

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

TAIANAH ALMEIDA BARROSO

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA:
POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO EM UMA POLICLÍNICA DO
RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro
2022



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

TAIANAH ALMEIDA BARROSO

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA:
POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO EM UMA POLICLÍNICA DO RIO DE
JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Karla Meneses

Rio de Janeiro
2022

Ficha Catalográfica

B277 Barroso, Taianah Almeida.

Saúde do Trabalhador na Atenção Secundária: possibilidades de articulação em uma policlínica do Rio de Janeiro. / Taianah Almeida Barroso. — 2022.

42f ; il., color.

Orientador: Karla Meneses.

Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Saúde do Trabalhador) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Secundária à Saúde. 4. Policlínicas 5. Articulação em Saúde. I. Título.

CDD:363.11

FOLHA DE APROVAÇÃO

TAIANAH ALMEIDA BARROSO

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA: POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO EM UMA POLICLÍNICA DO RIO DE JANEIRO

Banca Examinadora composta para a defesa do trabalho de conclusão de Residência para obtenção do grau de Especialista em Saúde do Trabalhador

APROVADA em: _____ de _____ de 2022.

Professora Orientadora:

Professor Convidado:

Professor Convidado

RESUMO

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tem por função dar subsídio técnico para o Sistema Único de Saúde (SUS) nas ações de Saúde do Trabalhador (ST). Portanto, é de suma importância a aproximação com unidades de saúde em todos os níveis de atenção de sua área de abrangência, podendo assim exercer o apoio matricial para o desenvolvimento de ações de ST nos serviços. Diante disso o objetivo deste trabalho é articular as ações do CEREST com a Policlínica, analisando o conhecimento dos profissionais da saúde e coletando informações e percepções do usuário sobre o serviço. O estudo é considerado qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, o qual utilizará questionários para analisar a percepção de usuários e trabalhadores da Policlínica Hélio Pellegrino em relação à ST. Posteriormente, serão realizadas rodas de conversa a fim de solidificar essa articulação e oferecer apoio técnico em ST, visando oferecer ao paciente um cuidado integral em saúde. Além disso, espera-se aumentar as notificações de doenças/agravos relacionados ao trabalho e aprimorar a relação de referência e contrarreferência entre a Policlínica e o CEREST.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde; Atenção Secundária a Saúde.

ABSTRACT

The Occupational Health Reference Centers (CEREST) are responsible for providing technical support to the Unified Health System (SUS) in Occupational Health (ST) actions. Therefore, it is extremely important to approach health units at all levels of care in their coverage area, thus being able to exercise matrix support for the development of ST actions in the services. Therefore, the objective of this work is to articulate the actions of CEREST with the Polyclinic, analyzing the knowledge of health professionals and collecting information and user perceptions about the service. The study is considered qualitative, descriptive and exploratory, which will use questionnaires to analyze the perception of users and workers of the Polyclinic Hélio Pellegrino in relation to TS. Later, conversation circles will be held in order to solidify this articulation and offer technical support in TS, aiming to offer the patient comprehensive health care. In addition, it is expected to increase notifications of work-related illnesses/disorders and improve the reference and counter-reference relationship between the Polyclinic and CEREST.

Keywords: Occupational Health; Unified Health System; Secondary Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO1 – MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	19
QUADRO 2 – PLANILHA DE MONITORAMENTO MENSAL.....	31

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CF88	Constituição Federal 1988
ESF	Estratégia de saúde da família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RENAST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
ST	Saúde do Trabalhador
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
VISAT	Vigilância à Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	JUSTIFICATIVA	13
3.	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
4.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
4.2	ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE E O CEREST.....	17
4.3	SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	19
4.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	23
4.4.1	Saúde do Trabalhador e Educação Permanente	24
5.	METAS	25
6.	PLANO OPERATIVO	26
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	26
6.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	26
6.3	POPULAÇÃO ESTUDADA.....	26
6.4	DESENHO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO (ETAPAS).....	26
6.4.1	Etapa 1 – Diagnóstico situacional	27
6.4.2	Etapa 2 - Proposta de Intervenção	27
6.4.3	Etapa 3 – Articulação entre os técnicos e a gestão da Policlínica	27
6.5	ESTRATÉGIAS.....	27
7	AVALIAÇÃO RISCO-BENEFÍCIO	31
8	VIABILIDADE DO PROJETO	32
9	AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	33
10	RESULTADOS ESPERADOS/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
11	ORÇAMENTO	36
12	CRONOGRAMA	37
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXO I	41

INTRODUÇÃO

Permeado pelo efervescente processo de participação social e redemocratização no Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF88) sancionou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantindo assim, que todos cidadãos e cidadãs possuam o direito a ações e serviços de saúde de forma descentralizada, hierarquizada e integral (BRASIL, 1988). Posteriormente, em 1990, o então presidente da república, sancionou a Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de discorrer sobre a organização e o funcionamento dos serviços públicos de saúde que integrarão o Sistema Único de Saúde (SUS) e outras providências (BRASIL, 1990).

Partindo dessa perspectiva, o atendimento integral fornecido pelo SUS, deve compreender os sujeitos, de forma ampliada, ou seja, não reduzindo o trabalhador apenas a doença que lhe causa sofrimento. É preciso um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que possam abarcar toda sua complexidade, nos diferentes níveis do sistema, sempre de forma a também articular com outros setores como, por exemplo, educação, previdência social e habitação (MATTOS, 2004).

