas como sendo de intervenções prioritárias, pois percebem que para estes problemas há um maior esforço na busca de uma resolução.

Neste sentido, os agentes refletiram sobre a pouca visibilidade de problemas relacionados ao trabalho, apesar da importância, e entenderam o papel do registro de dados sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho e da notificação das doenças, previstas na portaria 777¹⁰². Em analogia ao combate à dengue, que é entendido como prioritário pelo governo e equipes de saúde, destacaram que o fato de registrarem com qualidade e quantidade dados sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho em um determinado território, poderá contribuir para o entendimento da ST enquanto uma questão de saúde pública.

Realiza registro das informações sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho em instrumentos ajustados para esta finalidade e assegura o repasse dessas informações à equipe, compreendendo a importância do registro das informações de problemas relacionados ao trabalho para que se tornem prioridade de atuação nas UBS.

Embora os agentes tenham relatado a importância deste registro, apontaram como fator limitante a falta de instrumentos adequados para o registro, além da necessidade de capacitações para a melhor caracterização sobre acidentes ou doenças que podem estar relacionados ao trabalho.

Ainda referente à atuação dos agentes, na organização do cuidado do usuário trabalhador, está o conhecimento acerca do caminho a ser percorrido para o cuidado do trabalhador, informando ao usuário, sempre que possível, o fluxo que este deverá seguir para a garantia de atenção integral.

Acompanha por meio de visita domiciliar o percurso seguido pelo usuário a partir do encaminhamento feito pela unidade básica para atendimento específico em Saúde do Trabalhador, esclarecendo, sempre que necessário, o fluxo que deverá seguir para garantir atenção integral à saúde.

Desempenho 10

As visitas domiciliares do ACS, além de permitirem o acompanhamento da linha de cuidado do usuário no SUS, possibilitam aos agentes a identificação e análise de fatores que possam limitar uma atenção ágil e resolutiva. Especificamente no Campo da Saúde do Trabalhador, apontaram dificuldades como: o acesso do usuário trabalhador à rede básica de saúde e a ausência ou desconhecimento da linha de cuidado ao usuário trabalhador. Tais dificuldades são discutidas pelos ACS com seus coordenadores durante as reuniões mensais.

Discute com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento ágil com base no conhecimento das necessidades e dificuldades do usuário trabalhador, dentre elas, a frequente resistência do empregador na liberação do trabalhador para a realização de consultas médicas em serviços de saúde.

Desempenho 11

Uma limitação destacada pelos ACS na oferta de cuidado aos trabalhadores foi o acesso do trabalhador às unidades básicas de saúde, especialmente dos homens. De acordo com os agentes, a procura dos homens ao posto de saúde por algum motivo de doença é

baixa, sendo destacado como um dos fatores limitantes o horário de funcionamento do serviço. Na maioria das vezes, o usuário trabalhador não possui liberação para a realização de consultas, podendo procurar assistência nos horários após o término do serviço.

Em algumas regiões do Brasil, a reflexão sobre os fatores que impedem o usuário trabalhador a procurar o serviço da rede básica de saúde levou a mudanças nos horários de funcionamento das unidades, como por exemplo, no município de Arapiraca, onde há uma parcela importante de trabalhadores rurais.

A ausência de um fluxo estruturado para o cuidado especializado em Saúde do Trabalhador é um dos principais entraves à implementação de suas ações. Em Betim, vimos que este problema estava intimamente relacionado ao desconhecimento dos profissionais de saúde acerca das questões que envolvem a área, desde o conhecimento do papel do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Município, dos instrumentos diagnósticos existentes, e até mesmo, de suas atribuições no que tange ao desenvolvimento de ações nesta área. Com base neste exposto, os agentes reforçaram a importância da sensibilização dos outros profissionais que atuam na unidade básica de saúde, para o alcance de ações eficazes no cuidado aos usuários trabalhadores.

Como podemos observar, os desempenhos apresentados acima integram a área de competência “Organização do Cuidado”. As atividades qualificadas que compõem esta área referem-se àquelas necessárias à integração entre as equipes de saúde das unidades básicas de saúde e a população adscrita, com destaque para as atividades de identificação e análise das necessidades de saúde da população, repasse das informações às equipes responsáveis, acompanhamento e informações aos usuários sobre a linha de cuidado do usuário trabalhador.

6.2.3. Área de Competência 3: Educação

Uma das funções estabelecidas pelo Ministério da Saúde ao ACS refere-se ao desenvolvimento de ações de educação para a saúde individual e coletiva. Durante as

visitas domiciliares os agentes realizam orientações sobre o cuidado, englobando questões de planejamento familiar, gravidez na adolescência, importância da vacinação das crianças, orientações sobre como identificar focos do mosquito da dengue nas casas, sobre práticas de higiene pessoal, entre outras.

Para o desenvolvimento destas ações os ACS destacaram a necessidade de saber ouvir os usuários e ter uma prática orientada pela ética. No âmbito da Saúde do Trabalhador, as principais ações educativas discutidas consistiram: na orientação sobre a adoção de medidas de prevenção e proteção de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, no planejamento de grupos educativos e de discussões das doenças do trabalho que são mais comuns em seu território de atuação, e na participação de planejamento e realização de palestras em Segurança no Trabalho, além da orientação sobre Legislação Trabalhista.

Em meio a este rol de ações educativas específicas da ST, foi destacada pelos agentes a deficiência de instrumentos e saberes técnicos específicos para a realização destas orientações. Foram citados alguns exemplos de orientações sobre direitos dos trabalhadores, como a emissão da CAT em casos de acidente ou doença do trabalho. Entretanto, observa-se que o desenvolvimento dessas ações, em sua maioria, estava vinculado às experiências vividas pelos agentes com algum de seus familiares ou amigos, reforçando mais uma vez, a falta de treinamentos dos agentes nas questões que envolvem o desenvolvimento de ações de ST.

Apesar dos ACS ainda não terem incorporado em sua rotina diária orientações que envolvem as questões de ST, relataram a importância da escuta qualificada para o desenvolvimento destas ações educativas.

Movido por princípios éticos e, guiado por uma escuta qualificada das necessidades do usuário, orienta o usuário trabalhador em relação aos seus direitos e deveres, com base no conhecimento da legislação em Saúde do Trabalhador.

De acordo com os agentes, ouvir o trabalhador permite a melhor compreensão de seu trabalho, das dificuldades e facilidades no desenvolvimento, do valor que cada trabalhador dá ao que faz e também, dos motivos pelos quais alguns trabalhadores não adotam medidas de proteção ou prevenção.

Em meio a esta discussão, os ACS citaram pelo menos quatro situações diferentes, pelas quais se deparam ao orientar os usuários sobre a importância do uso de medidas de proteção e prevenção de doenças ou acidentes do trabalho:

1. Trabalhador que não percebe e ou não conhece os riscos a que seu trabalho impõe;
2. Trabalhador que conhece os riscos, mas que por crenças e valores culturais, não acredita que algum evento danoso possa acontecer com ele;
3. Trabalhador que fez uso de medidas de proteção e encontrou limitações nos instrumentos, seja pelo tipo de instrumento usado ou pela restrição de sua agilidade no trabalho, em decorrência do uso de instrumentos;
4. Trabalhadores que não possuem acesso aos equipamentos de proteção.

Importante destacar a capacidade do agente de analisar **em que ou como** as ações educativas que desenvolvem promovem mudanças para o público ao qual é direcionado. No caso dos trabalhadores, o ACS diz que é fundamental escutar o que o trabalhador pensa, antes de orientá-lo sobre fatores de risco ou a necessidade de uso de equipamento de proteção.