Assim, como forma de organizar as diversas ações em saúde, foi criada em 2010, a Rede de Atenção em Saúde (RAS) com o objetivo de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, superando a fragmentação da atenção em saúde (BRASIL, 2010). Com a instituição do SUS dos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, compreendemos como atenção secundária, os serviços especializados em atenção ambulatorial, com médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e os serviços hospitalares de urgência e emergência. (ERDMANN *et al.*, 2013).

Anteriormente a criação da RAS, em 2002, foi instituída por meio da Portaria Ministerial 1.679/2002, a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual se constitui como uma rede de abrangência nacional e como ferramenta estratégica para a disseminação dos princípios e práticas do campo da Saúde do Trabalhador (ST) no SUS em todos os níveis de atenção (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Vale ressaltar que compreendemos aqui a ST como um campo de saberes e práticas que compreende o trabalho como organizador da vida social e os trabalhadores como “protagonistas e sujeitos da transformação da relação saúde-trabalho” (SANTOS *et al.*, 2019 p.2). Dessa

forma, a ST visa romper com os enfoques mecanicistas, biologicistas e individualistas pertencentes ao modelo de atuação da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (SANTOS, 2009). Para que a nocividade do trabalho seja extinguida é necessário a participação social, ou seja que as descobertas sejam trazidas ao conhecimento dos trabalhadores de uma forma eficaz. Para tal torna-se essencial a percepção dos usuários sobre seu próprio estado de saúde. A fala dos usuários é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações do sistema de saúde, trata-se da inclusão e da autonomia dos atores sociais (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Na estruturação da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) ocupam lugar de destaque. Segundo a portaria nº 2728 de 11 de novembro de 2009 “O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância e diagnóstico, tratamento e reabilitação aos trabalhadores urbanos e rurais” (BRASIL, 2009). Dessa forma, os CERESTs entre outras atribuições, também atuam na produção de ações de vigilância em saúde buscando se organizar de forma intersetorial entre as áreas que abrangem e afetam a saúde do trabalhador (MELO, Bruna Ferreira *et al.*, 2017), tendo assim a responsabilidade de notificar, investigar e dar respostas relevantes referentes aos agravos relacionados ao trabalho.

Nesse sentido o Sistema de Notificação de Agravos (SINAN), é de suma importância, pois contém dados para a análise da situação dos agravos ocorridos com trabalhadores permitindo assim a estruturação de políticas públicas e medidas de prevenção e intervenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho (MELO; FAÇANHA, 2019). Segundo Medina e Maia (2011) múltiplos fatores ocasionam a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN. Entre eles destacam-se as dúvidas profissionais da saúde relacionadas aos agravos, a fragmentação da equipe de saúde não tendo papéis definidos no trabalho da identificação dos agravos e ainda o desconhecimento da importância da notificação e da finalidade desses dados, o que favorece a falta de priorização da identificação e notificação por parte dos profissionais da saúde (MEDINA; MAIA, 2016).

Portanto, é de suma importância a aproximação do CEREST com unidades de saúde em todos os níveis de atenção de sua área de abrangência, para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador nos serviços. Também se faz necessário a qualificação

dos profissionais em um processo de formação continuada de modo a conhecer a importância da notificação nos bancos de dados do SUS. Diante disso o objetivo deste trabalho é articular as ações do CEREST com a Policlínica, analisando o conhecimento dos profissionais da saúde.

2. JUSTIFICATIVA

A atenção secundária atualmente é um grande desafio para o alcance da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo necessário o desenvolvimento do fluxo de referência e contra referência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. As dificuldades encontradas nesse trajeto, entre outros destacam os entraves da integralidade. Superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em Saúde do Trabalhador (MOIMAZ, *et al.*, 2010).

Atualmente, um dos CERESTS do município fica localizado, no mesmo local que uma policlínica da rede de atenção do SUS, o que gerou uma curiosidade e inquietação, visto que a policlínica não tinha nenhuma aproximação com o CEREST, e devido a proximidade das duas unidades, acreditou-se ser importante, realizar essa aproximação. Visto que os usuários, são considerados trabalhadores, a atenção a saúde desses trabalhadores, deveria ser realizada com esse olhar mais amplo, considerando o trabalho como central na vida dos mesmos. O CEREST em uma de suas atribuições inclui-se servir como retaguarda técnica, atividade que teria todo potencial de ser desenvolvida no local, aproveitando-se entre outras razões pela proximidade das duas unidades.

Sendo assim faz-se necessário a mobilização dos profissionais que atuam na atenção secundária, para que estes possam em seu atendimento atentar-se para os possíveis casos relacionados ao trabalho e fazer os devidos encaminhamentos promovendo dentro da rede a referência e contrarreferência junto aos CERESTs como retaguarda técnica.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Articular ações do Centros de Referência em Saúde do Trabalhador responsável pela região 2 com uma Policlínica do Rio de Janeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Analisar o conhecimento sobre Saúde do Trabalhador dos profissionais de uma Policlínica no município do Rio de Janeiro;
- ❖ Promover articulação entre os técnicos de saúde do trabalhador e gestores da Policlínica para que estabeleçam ações conjuntas e concernentes à saúde do trabalhador destinadas a população atendida no local; e
- ❖ Desenvolver ações de educação permanente no campo da Saúde do Trabalhador junto aos profissionais de saúde de uma Policlínica do município do Rio de Janeiro.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Existiu uma longa trajetória, até ser implantado o sistema de saúde no Brasil que conhecemos hoje, convém lembrar os antecedentes históricos que precederam o advento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A assistência médica no século XVIII era pautada na filantropia e só no século XIX surgiram algumas iniciativas de saúde pública em razão das transformações econômicas e políticas. Resumiam-se à realização de atividades de vigilância do exercício profissional e a algumas ações de campanhas. No final desse século, a questão da saúde já constava entre as reivindicações do movimento operário (VASCONCELOS *et al.*,2007 & BRAVO *et al.*,2007).