Busca sensibilizar o trabalhador para o reconhecimento da importância de seu trabalho e para os riscos a que está potencialmente submetido, assegurando uma escuta atenta ao valor que ele dá ao que faz, às precauções e/ou medidas que ele toma para preservar seu trabalho/emprego e ao conhecimento que já tem sobre as doenças ocupacionais.

Desempenho 13

Esta postura do ACS, enquanto agente educador, se aproxima da conceituação de Paulo Freire¹⁰³ sobre a educação enquanto comunicação, diálogo. Segundo o autor, a comunicação implica uma reciprocidade, não podendo haver, assim, sujeitos passivos. Destaca que o diálogo deve ser capaz de diminuir a distância entre a expressão significativa do técnico e a percepção pelos trabalhadores em torno do significado. Em suas palavras:

“A expressão verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito. Se não há acordo em torno dos signos, como expressão do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação (Freire,1977; p.67)”.

Com base no exposto acima, o agente percebe que o fazer educativo não se reduz ao ato de transmissão ou de extensão de um saber, mas sim a partir da comunicação, de um diálogo, em que um encontro de sujeitos busca a significação dos significados.

Assim, a preparação dos ACS para desenvolvimento de ações educativas direcionadas ao trabalhador, deve abordar as principais doenças e acidentes do trabalho presentes em seu território de abrangência, as formas de medidas de proteção e prevenção específicas, a legislação em ST e principalmente oferecer subsídios para a comunicação, como um dos pilares da educação.

Além da participação dos ACS no planejamento de mutirões e mobilização social, os agentes participam também do planejamento de grupos operativos e em grupos de discussão. No campo da ST, os agentes relataram não ter participado de planejamento de grupos para discussão de temas relacionados à área. Porém, destacaram a importância de formar grupos com agravos relacionados de ST que são comuns em seu território de abrangência.

“Fazer grupo operativo, com determinados trabalhadores de uma área né, com problemas de coluna, por exemplo, eu vou chamar profissional competente, vou

estar montando este grupo operativo para trabalhar com diversas pessoal (ACS)”

Além disso, apontaram o registro de doenças e acidentes do trabalho como sendo dados importantes para o estabelecimento de prioridades e o planejamento dos possíveis grupos.

Com base na sistematização na unidade básica de saúde dos dados obtidos no registro de ocupações, riscos e agravos à saúde do trabalhador, participa de grupos de discussões e práticas educativas para usuários com doenças específicas relacionadas ao trabalho.

Desempenho 14

Os desempenhos apresentados acima integram a área de competência “Educação”. As atividades qualificadas que compõem esta área referem-se àquelas necessárias à orientação ao trabalhador sobre adoção de medidas de prevenção e proteção de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, o planejamento de grupos educativos e de discussões das doenças do trabalho.

A lista de desempenhos, por áreas de competências, dos ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, está descrita nos anexos 6,7 e 8.

6.3. Limites ao trabalho do ACS: percepções a partir de práticas de grupo

A escolha pela metodologia qualitativa e por técnicas de grupo para a construção do perfil de competência dos ACS permitiu explorar as principais dificuldades, limitações e angústias que fazem parte do desenvolvimento de seu trabalho, especialmente por ter sido o tema Saúde do Trabalhador o objeto das discussões.

Em geral, a discussão sobre Saúde do Trabalhador, principalmente com profissionais que atuam na área de saúde, desencadeia instantaneamente a reflexão do grupo sobre o

desenvolvimento de seu próprio trabalho. Assim, sendo o objeto deste trabalho a qualificação dos ACS para o desenvolvimento de ações de ST direcionadas à população trabalhadora de sua micro-área, consideramos como princípio básico do Campo Saúde do Trabalhador, o reconhecimento do ACS enquanto um trabalhador, o qual também possui seus direitos, deveres, limitações e dificuldades no exercício de sua função.

Com base nesse reconhecimento, optamos por apresentar em separado este capítulo, que descreve e analisa algumas questões que permearam as discussões no grupo dos agentes sobre o desenvolvimento de seu trabalho e que também influenciam diretamente na consolidação de ações de ST em sua rotina diária de trabalho.

Em consonância com a metodologia, a realização da oficina com os ACS iniciou-se com o questionamento acerca da influência do trabalho no processo saúde-doença, a fim de facilitar a identificação e discussão sobre as ações de Saúde do Trabalhador que os agentes desenvolvem em sua área de abrangência. Destaca-se que esta discussão inicial foi importante para se alcançar a compreensão mútua entre o pesquisador e os agentes, acerca do conceito de Saúde do Trabalhador que seria trabalhado durante a oficina.

Assim, a reflexão sobre a relação entre trabalho-saúde-doença, mobilizou no grupo a necessidade de refletir sobre as dificuldades impostas pelo seu trabalho e que influenciam em sua qualidade de vida. Foram citados pelos agentes os seguintes problemas: insegurança em relação ao cargo que ocupam, não sendo reconhecidos como funcionário público; falta de integração com a equipe; ausência de instrumentos adequados; sobrecarga de trabalho pelo grande número de famílias em que é responsável e doenças advindas das atividades que desenvolvem.

O relato abaixo exemplifica uma das dificuldades enfrentadas pelos ACS para o desenvolvimento de seu trabalho.

“A gente que anda muito, né? Dá dor no joelho (...), mas fazer o que né, tem que trabalhar (ACS)”

Entretanto, apesar de todas as dificuldades relatadas pelos ACS, podemos destacar a **falta de reconhecimento do seu trabalho**, como aquela que representou maior incômodo ou insatisfação no grupo. Neste sentido, a falta de reconhecimento de seu trabalho foi expressa em sua fala sob formas variadas, pelas quais destacaremos duas:

a) Pouco uso dos dados coletados pelos agentes no planejamento de ações de saúde pelas equipes;

Conforme já descrito no escopo deste trabalho, uma das principais atribuições dos agentes consiste na identificação, coleta e registro de dados da população e o repasse dos mesmos às equipes de saúde. Entretanto, vimos que estes dados nem sempre são usados para subsidiar o planejamento das ações de saúde.

Especificamente na área de Saúde do Trabalhador, o não uso dos dados sobre o trabalho coletados pelos agentes apareceu como uma questão crucial, que reforça a pouca visibilidade dos problemas da área, pelas equipes de saúde da AB. Como exemplo, foi destacado o não uso dos dados referente ao campo ocupação, presente na ficha A.

Para além da visibilidade da área, o não uso sistemático dos dados coletados pelos agentes, para o planejamento de ações de saúde, implica para estes trabalhadores em desconhecimento e desvalorização de seu trabalho. Neste sentido, houve relatos dos agentes sobre dificuldades em se integrarem à equipe de saúde. Um deles destacou que quando estão nas unidades básicas de saúde sem o uniforme de agente comunitário costumam não serem reconhecidos por alguns profissionais.

A falta de reconhecimento do trabalho dos agentes aponta para o questionamento acerca da incorporação da política de humanização do SUS, nos serviços de saúde. A humanização significa estreitar relações interprofissionais, que possibilitem aos trabalhadores reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações. Um dos princípios da Política é a autonomia e protagonismo dos sujeitos, sendo estes: gestores, usuários e trabalhadores.