No início do século XX, o Rio de Janeiro, então capital do país, apresentava um quadro de saúde caótico, marcado por doenças graves tais como: malária, varíola, febre amarela e peste negra. O atual presidente da época Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz, como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que adotou o modelo das “campanhas sanitárias” destinado a combater as epidemias urbanas. Havia nesta época, uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, resquícios da República velha (POLIGNANO *et al.*,2001 e LUZ *et al.*,1991).

Novas ações para o controle das doenças foram implementadas tanto na área da saúde pública quanto da assistência médica individual (COSTA,1985). Através da Lei Eloi Chaves, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), uma espécie de seguro social para algumas organizações trabalhistas ligadas à produção exportadora (PAULUS,2006). O direito à assistência e à saúde era restrito aos segurados (BAPTISTA *et al.*,2013).

Em 1930, com o crescimento da industrialização, instituiu-se um sistema de proteção social, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliaram o papel das CAPs (BAPTISTA *et al.*,2013). Contudo, os IAPs ainda mantinham a exigência de contribuição trabalhista para a garantia do benefício, que era discriminado de acordo com a categoria profissional, preferencialmente os trabalhadores ligados a seus sindicatos e do setor agroexportador atividade dominante da época (BAPTISTA *et al.*,2013 & OLIVEIRA,1985).

Além disso, o Estado ainda mantinha ações de saúde pública de caráter coletivo para controle e prevenção de doenças transmissíveis e assistência a algumas doenças (12). A atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SOUZA *et al.*,2002).

Nessa época a saúde enfrentava uma tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros e os interesses advindos das questões burocráticas entre os setores do estado e do empresarial médico. Houve a necessidade da revisão desse modelo médico-assistencial da Previdência, motivado não só pela crescente crise de financiamento da Previdência Social, mas também pela grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais urbanos, dos partidos políticos de oposição, das universidades e de setores organizados da sociedade.

A VIII Conferência Nacional da Saúde que ocorreu em 1986 teve grande representatividade e disseminou o movimento da reforma sanitária, voltada a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade na atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, hierarquização e participação da comunidade no contexto da democratização do país (CARVALHO *et al.*,2010). A saúde, nesse período, contou com a participação de novos sujeitos da sociedade civil na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor (BRAVO *et al.*, 2007).

Essa conferência foi um marco na história do SUS que articulou e mobilizou diversos segmentos representativos da população e introduziu no cenário nacional a discussão da saúde, propondo o Sistema Único e, ainda, a Reforma Sanitária. Foi a primeira Conferência de Saúde aberta à sociedade e resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual originou à aprovação do SUS no Texto Constitucional de 1988 (PAIM *et al.*, 2010).

A Constituição de 1988, determina no artigo 196 determina que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CARVALHO *et al.*,2010).A implementação do SUS começou em 1990, quando foi aprovada a Lei orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especifica as atribuições e organização do SUS.

O SUS foi implantado como um sistema federativo com a participação das três esferas de governo, mediante a realização de serviços universais e gratuitos em todo

território nacional, tendo a descentralização como diretriz básica e com o mecanismo constitucional do controle público, por meio do controle social (MENDES *et al.*, 2002).

Entretanto, diante de sua complexidade e da dificuldade de construção de um sistema universal de saúde em um país heterogêneo como o Brasil, assiste-se à persistência de desafios relacionados a questões como a organização e a fragmentação das políticas, o insuficiente financiamento, as complexas relações entre a esfera pública e o mercado, as fragilidades nos processos regulatórios e as desigualdades em saúde que permanecem e que marcam a sociedade brasileira (MACHADO *et al.*, 2011).

4.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE E O CEREST

No inciso II do art. 7 da Lei n.º 8.080/90, está escrito que o SUS deve se pautar pelo princípio da “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

A integralidade é a possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema, caso o usuário necessite, como também a possibilidade de integrar ações preventivas com as curativas, no dia a dia dos cuidados realizados nos serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2004).

No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços. Para seu desenvolvimento, busca-se horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção (SILVA, 2011).

A Portaria de Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, buscando aperfeiçoar o funcionamento político institucional do sistema, assegurando ao usuário, o conjunto de ações e serviços, baseado em princípios como a integralidade, equidade e universalidade.

A Rede de atenção à saúde (RAS) é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, com diferentes ênfases tecnológicas, com objetivo de atingir à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de

apoio técnico, logístico e de gestão (MENDES,2010 & OPAS,2011). A operacionalização da RAS se dá pela interação de três principais elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção (PORTARIA GM/MS 4.279/10). Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (PORTARIA GM/MS 4.279/10).

Dentre as RAS a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) estabelecida mediante a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) publicada em 2012, veio reafirmar a importância do cuidado com a saúde do trabalhador com enfoque na Atenção Básica à Saúde (ABS), que possui o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, ganhando destaque ao conseguir por meio de sua capilaridade inserir-se em um contexto de transformações econômicas como, além de compreender os processos produtivos do território sanitário e as condições dos trabalhadores e sua situação no mercado de trabalho, a exemplo da informalidade e a precarização do trabalho.

A adoção dessa PNSTT possibilitou o rompimento parcial da invisibilidade das condições de saúde e trabalho, abrindo questionamentos e perspectivas para promoção, proteção e recuperação à Saúde do Trabalhador. Na estruturação da PNSTT foram construídas estratégias para promoção da atenção integral à saúde do trabalhador. Estas estratégias relacionam a Atenção Primária à Saúde (APS) a estruturação da RENAST, podendo-se destacar, a articulação entre ela e a Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT), com a capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, assim como a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores para o desenvolvimento das ações.

A RENAST conta com uma rede de informações e práticas de saúde organizadas para realizar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde; compreende Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), estaduais, regionais e municipais, as unidades sentinelas, núcleos de saúde do trabalhador e demais serviços do SUS voltados para esse campo de atuação em saúde.

Os CEREST, no âmbito de um determinado território, são polos irradiadores do conhecimento sobre a relação processo de trabalho/processo saúde-doença, com

responsabilidade de oferecer suporte técnico e científico às demais unidades do SUS, em especial às da atenção básica. Esses Centros detêm a responsabilidade de notificar, investigar e dar respostas sensíveis aos agravos relacionados ao trabalho, visando ao controle e melhoria das condições deste (DIAS *et al.*,2005).

Suas ações são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, envolvendo: médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, engenheiros de segurança no trabalho, fonoaudiólogos, nutricionista entre outros. Suas atividades consistem em atendimento ambulatorial, vigilância das condições de saúde do trabalhador, avaliação e diagnóstico de ambiente de trabalho, retaguarda técnica, realização de projetos específicos a partir da demanda dos sindicatos e da rede de saúde, cursos de capacitação, orientação e educação em saúde (SANCHEZ *et al.*,2009).

4.3 SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A trajetória da Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública tem uma relação forte com o percurso histórico do mundo do trabalho. Na década de 1960, o processo de trabalho industrial possibilitou uma ampla expansão da economia em função do sistema de produção fordista que, dando continuidade à fragmentação taylorista das tarefas, que se caracteriza pela produção em série e em massa, gerando produtos homogêneos (ANTUNES, 2003). Desse modo, conformaram-se unidades fabris verticalizadas, com elevado aumento da eficiência operacional.

Essas estratégias de organização e gestão do processo de trabalho “resultaram em ganhos de produtividade e em certo reconhecimento do poder sindical da classe operária” (IAMAMOTO, 1999). O período de pós-guerra, até a década de 70, foi marcado por forte investimento do estado em políticas sociais públicas, com o intuito de propiciar o acesso da população aos serviços sociais e ganhos salariais indiretos, viabilizando recursos para o consumo de mercadorias e, conseqüentemente, impulsionar a produção. Esse padrão de desenvolvimento possibilitou, principalmente aos países de primeiro mundo, avanços e conquistas no campo do bem-estar social.

Configurava-se, assim, um compromisso entre o capital e trabalho e a manutenção do padrão de dominação e acumulação taylorista-fordista. Um aspecto importante a ser destacado é que, sob essa organização, iniciou-se a prática da medicina do trabalho na indústria moderna, que, sob o discurso de prevenção das doenças, se garantia a capacidade de trabalho dos operários e o aumento da sua produtividade (PENA; MINAYO-GOMEZ,

2011). Em meados da década de 1970, o padrão de acumulação até então dominante, começou a ser substituído por formas produtivas flexíveis, pondo fim ao estabelecido anteriormente.

O setor produtivo, principalmente o setor industrial, apresentava excesso de estoques e mercadorias, queda na produtividade e lucratividade e intensificação da competitividade internacional (IAMAMOTO, 1999; ANTUNES, 2003). É nesse contexto que começaram a surgir, como resposta à crise, um novo regime de produção capitalista estendendo as bases para uma acumulação de maior proporção, em escala global. Esse novo regime, denominado de “acumulação flexível”, tem como características uma produção vinculada à demanda variada e bastante heterogênea, fundamentada no trabalho em equipe com várias funções e com melhor aproveitamento do tempo de produção, baseado no princípio do *just in time* (ANTUNES, 2003).

Esse processo, foi impulsionado pela revolução tecnológica e provocou uma desproletarização do trabalho industrial fabril, com a diminuição da classe operária tradicional, a incorporação de grande contingente feminino e uma expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado e terceirizado, manifestações próprias da precarização das relações de trabalho. Houve uma desregulamentação das condições de trabalho, com a regressão e perda dos direitos historicamente conquistados, bem como o enfraquecimento do movimento sindical (IAMAMOTO, 1999).

Essa precarização das relações de trabalho e a diminuição dos postos de trabalho levou ao subemprego e desemprego, assim como ao crescimento do setor informal da economia. Essas mudanças no mundo do trabalho vêm agravar velhos problemas de saúde e segurança (Pena e Minayo-Gomez, 2011) e outras formas de adoecimento, como “afecções musculoesqueléticas, estresse, problemas psíquicos, reações asmáticas e alérgicas, problemas decorrentes da exposição a agentes tóxicos e cancerígenos” (LANCMAN, 2008, p. 29).