Lunardi et al¹⁰⁴ destacam que a humanização da assistência emerge com a realização pessoal e profissional dos que a fazem. Assim, reitera a importância do processo de humanização ser desenvolvido, inicialmente, com ênfase no trabalhador, a fim de compreender a realidade que se apresenta na perspectiva do próprio trabalhador.

b) Pouca resolutividade dos problemas e necessidades da comunidade;

A pouca resolutividade para os problemas e/ou demandas que os agentes identificam na comunidade foi expressa por eles por meio de sentimentos de angústia e impotência. Muitos são os fatores que contribuem para a baixa resolutividade aos problemas da comunidade. Um deles, já discutido anteriormente neste estudo, refere-se ao perfil diferenciado dos problemas, que muitas vezes extrapolam a capacidade de resolução do setor saúde, necessitando do fortalecimento de articulações intersetoriais. Demandas diversificadas e advindas, principalmente dos grandes centros urbanos, como violência e desemprego somam-se ao despreparo dos serviços da Atenção Básica, que ainda ofertam ações centradas no modelo biológico.

Assim, os ACS com sua visão ampliada de saúde identificam na comunidade os problemas mais adversos como a desnutrição, a falta de saneamento básico, violência e desemprego. Entretanto, ao levar tais problemas para a equipe de saúde, esses profissionais relatam não haver continuidade de seu trabalho.

“Eu achei que teríamos a resposta pra esse tipo de coisa, e não que íamos trabalhar só com receita, mas com vários profissionais que a nossa coordenadora iria nos encaminhar (ACS)”

A dificuldade dos ACS em encontrar respostas positivas aos encaminhamentos realizados para os serviços de saúde também foi uma das questões destacadas na revisão da literatura sobre o processo de trabalho dos agentes, realizada pelos autores Borstein & Stotz¹⁰⁵, o que de, acordo com os autores, dificulta o papel do ACS enquanto mediador e resulta na perda da legitimidade deste trabalhador frente à comunidade.

Os agentes se sentem sozinhos diante da adversidade dos problemas da comunidade. Percebem que é necessária a integração com outros setores para a resolução dos problemas, ressaltando, porém, a pouca mobilidade do serviço neste sentido. Com o pouco desenvolvimento de ações resolutivas para as famílias, os agentes expressam a impossibilidade de transformação no seu trabalho, caracterizando-o como sendo cansativo e monótono.

“Pela falta de apoio, como ela ali já colocou, nosso trabalho se torna uma rotina, não muda. A gente vai na mesma casa, no mesmo portão. Muitas das vezes você chega lá e sobre os problemas do outro turno, dificilmente se ouve que foi solucionado (ACS)”.

“Não é a casa que é igual, é o tipo de resposta da demanda que você tem”

A descrição de sentimentos de angústias, frustrações e desamparos foi frequente. Porém, observamos que estes sentimentos muitas vezes se relacionam à cobrança do próprio ACS em atender e superar as expectativas da comunidade; cobrança esta, fundamentada na idéia primária de onipotência diante da comunidade em que assiste. Em seu estudo Martines & Chaves¹⁰⁶ apontam o sentimento de onipotência do agente como elemento importante da vulnerabilidade e sofrimento do trabalho do ACS, denominando-o idealização idealizada da própria prática.

Durante as discussões em grupo com os agentes de Betim, a idealização de suas práticas também é fortemente expressada por eles, ora como agentes de transformação ora como heróis. Percebemos a tendência dos agentes de sentirem-se os únicos responsáveis pelo atendimento das necessidades da comunidade. Neste momento, coube ao facilitador, durante a discussão em grupo, instigar os agentes a refletirem sobre o seu real papel, o seu lugar enquanto componente de uma equipe, entre outras questões.

“A gente tem que entender sobre o papel que vamos poder fazer sem ficar ligado com outras coisas que não somos nós que vamos ter que resolver.”(facilitador)

“Porque eu estou entendendo aqui, e é importante o que vocês estão dizendo aqui, que no caso do trabalho, ele está repetitivo porque não tem pra onde resolver, não flui. O que é repetitivo é o problema que vocês não resolvem.” (facilitador)

Neste sentido, o exercício dos agentes de externalizar e refletir sobre as suas dificuldades e problemas, fez com que pudessem (re)conhecer e (re)descobrir o seu papel. Na reflexão sobre problemas e soluções, perceberam que, na verdade, o SUS ainda não está pronto para assumir e solucionar as demandas que trazem da integração com a comunidade.

As demandas trazidas são muitas vezes problemas novos e complexos, que requerem do SUS a construção de abordagens e metodologias integradas para solucioná-las. Esta reflexão gerou uma aprendizagem, ao permitir a conscientização deste trabalhador, de que ele é ator neste processo de construção de um SUS que não é só doença. Neste momento, a oficina passou a ter um novo sentido ao perceberem também que as soluções para os problemas da área de Saúde do Trabalhador estavam sendo construídas e que eles eram atores nesta construção.

Para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, em específico, foram destacados outros fatores limitantes na atuação dos agentes, entre os quais estão:

- Desconhecimento em relação à rede de cuidado especializado em Saúde do Trabalhador;

“Tem o Cerest, mas quantas pessoas o conhecem? São poucos os trabalhadores que o conhecem. Nós mesmos não sabíamos que tinha o Cerest” (ACS)

- Falta de qualificação para o desenvolvimento de ações de ST no território de abrangência;

“Não há uma capacitação para trabalhar com a saúde do trabalhador” (ACS)

“Acho que a gente deveria ter orientação sobre as doenças (relacionadas ao trabalho) com as quais nós vamos estar lidando. Por exemplo, quanto à alergia, como podemos estar prevenindo, nas dores lombares, o que nós podemos estar perguntando, o que podemos aprender pra poder fazer” (ACS)

- Falta de instrumentos para o desenvolvimento de ações de ST

“Como nós trabalhamos com a ficha A, tem outras fichas, de gestantes, da criança, hipertensos e diabéticos (...),tem que fazer uma ficha do trabalhador. Não tem uma ficha de Saúde do Trabalhador. (ACS)

“A gente pode criar uma outra ficha pro agente de saúde. Disponibilizar os dados da ficha A e ter um acompanhamento diário. Tem da criança, pode ter da saúde do trabalhador também” (ACS)

Considerando todas estas questões que dificultam e limitam o trabalho dos agentes, também é importante refletir sobre o descompasso existente entre o trabalho prescrito pelo Ministério da Saúde, aos Agentes Comunitários e o trabalho real exercido por esses trabalhadores. Observa-se que a aproximação entre o que a população demanda e os serviços de saúde ofertam não se restringe à reorganização destes serviços. O trabalho desenvolvido pelos ACS revelou, também, a necessidade urgente de mudanças nas formas e instrumentos adotados pelo MS para a leitura da realidade de saúde da população brasileira.

O relato abaixo explicita o distanciamento entre as prescrições estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os instrumentos disponíveis para acompanhamento das ações e estabelecimento das metas, das necessidades reais da população.

“Nós temos a informação, mas lá no Ministério o que importa é número, porque a gente está cansado de ver! A regra que ela quer é uma que a gente faça a ação e eles vão com os dados lá, com os números, porque para eles o importante são os números. Eles não ligam para a realidade da minha família na qual tem um trabalhador, que fica largado. Mas por exemplo, deu problema em um usuário

que estava precisando de um ortopedista, eu vou lá, eu sei que ele me fala. Então eu sei que se ele está com problema lombar ou no joelho, é porque ele trabalha com serviço pesado, ele deve ser um pedreiro ou carpinteiro. Mas quando chega na unidade, eles têm papéis, e não conhecem aquele caso. Então, eu sei com que ele trabalha e o porquê de ele está assim. Mas lá eles não sabem. Acaba que nós trabalhamos com a realidade e eles trabalham com números (ACS)”.