Essas transformações “no regime de acumulação e no modo de regulamentação social e política a ele associado se iniciaram no Brasil, na década de 1980, no final da ditadura militar, mas, dadas algumas particularidades do país, “ainda se encontrava relativamente distante do processo de reestruturação produtiva do capital e do projeto neoliberal” (ANTUNES, 2004, p. 16). No entanto, os efeitos da globalização foram ainda mais perversos, tendo em vista que essas mudanças ocorreram sem que o país tivesse atingido um estágio de formalização dos direitos sociais conquistados semelhante à dos países desenvolvidos (LANCMAN, 2008). Todo o processo de reestruturação produtiva

no país. que exigiu a incorporação de novos padrões organizacionais e tecnológicos, a intensificação dos ritmos e das exigências de polivalência de tarefas e a inserção da força de trabalho feminina, tem ampliado e agravado o quadro de doenças e de riscos de acidentes (LANCMAN, 2008).

Em decorrência dessas transformações, a medicina do trabalho não conseguiu mais responder aos problemas de saúde provocados pelos processos produtivos e surge a saúde ocupacional “com a finalidade de suprir limitações técnicas, disciplinares e metodológicas de preservação da saúde no trabalho” (VASCONCELLOS, 2011, p. 404). Trata-se de uma proposta interdisciplinar, baseada na higiene industrial, que incorpora a teoria da multicausalidade, na qual é considerado na produção da doença um conjunto de fatores de risco, avaliado por meio de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Apesar dos avanços no campo conceitual, essa abordagem foi superada com a emergência no Brasil, no final da década de 1970, do campo da Saúde do Trabalhador, no âmbito da saúde pública, já na perspectiva da saúde como direito (Vasconcellos, 2007), que “tem como objeto o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (MENDES *et al.*, 1991). A construção desse campo é resultante de todo um patrimônio acumulado no percurso da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e significativa influência da experiência italiana. Tem como referência central para o estudo dos condicionantes da saúde-doença o conceito de processo de trabalho.

Os centros de referência e programas de saúde do trabalhador da época não estabeleciam vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados e marginalizados. Alguns, inclusive, foram criados e desapareceram no decorrer das décadas de 1980/90. Embora sua existência fosse considerada estratégica para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, observava-se um esgotamento de sua capacidade de contribuir para novos avanços (HOEFEL *et al.*, 2005). Essas fragilidades aconteciam em decorrência da marginalização institucional e falta de recursos, inclusive a falta de financiamento das ações, provocando um intenso debate sobre a área nos anos de 1999 e 2002, com intuito de rever toda a estrutura.

O “Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: Desafios para a construção de um modelo estratégico”, que aconteceu em 1999 reuniu cerca de 500 pessoas entre elas representantes de diversas áreas tais como: setores governamentais, universidades, sindicatos, Central única dos Trabalhadores (CUT), Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (CONASS) entre outros. O objetivo foi avaliar a trajetória da Saúde do Trabalhador desde a promulgação da Constituição Federal, buscar compreender o cenário que se vivia, à época, no mundo do trabalho e propor novas formas de atuação para a promoção da vida dos trabalhadores, subsidiando o planejamento de ações da área no Brasil, no que tange à vigilância, assistência, informação, formação de recursos humanos, entre outros.

Nesse sentido, em 2000, é realizado um encontro sobre a criação da Rede de Saúde do Trabalhador gestada por assessores da Secretária de Assistência a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 19/09/2002. A RENAST, cuja finalidade era criar uma rede, como o próprio nome preconiza, articulando as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS, foi sendo revista por meio de novas normativas, que também dispõem sobre sua estruturação. Em 2005, portanto, a RENAST foi revista e ampliada, por meio da Portaria GM/MS nº 2.437, de 07/12/2005, e novamente em 2009, pela necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728, de 11/11/2009.

O art.3º da Portaria 1679/2002 definiu que a para a estruturação da RENAST deveriam ser organizadas e implantadas ações de ST na rede de Atenção Básica, e ações estruturadas ao nível dos CEREST. Nela o CEREST, assume o papel técnico científico, servindo como retaguarda técnica. De modo a estreitar os laços entre a assistência e a vigilância e incorporar em seu modelo estratégias de prevenção de agravos e doenças. Porém, os problemas de saúde decorrente do trabalho no Brasil são complexos de mais para serem resolvidos apenas por ações advindas do serviço especializado, portanto o CEREST deve desenvolver ações assistenciais, atender trabalhadores com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho, esse sistema de referência ocorre quando as possibilidades da atenção básica se esgotam (BRASIL,2002).

Embora uma parcela significativa de usuários atendidos nos SUS seja de trabalhadores, o reconhecimento do trabalho nos processos saúde-doença mantém-se invisibilizados. Para Dias (2013), um dos desafios da ST é conseguir que os trabalhadores e gestores do SUS incorporem na prática cotidiana, a compreensão que o trabalho é um determinantes no processo saúde-doença e que é necessário toda articulação entre os diversos níveis de atenção para oferecer um atendimento integral e resolutivo ao usuário.

4.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE

O conceito de educação permanente começou na França em 1955 e falava sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. Já em 1960, passou a ser difundida pela UNESCO, e em 1980 a denominada Educação Permanente em Saúde (EPS), foi disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (CAMPOS *et al.*,2017).

De acordo com a Constituição Brasileira (1988), em seu artigo 200, diz que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou evidente a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde. No Brasil esses profissionais são formados com grande domínio de técnicas, porém diversas vezes são incapazes de compreender a subjetividade e a diversidade da cultura das pessoas. Não são preparados para o trabalho de forma multi e interdisciplinar e apresentam dificuldades de implementar os princípios do SUS no seu serviço diário (LONDRINA *et al.*,2016).

Por isso, a Educação Permanente em Saúde (EPS), foi inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007, e teve como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema (FERREIRA *et al.*,2019).

Nesse contexto, a EPS, tem uma proposta ético-político-pedagógica, com objetivo de transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e serviços. A EPS visa fortalecer as práticas e o modelo de atenção à saúde vigente no País considerando o trabalho articulado entre as esferas de gestão, as instituições de ensino, o serviço e a comunidade (FERREIRA *et al.*,2019). Esta Educação Permanente em Saúde destaca-se pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem, orientação das ações educativas para a integração do trabalho de maneira inter e multiprofissional. Com isso, a educação deve ser trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho em análise.

Através da discussão sobre o cotidiano de trabalho, a educação permanente em saúde possibilita pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS, seu foco são os processos de trabalho, seu alvo são as equipes e seu lócus de produção são os coletivos. Essa aprendizagem dos profissionais de saúde passa a ter sentido quando ela é significativa, ou seja, quando o material a ser aprendido tem algum sentido para o educando.

4.4.1 SAÚDE DO TRABALHADOR E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A saúde do trabalhador é um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares (técnicos, sociais, políticos, humanos), interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos, e multidisciplinar, com gestão participativa, pressupondo ações intersetoriais, o que demonstra estar presente em todos os setores e níveis de atenção à saúde, dentre os quais se encontra a atenção secundária (GOMEZ *et al.*,2018 & VEIGA *et al.*,2020).

As atividades de saúde do trabalhador seguem os indicativos estabelecidos pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e ressalta se que devem obedecer à lógica teórico metodológica da educação permanente em saúde (EPS), a qual aponta o estabelecimento de atividades participativas e reflexivas, partindo se da experiência do próprio profissional (ALMEIDA *et al.*,2016).

5. METAS

- 1) Mapear o conhecimento sobre Saúde do trabalhador dos profissionais de saúde de uma policlínica no município do Rio de Janeiro;
- 2) Realizar a formação dos profissionais de saúde de uma policlínica no município do Rio de Janeiro acerca as situações de saúde relacionadas ao trabalho da população atendida no local;
- 3) Estimular a articulação entre os técnicos de saúde do trabalhador e gestores da Policlínica para que estabeleçam ações conjuntas e concernentes à saúde do trabalhador destinadas a população atendida no local.

6. PLANO OPERATIVO

6.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se caracteriza em um projeto de intervenção, este se constitui na definição de um objeto definido como uma “situação problema”, a qual demanda a construção de um plano-ação, além de um plano de monitoramento e avaliação dos resultados (DESLANDES, 2012).

6.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A intervenção acontecerá em uma policlínica localizada no município do Rio de Janeiro, e foi escolhida por sua localização próxima a um dos CERESTs municipais, estreitando ainda mais a comunicação entre os profissionais de saúde do trabalhador e da atenção especializada.

6.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

Serão convidados a participar do projeto os profissionais da saúde que atuam na Policlínica nas seguintes especialidades: Endocrinologia, Geriatria, Dermatologia, Nutrição, Gastroenterologia, Angiologia, Oftalmologia, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Homeopatia Adulto, Nutrição, Odontologia Fonoaudiologia, Psicologia, Massoterapia, Acupuntura e Serviço Social que estarão presentes na unidade, segundo os critérios de inclusão e exclusão e que aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.4 DESENHO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO (ETAPAS)

Trata-se de um estudo dividido em três etapas complementares: conhecimento da realidade, intervenção com os profissionais de saúde da Policlínica e Educação Permanente dos técnicos em saúde do trabalhador com a gestão em saúde do trabalhador.

6.4.1 Etapa 1 – Diagnóstico situacional

A primeira etapa do projeto a ser desenvolvido é o mapeamento dos serviços/diagnóstico situacional. Essa etapa tem como objetivo identificar nos profissionais de saúde da unidade, qual o conhecimento prévio sobre a saúde do trabalhador e, se existem e quais são as ações desenvolvidas em relação a saúde do trabalhador.

6.4.2 Etapa 2 - Proposta de Intervenção

A etapa dois tem o objetivo realizar uma aproximação entre os técnicos e gestão do CEREST com os profissionais de saúde da policlínica, portanto, serão realizadas reuniões periódicas com os profissionais da saúde da unidade, com intuito de aproximar os serviços da atenção primária e secundária com o CEREST.

6.4.3 Etapa 3 – Articulação entre os técnicos e a gestão da Policlínica

A etapa 3 tem como objetivo promover articulação entre os técnicos de saúde do trabalhador e gestores da Policlínica, para que sejam acordadas e estabelecidas ações conjuntas e concernentes a saúde do trabalhador destinadas a população atendida no local. Através de discussão de casos que ocorram na policlínica de modo a levantar e identificar e articular em cima de casos reais, que os profissionais estejam vivendo, para que seja possível juntos serem adotadas ações de forma a atender o indivíduo de forma integral com essa articulação entre saúde do trabalhador e o atendimento assistencial.

6.5 ESTRATÉGIAS

Ação 1: Diagnóstico do conhecimento em saúde do trabalhador

O instrumento de avaliação escolhido no projeto foi o questionário, que segundo Gil (1999, p.128), pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”. Autores como Marconi e Lakatos (2003) e Gil (1999)

destacam como vantagens no uso de questionários: atingir um grande número de pessoas simultaneamente; garantir o anonimato dos entrevistados, com isso maior liberdade e segurança nas respostas; obter respostas mais rápidas e mais precisas; possibilitar mais uniformidade na avaliação, em virtude da natureza impessoal do instrumento; obtém respostas que materialmente seriam inacessíveis.