Observação semelhante também foi realizada por uma das coordenadoras do Pacs. A coordenadora relata a dificuldade de consolidar os dados dos ACS a partir da utilização das fichas dos programas prioritários, como diabetes, hipertenso, gestante, entre outros. Destaca a necessidade de criar novas fichas para acompanhamento das informações que não se referem aos programas tradicionais da AB, como por exemplo: dados sobre usuários de droga, portadores de transtorno mental, entre outros.

“Quando a gente vai fechar a produção dos ACS, eles têm que consolidar os dados, a gente tá tendo muita dificuldade porque quando a gente trabalha com os impressos e com o levantamento de dados que não corresponde mais a realidade nossa. Então por exemplo, as fichas são baseadas no diabetes, hipertensão, acompanhamento da gestante, da criança, mas não pega, por exemplo, os dados da comunidade, igual por exemplo, a gente trabalha com trabalhador, com usuário de drogas, com portador de alguma transtorno mental e essas fichas não contemplam nenhum desses usuários. Então eu creio que tem que ser criado um instrumento sim, para inclusive, para ver se o ministério da saúde ver que o trabalho do ACS não é mais aquele de quando ele surgiu em 89. Tem 20 anos que a gente trabalha com o mesmo tipo de levantamento de dados (...) a gente fica criando instrumento pirata, como: ficha de óbito, ficha de nascimento de neném... pra ter algum levantamento de dados. Isso é um erro, porque, por exemplo, saúde do trabalhador não passa pela saúde pública, não passa (enfermeira)”.

Para finalizar, destacamos que as exigências do trabalho dos ACS ultrapassam em muito a exigência física, representada pelas dores nas pernas, coluna e joelhos, em decorrência das caminhadas exigidas para o cumprimento das metas traduzidas no número de visitas domiciliares que realiza. A realização de seu trabalho apresenta exigências cognitivas, psíquicas e afetivas, identificadas e compreendidas a partir da aproximação do trabalho real dele.

7. RECOMENDAÇÕES DE DIRETRIZES PARA A CAPACITAÇÃO DOS ACS

Os achados permitem apontar diretrizes para subsidiar a capacitação dos ACS, em consonância com o conceito expresso nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico como sendo:

“o conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências profissionais gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico”.

Esse conjunto de três diretrizes, além de estar em sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais, atende também o Referencial Curricular para curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a concepção dialógica das competências.

- A. Utilizar o perfil de competência dos ACS requerido para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, adaptado às necessidades loco-regionais, das equipes de saúde e do controle social.

É importante destacar que o perfil de competência apresentado neste estudo atenderá demandas que são, por natureza, dinâmicas e diversas, exigindo assim uma adaptação e

atualização para cada curso de capacitação, devendo ser orientado pelas necessidades de saúde da população trabalhadora, aliada às necessidades dos serviços de saúde.

Em decorrência do papel do ACS de elo entre a comunidade e a equipe de saúde, observou-se que os ACS requerem uma formação permanente que o permita responder ou encaminhar demandas diversas da comunidade, que incluem também questões ligadas à Saúde do Trabalhador. Assim

- B. Incorporar a temática Saúde do Trabalhador nos cursos regulares de formação dos agentes estabelecidos pelas secretarias municipais e estaduais de saúde e especialmente, nos Projetos de Educação Permanente já implantados, evitando capacitações fragmentadas.

Este princípio pauta-se na necessidade de organizar o processo de formação dos agentes comunitários de saúde, que tem sido descrito como descontínuo e assistemático, havendo assim a necessidade de se evitar o desenvolvimento de capacitações paralelas por áreas temáticas.

- C. Utilizar os princípios da aprendizagem significativa e da reflexão na ação, reconhecendo e incorporando durante os processos de capacitação o conhecimento prévio.

A aprendizagem significativa constitui um dos conceitos norteadores da Política de Educação Permanente que busca a integração entre teoria e prática para a formação dos profissionais e parte do pressuposto que somente a aprendizagem significativa é capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança do cotidiano.

Durante todo o desenvolvimento deste estudo destacou-se a importância da valorização do ‘saber-fazer’ dos trabalhadores, sendo esta uma questão importante que norteou a busca por metodologias participativas, que permitissem compreender e incorporar este saber na identificação das competências.

Mais uma vez, destacamos a importância de valorizar as experiências e conhecimentos prévios dos agentes também no processo de capacitação, tendo-os como uma prática pedagógica, coerente com os princípios da aprendizagem significativa, da abordagem dialógica das competências e da abordagem construtivista.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da apreciação do conjunto dos resultados obtidos, vimos que os ACS desenvolvem ações de ST em seu território de atuação, embora muitos destes trabalhadores não as reconhecessem como sendo pertencente ao Campo da Saúde do Trabalhador. Apesar de identificarmos e reconhecermos o desenvolvimento destas ações pelos agentes, observamos que são ações pontuais e, muitas vezes, descoladas de um planejamento junto às equipes. Em decorrência do papel do ACS, de constituir-se elo entre a comunidade e a equipe de saúde, as ações de ST também integram sua agenda de saúde, desencadeadas a partir da identificação de necessidades e problemas que são inerentes ao campo da Saúde do Trabalhador. O cuidado integral necessário aos trabalhadores encontra-se em processo de construção no SUS de Betim, que possui algumas prioridades para a área, entre elas, a estruturação da linha de cuidado necessária para a atenção integral ao usuário trabalhador e a preparação dos profissionais da rede para as questões que envolvem a área.

Assim, além da identificação dos desempenhos necessários aos ACS para o desenvolvimento de ações de ST na AB e da importância da capacitação destes trabalhadores com base nas diretrizes apontadas, o desenvolvimento deste trabalho também mostrou de forma bem expressiva, necessidades e dificuldades dos ACS para o desempenho de seu papel no SUS, tanto no campo das condições de trabalho quanto no reconhecimento de seu trabalho pelas equipes de saúde, que exigem encaminhamentos.

Os Agentes Comunitários de Saúde são responsáveis por trazerem respostas às diferentes demandas e problemas da população adscrita. Entretanto, o SUS não tem conseguido garantir a resolubilidade dos problemas e demandas identificadas por estes

trabalhadores. Esta falta de resposta do SUS tem trazido conseqüências diretas para a saúde dos ACS, que se sentem responsáveis por oferecer aos usuários uma resposta eficaz. Como fator agravante, o estabelecimento do critério de residir na micro-área de atuação, faz com que o agente tenha uma “jornada dupla de trabalho”, o que também tem sido fator determinante no processo saúde-doença destes trabalhadores.

Além das dificuldades com os usuários de sua micro-área, os agentes ainda enfrentam dificuldades de serem reconhecidos pelas equipes. Percebe-se uma necessidade urgente de valorização do trabalho do ACS, principalmente por ser este um trabalhador estratégico para o alcance de ações que caracterizam o modelo de atenção voltado para a saúde, ao invés do modelo biológico vigente até então.

O desenvolvimento deste trabalho contribuiu mais uma vez para o desvelamento destas questões relacionadas ao trabalho dos agentes. Para além do desvelamento, a opção pela construção coletiva do perfil de competência, constituiu uma experiência de valorização do trabalho dos agentes, possibilitando o diálogo com estes trabalhadores para a identificação de conceitos, instrumentos e saberes necessários à construção de processos de capacitação, que facilitem o desenvolvimento de ações mais resolutivas no que se refere ao cuidado do usuário trabalhador.

9. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2003. Divulga o Pacto pela Saúde 2006
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró Saúde). Brasília, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde / Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Projeto de Pesquisa “Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família – no SUS”. Brasília, 2008.
5. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde. Cadernos do IPEA (?). Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Dias ECD, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência e Saúde Coletiva, 10(4): 817- 28, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.21; 2008.

9. Dias EC, Rigotto MR, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel. MG. Saúde Ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (6): 2105-2112, 2009.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional em Saúde do Trabalhador. Portaria Federal nº 3.908/GM, de 30/out/1998
11. Vasconcellos LCF, Kulesza MT, Ieno GML, Gutierrez PR, Silva JFC. Relatório do Grupo de Trabalho: Resgate da experiência de capacitação de ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no período de 1999-2002. Belo Horizonte, 2009 (mimeo).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5). Brasília, 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679, de 19 de dezembro de 2002.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2437 de 7 de dezembro de 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

18. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde, subsídios para discussão, 2004.
20. Dias EC. A inserção de ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde: aspectos conceituais, bases legais, desafios e oportunidades. Texto de discussão na oficina: “A vigilância em saúde ambiental, a saúde do trabalhador e a Atenção Básica: integrando agendas”, realizada em Brasília, na 8ª. EXPOEPI; 2008.
21. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro; EPSJV FIOCRUZ, 2007.
22. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema único de Saúde no Brasil. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, 2003.
23. Morosini VM, Corbo AA, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Rev. Trabalho, Educação e Saúde, v.5 n.2, p.261-280, 2007.
24. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24 Sup. 1-S7-S27, 2008.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde materno infantil, Recife, 3 (1): 113-125, jan – mar; 2003.
26. Corbo AD, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro; EPSJV FIOCRUZ, 2007.
27. DAB/MS. Consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família. [Acesso em 9 de maio de 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1999.
29. Brasil. Portaria no 1.886, 18 dez. 1997. Aprova as normas e diretrizes do Pacs e PSF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 19 dez. 1997.
30. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
31. Brasil. Departamento da Atenção Básica. Acesso em 9 de maio de 2009. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde. Seminário Internacional. Brasília, 2002.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.474/GM de 12 de novembro de 2004.

34. 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; 1ªed., 1.ª reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
35. Dias EC, Reis JC, Lacerda e Silva T, Reis JC, Chiavegatto CV, Campos AS. et al. Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, no período 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo. [Relatório técnico-científico]; Belo Horizonte, 2008.
36. Morosini VM, Corbo AA. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro; EPSJV FIOCRUZ, 2007.
37. Ribeiro ECO, LIMA VV. Competências profissionais e mudanças na formação. Rev Olho Mágico; Londrina, v.10, n.2, p.47-52, abr./jun. 2003
38. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
39. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Cuidados Primários de Saúde*. Brasil, 1979 (Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978).
40. Dias EC, Chiavegatto CV, Lacerda e Silva T, Reis JC, Campos AS. A inserção das ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador – SIMBRAST, 2008. (no prelo)
41. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio, 2007. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/>

42. Mendes EV. Distrito Sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. São Paulo. HUCITEC, 1994.
43. Monken M, Barcellos C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca AF, Corbo AA, organizadores. O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSVJ/FIOCRUZ, 2007. p 177-224.
44. Rigotto MR, Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 4: S 475-S 501,2007.
45. Brasil. Ministério da Saúde. (Relatório da Oficina de Capacitação em Saúde do Trabalhador, Brasília, 2002) (mimeo).
46. Brasil. Lei n 9.394 de 20/12/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Brasília / DF. Diário Oficial da União n 248, de 23/12/96.
47. Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: Implicações para o currículo. Boletim Técnico do Senac; 2001;27(3):13-25.
48. Maques CMS. As competências crítico-emancipatórias e a formação dos trabalhadores de nível médio em enfermagem: focalizando as políticas ministeriais. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.
49. RESOLUÇÃO CEB N.º4, DE 8 DE DEZEMBRO DE 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

50. OIT. Glossário de Termos Técnicos. Certificação e Avaliação de Competências. 1 edição, Brasília, 2002.
51. Witt RR. Competências da Enfermeira na Atenção Básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
52. Perrenoud P. 10 Novas Competências para Ensinar. Porto Alegre: Artmed; 2000.
53. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.
54. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Rev. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.
55. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Rev. Formação nº 2; maio; 2001.
56. Offe C. Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.
57. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: a aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2007 Abr/Jun; 12(2):236-40.
58. Hager P, Gonci A, Athanasou J. General issues about assessment of competence. Assessment & Evaluation in Higher Education, v. 19, nº1, p.3-16, 1994.
59. Barbosa ACQ, Rodrigues MA. Alternativas metodológicas para a identificação de competências. B. Téc. SENAC, Rio de Janeiro, v.32, n2, maio -ago.,2006.

60. UNICEF. VIPP: Visualisation in Participatory Programme. Bangladesh, 1993.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. [Acesso em junho de 2009]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
62. Disponível em <http://maps.google.com.br/maps?hl=pt-BR&tab=wl>
63. Bueno WS. Betim: construindo um gestor único Pleno. In: Agir em Saúde: um desafio para o público. Editora Hucitec, São Paulo, 1997.
64. Betim. Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
65. Betim. Projeto Técnico Terapêutico para a implantação de um CAPS AD no município de Betim. Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
66. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização. [Acesso em 20 de maio de 2009] Disponível em www.saude.mg.gov.br
67. Betim. Guia da Saúde Pública de Betim 2002 – 2008. [Acesso em novembro de 2008]. Disponível em http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/GuiadaSaúde;072434;20070829.pdf.
68. Betim. Lei nº 4.602 de 28 de dezembro de 2007. Regulamento do exercício do ACS em Betim.
69. Brasil. Lei Federal 11.350, de 05 de outubro de 2006.

70. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica, 2009
71. Prefeitura Municipal de Betim – Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
72. Souza RR. Algumas considerações sobre as abordagens construtivistas para a utilização de tecnologias na educação. Liinc em Revista, v.2, n.1, março 2006, p.40-52.
73. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.
74. Bosi MLM, Mercado FX. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.
75. Marques CMS. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. Formação / Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. – V. 2, n. 5, 2002. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002
76. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.
77. São Paulo (Cidade) SMDS. Curso técnico da área da saúde: Habilitação profissional de técnico Agente Comunitário da Saúde, 2007. [Acesso em 20 de abril de 2009]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hab_prof_agente_comunit_saude_mo_d1_unid2.pdf
78. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

79. OIT. Certificação de Competências Profissionais: Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências – Referenciais metodológicos, 2002.
80. OIT / TEM / FAT. Certificação de competências profissionais: discussões, 1999.
81. Reis GA. Diretrizes para o desenvolvimento de sistema de informação para conselhos municipais de saúde. [Doutorado]. Minas Gerais: Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.
82. UNICAMP. Enfoque participativo no trabalho com grupos. [Acesso em março de 2009]. Disponível em www.preac.unicamp.br/arquivo/.../txt_apoio_ser gio_cordioli.pdf.
83. Participatory Workshops: a sourcebook of 21 sets of ideas & activities. Robert Chambers. Editora: Earthscan; London – Sterling, VA; 2004.
84. Malhotra NK. Marketing Research: an applied orientation. New Jersey: Prentice Hall, 1996.
85. Ferraz L, Aertz DRG. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (2): 347-355, 2005.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, novembro de 2004.
87. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. [Acesso em 10 de agosto de 2009]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf>.

88. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? Tese [Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
89. Peres F, Rozemberg B, Lucca SR. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. Cad. Saúde Pública vol.21 n° 6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2005.
90. Wiedemann PM. Introduction risk perception and risk communication. Jülich: Programme Group Humans; Environment, Technology (MUT), Research Centre Jülich; 1993. [Links](Arbeiten zur Risiko-Kommunikation 38).
91. Massahud, R.T.L. Avaliação de risco a arsênio, chumbo e cádmio na região aurífera Delita, Cuba. Doutorado. Minas Gerais: Universidade Federal de Lavras, 2008.
92. Guilherme LRG. Fundamentos da análise de riscos. In: Biotecnologia e Meio Ambiente. Viçosa, MG: UFV, 2008. cap. 6, 510 p.
93. Houaiss A. Dicionário Houaiss. In: Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Editora Objetiva Ltda.; 2009. p. 3008.
94. Toro JB, Werneck NM. Mobilização Social: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
95. Mendes R, Dias EC 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública 25(5): 341-349.
96. Porto, M.F; Freitas, C.M. 1997. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. Cadernos de Saúde Pública 13(2): 59-72.

97. Furlan PG. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In Campos GWS, Guerrero AV. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. 368-387.
98. Campos GWS. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury, S. (org). Saúde e democracia, a luta do Cebes. SP: Lemos Editorial, 1997, pp. 113-24.
99. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface: comunicação, saúde e educação; v. 13, n.28, p. 123-35, jan-março de 2009.
100. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6):1304-1313, jun, 2008.
101. Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema sujeito na saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10, n° 3, pp. 573-83, 2005.
102. Brasil. Portaria nº 777 / GM em 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.
103. Freire P. Extensão ou Comunicação? São Paulo: Editora Paz e Terra, 1997.
104. Backes SD, Filho LWD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Rev Esc Enferm USP 2006; 40 (2):221-7.

105. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008; 13 (1): 259-268.
106. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):426-33.

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Oficina 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Contribuição ao processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador”

Responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Frederico Peres

Prezado (a) Profissional da Unidade Básica de Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista sobre o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde SUS, com destaque para as atribuições da Atenção Básica.

A finalidade desta pesquisa é conhecer os processos de trabalho desenvolvidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desta Unidade Básica de Saúde e identificar os principais elementos que contribuem para a implementação e desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no território de abrangência, tendo-se como referência a percepção do trabalho desenvolvido pelos próprios agentes.

Sua contribuição nesta etapa da pesquisa consistirá em participar da realização de um grupo de discussão, em que cada componente terá a oportunidade de relatar suas percepções em relação ao trabalho que desenvolve. A duração da discussão em grupo está prevista para aproximadamente 16 horas, sendo distribuída ao longo de dois dias.

Não haverá nenhuma compensação financeira / pagamento pelo fornecimento destas informações. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhor compreensão do processo de trabalho dos ACS na região, a fim de identificar o perfil competências requeridas a esses trabalhadores para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador e subsidiar a construção de processos de capacitações dos ACS.

Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa restringem-se à sua identificação como informante. Para evitar esta situação, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será

identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. O seu depoimento será usado para que melhor possamos entender a realidade do seu trabalho e do(s) curso(s) ao(s) qual (is) está envolvido. As transcrições dessa entrevista serão reproduzidas apenas em publicações científicas, respeitando-se o sigilo do seu nome. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As fitas cassetes com o registro das entrevistas, assim como suas transcrições, serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto.

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

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta etapa do projeto.

Preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da entrevista para o projeto: “Contribuição ao processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.”

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador: Frederico Peres – ENSP / FIOCRUZ/CESTH

R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 29 Manguinhos, Rio de Janeiro
Tel. (21) 2598-2825 / 8635-5233

Comitê de ética em Pesquisa – ENSP

Rua Leopoldo Bulhões 1480 – sala 314

Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ

Tel: (21) 2598 - 2863

10.2. Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e esclarecido – Oficina 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Contribuição ao processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador”

Responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Frederico Peres

Prezado (a) Profissional de Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar de uma oficina de trabalho sobre o desenvolvimento de processos de capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde a fim de auxiliá-los no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.

A finalidade desta pesquisa é conhecer os processos de trabalho desenvolvidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Unidades Básicas de Saúde de Betim e identificar os principais elementos que contribuem para a implementação e desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no território de abrangência, tendo-se como referência a percepção do trabalho desenvolvido pelos próprios agentes.

Sua contribuição nesta etapa da pesquisa consistirá em participar da realização de um grupo de discussão, a fim de contribuir na construção do perfil de competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde e definição de diretrizes para proposta de qualificação dos agentes. A duração da discussão em grupo está prevista para aproximadamente 8 horas.

Não haverá nenhuma compensação financeira / pagamento pelo fornecimento destas informações. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhor compreensão do processo de trabalho dos ACS na região e identificação do perfil de competências requeridas a esses trabalhadores para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.

Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa restringem-se à sua identificação como informante. Para evitar esta situação, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. O seu depoimento será usado para que melhor possamos entender a realidade do seu trabalho e do(s) curso(s) ao(s) qual(is) está envolvido. As transcrições dessa entrevista serão reproduzidas apenas em publicações científicas, respeitando-se o sigilo do seu nome. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As fitas cassetes com o registro das entrevistas, assim como suas transcrições, serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto.

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

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta etapa do projeto.

Preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da entrevista para o projeto: “Contribuição ao processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.”

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador: Frederico Peres

ENSP / FIOCRUZ/CESTEH

R. LEOPOLDO BULHÕES 1480 – SALA 29

Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ

Tel. (21) 2598-2825 / 8635-5233

Comitê de ética em Pesquisa – ENSP

Rua Leopoldo Bulhões 1480 – sala 314

Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ

Tel:(21)2598-2863

10.3. Anexo 3: Matriz de validação dos desempenhos, pelos Agentes Comunitários de Saúde

Para cada um dos itens listados abaixo, circule apenas uma alternativa, na escala numérica de 1 a 5, indicando o seu nível de concordância.