Diante disso, o questionário que será aplicado com os profissionais de saúde tem como objetivo conhecer as ações desenvolvidas na unidade e o conhecimento em Saúde do Trabalhador que os profissionais possuem, o instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário que será aplicado (Apêndice I), elaborado pela equipe de do projeto, com base no instrumento utilizado por DIAS (2013). O instrumento é composto por caracterização dos participantes e 9 questões em relação à saúde do trabalhador. Após aplicação dos questionários será realizada uma devolutiva com os dados encontrados para a gestão da unidade.

Análise: Os dados obtidos através dos questionários serão analisados através de estatística descritiva, e serão apresentados por meio de tabelas e gráficos, construídos no *software Excel*.

Ação 2: Rodas de conversa

Como metodologia de trabalho com coletivos, a técnica escolhida foi a: Roda de Conversa. Essa escolha ocorreu principalmente por sua característica de permitir que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo (MELO *et al.*, 2014). De acordo com Mélló et al. (2007), as rodas de conversa priorizam discussões em torno de uma temática (selecionada de acordo com os objetivos do projeto) e, no processo dialógico, as pessoas podem apresentar suas elaborações, mesmo contraditórias, sendo que cada pessoa instiga a outra a falar, sendo possível se posicionar e ouvir o posicionamento do outro. Destarte, ao mesmo tempo em que as pessoas falam suas histórias, buscam compreendê-las por meio do exercício de pensar compartilhado, o qual possibilita a significação dos acontecimentos.

As rodas abordarão assuntos como: o que é saúde do trabalhador, doenças e agravos relacionados ao trabalho, o que são os CERESTs, notificação de doenças e

agravos. O objetivo é realizar reflexões acima desses temas, de modo ao enriquecer o atendimento oferecido aos usuários e debates e discussões de forma a melhorar a forma como os CERESTs podem oferecer retaguarda técnica a unidade.

As rodas serão realizadas na policlínica em local acordado com a gestora da unidade, com o objetivo de minimizar eventuais transtornos nas rotinas institucionais. As oficinas serão agendadas previamente, em conformidade com a disponibilidade horária dos profissionais de saúde.

Análise: Os dados qualitativos obtidos na roda de conversa serão transcritos e analisados segundo a técnica de Bardin, buscando identificar categorias conforme os temas que emergirem nas conversas. Assim será realizada uma pré - análise do material, através de uma leitura flutuante, seguida de uma leitura exploratória para identificar os núcleos de sentidos e categorização das informações obtidas

Ação 3: Educação permanente em saúde do trabalhador

A ação será estruturada em encontros quinzenais, através de grupos ocorrerão de forma híbrida, ou seja, os trabalhadores poderão participar da reunião de forma presencial ou remota. O método que será utilizado nos encontros será a metodologia Ativa (MA) com uma concepção de educação crítico-reflexiva que tem como base o estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento na busca pelo conhecimento (MACEDO *et al.*,2018).

Serão discutidos e planejados, ações em saúde do trabalhador, baseado nos casos que tem acontecido no serviço relatadas pelos próprios profissionais de saúde da policlínica, que envolvam questões de saúde do trabalhador de modo a pensarmos juntos em ações que possam ser desenvolvidas para o atendimento integral ao usuário juntamente ao CEREST.

Análise: Ata da reunião, mostrando o comparecimento dos profissionais envolvidos. Identificação de casos que envolvam saúde do trabalhador dentro da policlínica, e seus possíveis encaminhamentos.

Para melhor entendimento das etapas do projeto, segue uma matriz de programação das ações, em que podemos visualizar de forma mais dinâmica, as causas críticas, as atividades os produtos esperados, e os responsáveis por cada atividade proposta no projeto de intervenção (Quadro 1).

Quadro 1- Matriz lógica do projeto de intervenção

Causa crítica	Atividades	Produto	Responsáveis
Diagnóstico situacional	Questionário aos profissionais	Identificação dos conhecimentos acerca de saúde do trabalhador dos profissionais da policlínica	Equipe CEREST2
Discussões acerca dos temas de ST com os profissionais da policlínica	Rodas de conversa	Ampliar o conhecimento e a discussão acerca de saúde do trabalhador na policlínica.	Equipe CEREST2
Desenvolvimento de ações e estratégias entre o CEREST e a policlínica	Educação permanente	Desenvolvimento de ações e estratégias de forma atender de forma integral o usuário, levando em considerações suas questões acerca da ST.	Equipe CEREST2

Fonte: Acervo do próprio autor

7. AVALIAÇÃO DO RISCO-BENEFÍCIO

Todo projeto de intervenção possui riscos potenciais. Para garantir o sigilo e confidencialidade dos dados, a equipe excluirá informações que possam identificar o participante, como nome; os participantes serão identificados por códigos numéricos (01, 02, 03...) ou alfanuméricos (A, B, C...); as gravações e os dados serão armazenados nos computadores pessoais da equipe do projeto, protegidos por senha e serão consultados e analisados somente pela equipe do projeto. Os resultados serão divulgados de forma agregada e códigos serão utilizados nos relatos essenciais para as análises. Para os profissionais da Policlínica existe o risco de identificação indireta pelo número reduzido de trabalhadores, que será mitigado com a codificação do participante e a divulgação consolidada dos resultados. Devido à aplicação presencial dos questionários e realização dos grupos e o risco de contaminação por Covid-19, medidas de proteção sanitária serão adotadas, como uso de máscara por ambos, equipe e entrevistados; sala ventilada para a realização dos grupos; distanciamento; espaço higienizado com uso de álcool 70%; uso de álcool 70%, em gel, para higienização das mãos; verificação da temperatura. A aplicação dos questionários com os participantes do projeto e a realização das rodas de conversa poderão suscitar alguma sensibilidade ou desconforto em relação ao tema, especialmente por se tratar de um assunto que envolve o modo de vida das pessoas, suas dificuldades, e seus ambientes de trabalho. Desta forma, a equipe do projeto estará atenta para interromper ou alterar o curso dos grupos, respeitando a singularidade de cada participante e de cada situação.