Desempenhos	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA				
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1- Na visita domiciliar, observo com cuidado, em que as pessoas trabalham e as situações de trabalho de todos os membros da família.	1	2	3	4	5
2- Na visita domiciliar, observo também se existe algum risco para a saúde relacionado com o trabalho daquele usuário.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
3- Além da casa, observo o quintal da casa de meus usuários, na busca de alguma atividade de trabalho realizada que pode estar causando poluição ao ambiente ou colocando em risco as pessoas que moram no domicílio e as pessoas da comunidade.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
4- Considero o trabalhador com carteira assinada ou sem carteira assinada um usuário do SUS, com direito a toda	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

linha de cuidado ao trabalhador (promoção, prevenção acolhimento, encaminhamento, etc).	1	2	3	4	5
5- Compreendo a importância do trabalho do usuário e sensibilizo-o sobre os riscos a que ele pode estar exposto.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
6- Também falo com o trabalhador sobre a existência de equipamentos de proteção e a importância dele usar os equipamentos.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
7 - Escuto o trabalhador para entender os motivos pelos quais ele não usa os equipamentos de proteção individual.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
8- Participo do planejamento e realização de mutirões na comunidade ligados à saúde do trabalhador.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
9- Entendo que a saúde não é só a falta da doença, mas qualidade de vida, moradia, alimentação, lazer e trabalho,	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

por isso penso na questão do trabalho ao fazer uma visita domiciliar e ao planejar um grupo educativo.	1	2	3	4	5
10- Atuo na prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, pois considero que sou o elo de ligação entre os usuários e as UBS.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
11-Identifico em meu trabalho problemas referentes à Saúde do Trabalhador que vão além da capacidade de solução da UBS	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
12- Levo informações sobre a ocorrência de doenças e acidentes de trabalho e a presença de perigos para a saúde nas atividades de trabalho dos usuários para a equipe da UBS.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
13-Oriento o usuário, sempre com ética, sobre seus direitos e sobre a linha de cuidado especializado que o SUS oferece aos trabalhadores.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
14-Passo para o (a) coordenador (a) as informações relacionadas às doenças do trabalhado ou de acidente com	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

o trabalhador, sempre de forma ética.	1	2	3	4	5
15- Compreendo a importância que o registro das informações dos problemas relacionados ao trabalho tem para que se tornem prioridade nas UBS	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
16- Volto na casa do usuário encaminhado para a UBS para saber o caminho que ele seguiu, orientando sempre que necessário sobre o fluxo adequado.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
17- Discuto com a equipe da UBS questões relacionadas ao acesso do trabalhador à UBS.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
18- Discuto com a equipe os problemas que ele tem com o empregador (patrão) e como podemos encaminhar aquele trabalhador com problemas que não podem ser resolvidos na UBS	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

19-Ajudo a fazer grupos educativos com trabalhadores, discutindo as doenças mais comuns na minha micro-área e que são relacionadas ao trabalho.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
20-Participo de atividades de mobilização da comunidade para que ela se mobilize com problemas de saúde ou poluição ambiental. Esses problemas envolvem atividades produtivas desenvolvidas em empresas da micro área ou em casas de usuários.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
21-Analiso como o usuário enfrenta os limites e as exigências que seu trabalho impõe, sempre de forma ética, avaliando as conseqüências sobre sua saúde de práticas como a auto-medicação e de condições como falta de lazer e sobrecarga de horas de trabalho.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

10.4. Anexo 4. Matriz de Validação do perfil de competência dos Agentes Comunitários de Saúde para os profissionais de Nível Superior e Agentes Comunitários de Saúde

Para cada um dos itens listados abaixo, circule apenas uma alternativa, na escala numérica de 1 a 5, indicando o seu nível de concordância.

Desempenhos	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA				
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1- Em sua visita domiciliar observa, com cuidado, em que as pessoas trabalham e as situações de trabalho de todos os membros da família, reconhecendo o trabalho como fator importante na promoção da saúde e na prevenção de agravos em diferentes faixas etárias e gêneros.	1	2	3	4	5
2-Identifica os possíveis fatores de risco para o trabalhador, família ou comunidade, decorrentes das atividades produtivas desenvolvidas no domicílio	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
3-Observa cuidadosamente o espaço peri-domiciliar, em busca de alguma atividade de trabalho realizada que possa estar causando poluição ao ambiente ou colocando em risco as pessoas que moram no domicílio e as da comunidade.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

4-Orienta de forma ética, o trabalhador sobre os riscos a que ele pode estar exposto, assegurando uma escuta atenta ao valor que ele dá ao que faz, às precauções e/ou medidas que ele toma para preservar seu trabalho/emprego e ao conhecimento que já tem sobre as doenças ocupacionais.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
5-Com base no conhecimento sobre direitos do trabalhador e riscos ocupacionais, e atento às suas necessidades de saúde, orienta-o sobre a importância da adoção de medidas de prevenção e sobre o uso de equipamentos de proteção individual, quando pertinente.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
6-Participa do planejamento de mutirões na comunidade ligados à saúde do trabalhador, com base na liderança que possui na área de abrangência e o conhecimento sobre o território, a partir do levantamento e registro das informações sobre doenças e ou acidentes relacionadas ao trabalho.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
7-Analisa como o usuário enfrenta os limites e as exigências que seu trabalho impõe, sempre de forma ética, avaliando as consequências sobre sua saúde de práticas como a automedicação e de condições adversas como falta de lazer e sobrecarga de horas de trabalho.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
8-Reconhece o lugar do trabalho na vida de cada usuário de programas de saúde desenvolvidos na UBS (controle da	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

hipertensão, diabetes, pré-natal, aleitamento materno, planejamento familiar etc), buscando avaliar como suas atividades laborais ou a falta de uma ocupação produtiva interfere no cotidiano de sua vida doméstica, afetiva e de relações na comunidade e se refletem em suas condições de saúde.	1	2	3	4	5
9-Inclui as atividades de saúde do trabalhador em sua agenda de ações de saúde (como por exemplo: nas visitas domiciliares, no planejamento de grupos educativos, etc), com base em sua compreensão ampliada de saúde, que inclui qualidade de vida, alimentação, moradia, trabalho e lazer e de que o trabalhador formal ou informal é um usuário do SUS.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
10-Atua como elo de ligação entre a comunidade e as unidades básicas , por meio do registro preciso e repasse das informações oportunas ao coordenador, reconhecendo seu papel na prevenção de agravos relacionados ao trabalho.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
11-Realiza registro das informações sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho quando disponho de instrumentos próprios para esta finalidade e asseguro o repasse dessas informações ao coordenador (a) da área de abrangência, compreendendo a importância do registro das informações de problemas relacionados ao trabalho para que se tornem prioridade de atuação nas UBS.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

12-Acompanha com interesse a sistematização de informações sobre riscos e agravos relacionados ao trabalho em sua área de abrangência, buscando associar esse conhecimento ao planejamento de medidas de promoção e prevenção.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
13-Acompanha por meio de visita domiciliar o percurso seguido pelo usuário a partir do encaminhamento feito pela unidade básica para atendimento específico em Saúde do Trabalhador, esclarecendo, sempre que necessário, o fluxo que deverá seguir para garantir atenção integral à saúde.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
14- Discute com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento ágil com base no conhecimento das necessidades e dificuldades do usuário trabalhador, dentre elas, a freqüente resistência do empregador na liberação do trabalhador para a realização de consultas médicas em serviços de saúde.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
15-Movido por princípios éticos e guiado por uma escuta qualificada das necessidades do usuário, orienta o usuário trabalhador em relação aos seus direitos e deveres, com base no conhecimento da legislação em Saúde do Trabalhador.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

16-Participa de atividades de mobilização da comunidade em questões que envolvem a Saúde do Trabalhador valorizando as informações que recolhe na sua interação com as famílias de sua área de abrangência.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
17-Com base na sistematização na unidade básica de saúde dos dados obtidos no registro de ocupações, riscos e agravos à saúde do trabalhador, promove grupos de discussões e práticas educativas para usuários com doenças específicas relacionadas ao trabalho.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

10.5. Anexo 5 – Ficha A

Ficha A				SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE				UF:	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA									
UBS:									
NÚMERO DO PRONTUÁRIO			ESF RESPONSÁVEL			DATA			
ENDEREÇO			Nº		COMPL.		BAIRRO		
TELEFONE			TELEFONE CONTATO			CEP			
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA	
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA () ZONA RURAL ()						PROCEDÊNCIA			
SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO									
TIPO DE CASA					ABASTECIMENTO DE ÁGUA				
TIJOLO/ADOBE					REDE PÚBLICA				
TAIPA REVESTIDA					POÇO OU NASCENTE				
TAIPA NÃO-REVESTIDA					CLORAÇÃO				
MADEIRA					OUTROS (ESPECIFICAR)				
MATERIAL APROVEITADO					TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO				
OUTRO (ESPECIFICAR)					FILTRAÇÃO				
Nº DE CÔMODOS/PEÇAS					FERVURA				
ENERGIA ELÉTRICA					SEM TRATAMENTO				
DESTINO DO LIXO					DESTINO DE FEZES E DE URINA				
COLETADO					SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)				
QUEIMADO / ENTERRADO					FOSSA				
CÉU ABERTO					CÉU ABERTO				
OUTRAS INFORMAÇÕES									
ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?					NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE				
NOME DO PLANO DE SAÚDE:									
EM CASO DE DOENÇA PROCURA					PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS				
HOSPITAL					COOPERATIVA				
UNIDADE DE SAÚDE					GRUPO RELIGIOSO				
BENZEDEIRA					ASSOCIAÇÕES				
FARMÁCIA					OUTROS (ESPECIFICAR)				
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA					MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA				
RÁDIO					ÔNIBUS				
TELEVISÃO					CAMINHÃO				
TELEFONE					CARRO				
OUTROS (ESPECIFICAR)					CARROÇA				
					OUTROS (ESPECIFICAR)				
ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES					TODOS OS INTEGRANTES TÊM ACESSO INDIVIDUAL À PASTA E À ESCOVA DE DENTES?				
SIM		NÃO			SIM		NÃO		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA									
SEM RISCO SCORE 0 ()		BAIXO RISCO SCORE 1 ()		MÉDIO RISCO SCORE 2 () SCORE 3 ()			ALTO RISCO SCORE 4 () SCORE 5 () SCORE 6 ()		
OBSERVAÇÕES:									

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim () Não ()		
IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA
DURAÇÃO	TRATAMENTO	CLASSIFICAÇÃO POR USO
Saúde bucal: Foi examinado pelo CD no último ano? Escovação diária? Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca?		
Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica		
Atividade de trabalho: Sim () Não () Se sim, registrar tipo, carga horária, vínculo, local, renda: Doença ou acidente relacionado ao trabalho: tipo, tratamento.		
Atividades produtivas domiciliares: Sim () Não ()		
Medidas socioeducativas: idade em que ocorreu, motivo, duração, situação atual.		
CAMPO 8 - HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro e/ou médico. CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO.		

10.6. Perfil de Desempenhos validados

a) **Anexo 6:** Desempenhos referentes à área de competência: Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

Desempenhos (atividades qualificadas)
1- Em sua visita domiciliar observa, identifica e registra em que as pessoas trabalham e as situações de trabalho de todos os membros da família, reconhecendo o trabalho como fator importante na promoção da saúde e na prevenção de agravos em diferentes faixas etárias e gêneros.
2- Observa cuidadosamente o espaço domiciliar e peri_domiciliar, em busca das atividades produtivas desenvolvidas no território e identifica os possíveis fatores de riscos relacionados e que podem estar expondo o trabalhador, família ou a comunidade.
4- Com base no conhecimento sobre direitos do trabalhador e riscos ocupacionais, e atento às suas necessidades de saúde, orienta-o sobre a importância da adoção de medidas de prevenção e sobre o uso de equipamentos de proteção individual e coletivo, quando pertinente.
5- Explorando a liderança que possui em sua área de abrangência e o conhecimento que tem pelo levantamento e registro de informações sobre doenças e ou acidentes relacionadas ao trabalho, participa do planejamento de mutirões na comunidade, ligados à saúde do trabalhador.

Anexo 7: Desempenhos referentes à área de competência: Organização do Cuidado

Desempenhos (atividades qualificadas)
1- Inclui as atividades de saúde do trabalhador em sua agenda de ações de saúde (como por exemplo: nas visitas domiciliares, no planejamento de grupos educativos, etc), com base em sua compreensão ampliada de saúde, que inclui qualidade de vida, alimentação, moradia, trabalho e lazer e de que o trabalhador formal ou informal é um usuário do SUS.
2- Reconhece o lugar do trabalho na vida de cada usuário de programas de saúde desenvolvidos na UBS (controle da hipertensão, diabetes, pré-natal, aleitamento materno, planejamento familiar etc), buscando avaliar como suas atividades laborais ou a falta de uma ocupação produtiva interferem no cotidiano de sua vida doméstica, afetiva e de relações na comunidade e se refletem em suas condições de saúde.
2- Atua como elo de ligação entre a comunidade e as unidades básicas, por meio do registro preciso e repasse das informações oportunas à equipe, reconhecendo seu papel na prevenção de agravos relacionados ao trabalho.
3- Busca estabelecer relação entre queixas dos membros das famílias de sua micro área, com as atividades produtivas desenvolvidas. Respeitando os princípios éticos, inclui em seus relatórios à coordenação da UBS informações relativas aos achados ligados à saúde do trabalhador relevantes para a organização de plano de cuidados ao usuário.
4- Realiza registro das informações sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho em instrumentos ajustados para esta finalidade e asseguro o repasse dessas informações à equipe, compreendendo a importância do registro das informações de problemas relacionados ao trabalho para que se tornem prioridade de atuação nas UBS.
5- Acompanha com interesse a sistematização de informações sobre riscos e agravos relacionados ao trabalho em sua área de abrangência, buscando associar esse conhecimento ao planejamento, junto às equipes de saúde, de medidas de promoção e prevenção.
6- Acompanha por meio de visita domiciliar o percurso seguido pelo usuário a partir do encaminhamento feito pela unidade básica para atendimento específico em Saúde do Trabalhador, esclarecendo, sempre que necessário, o fluxo que deverá seguir para garantir atenção integral à saúde.
7- Discute com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento ágil com base no conhecimento das necessidades e dificuldades do usuário trabalhador, dentre elas, a freqüente resistência do empregador na liberação do trabalhador para a realização de consultas médicas em serviços de saúde.
8- Desenvolve suas ações de forma integrada com as equipes de saúde, buscando identificar em suas práticas demandas relativas à Saúde do Trabalhador que extrapolam o campo da saúde e requerem integração intersetorial.

b) **Anexo 8:** Desempenhos referentes à área de competência: Educação

Desempenhos (atividades qualificadas)
1- Movido por princípios éticos e guiado por uma escuta qualificada das necessidades do usuário, orienta o usuário trabalhador em relação aos seus direitos e deveres, com base no conhecimento da legislação em Saúde do Trabalhador.
2- Analisa (observa) como o usuário enfrenta os limites e as exigências que seu trabalho impõe, sempre de forma ética, avaliando as conseqüências sobre sua saúde de práticas como a auto-medicação e de condições adversas como falta de lazer e sobrecarga de horas de trabalho.
3- Com base na sistematização na unidade básica de saúde dos dados obtidos no registro de ocupações, riscos e agravos à saúde do trabalhador, participa de grupos de discussões e práticas educativas para usuários com doenças específicas relacionadas ao trabalho.
4- Busca sensibilizar o trabalhador para o reconhecimento da importância de seu trabalho e para os riscos a que está potencialmente submetido, assegurando uma escuta atenta ao valor que ele dá ao que faz, às precauções e/ou medidas que ele toma para preservar seu trabalho/emprego e ao conhecimento que já tem sobre as doenças ocupacionais.