O benefício da intervenção será o desenvolvimento de um cuidado integral ao paciente que chegar à Policlínica, enxergando-o como trabalhador e encaminhando-o para o CEREST para que este receba o atendimento adequado e tenha seus direitos reconhecidos, oferecendo um cuidado em saúde mais resolutivo. A aplicação dos questionários com os pacientes poderá promover que os usuários conheçam as ações e serviços ofertados pelo CEREST e reconheçam a possibilidade da relação do seu adoecimento com o trabalho.

8. VIABILIDADE DO PROJETO

Para implementação do projeto foi realizada uma reunião da equipe do CEREST 1 E 2 com a gestão da Policlínica de forma a apresentar o projeto e criar uma parceria junto a eles. A reunião aconteceu no dia 22/07/2021 , com a diretora da unidade, a secretária da diretora, e 2 profissionais de saúde (assistentes sociais). Na reunião todo o projeto foi apresentado através de um *powerpoint*, e após apresentação foi aberto para dúvidas e sugestões. A equipe da policlínica gostou da ideia, e reafirmou a importância dessa aproximação visto que eles reconhecem que a equipe tem pouco conhecimento em relação a ST e se deparam com muitos casos onde o trabalho tem influência central no processo saúde-doença dos pacientes. Essa informação corrobora com o que é encontrado na literatura que segundo Alves (2020) em um estudo realizado em uma unidade básica de saúde, os usuários utilizavam a unidade como porta de entrada no sistema de saúde, e em 80% dos caso as queixas eram relativas as atividades laborais. Baseado nisso, o projeto foi autorizado pela diretora da unidade, porém com necessidade de passar por apreciação ética junto ao centro de estudos vinculado a prefeitura, que por conta da área programática da unidade é o 2.2.

De acordo com as operações apresentadas o projeto, é viável, sendo o custo não oneroso, sendo suprido dentro da verba já disponível para o CEREST, e contando com o apoio de toda equipe. Além disso, as gestões da policlínica também estão dispostas a contribuir para sua execução. Em relação ao espaço físico e recurso tecnológico, teremos apoio da policlínica que irá fornecer ambos recursos. O desenvolvimento e impressão de todos os materiais necessários serão custeados pelo próprio CEREST.

9. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Ação 1: Aplicação de Questionário para avaliação preliminar dos conhecimentos prévio dos profissionais acerca da saúde do trabalhador.

Monitoramento: Será realizado através dos dados tabulados a partir dos questionários aplicados. Relatório com análise dos dados.

Ação 2: Rodas de conversa que serão realizadas, reuniões periódicas com o grupo de trabalho da unidade para monitorar a implementação das ações pactuadas.

Monitoramento: Ata da reunião, mostrando o comparecimento e envolvimento dos profissionais envolvidos. Avaliar a forma que estão ocorrendo as rodas, através de uma conversa com os próprios trabalhadores, para verificar se está sendo satisfatória, com linguagem adequada, em tempo suficiente, se existe algum empecilho de horário para participação das rodas, se os materiais utilizados tem sido aproveitados, se os conteúdos apresentados respondem às demandas. Essa avaliação ocorrerá periodicamente de forma mensal, de forma analisar os avanços, desafios, e sugestões para que possamos alinhar as rodas de forma assertiva e resolutiva.

Ação 3: Reunião com representantes da gestão da policlínica municípios para definir as estratégias no desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador. A proposta serão alinhamento e discussões com a equipe para ações, a serem desenvolvidas pelo CEREST que possa estar alinhado com a unidade, através de uma educação permanente.

Monitoramento: Ata da reunião, mostrando o comparecimento dos profissionais envolvidos. Construção de ações em saúde do trabalhador aplicáveis para os usuários da unidade.

O monitoramento será feito de forma mensal e pode ser resumido, no quadro abaixo:

Quadro 2: Planilha de monitoramento mensal

ATIVIDADES	SITUAÇÃO DA ATIVIDADE		
	CONCLUÍDA	EM ANDAMENTO	ATRASADA
Aplicação dos questionários			
Rodas de conversa			
Educação permanente			

10. RESULTADOS ESPERADOS / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da construção desse projeto de intervenção, foi possível observar que a Saúde do Trabalhador está inserida em um cenário de luta e resistência, e ela continua em construção. E também a ligação e importância dela estar ligada com os outros níveis de atenção em saúde, devido a vantagem de estar situada no território de moradia e trabalho da população.

Apesar de não ser um campo recente, apresenta muitas dificuldades, dúvidas, invisibilidade e desafios, entre outros motivos, podemos destacar a formação dos profissionais de saúde, que tem um conhecimento limitado em relação a esta área de atuação, com muitas dúvidas e desinformação, apesar de lidarem diretamente com o usuário e se depararem frequentemente com adoecimentos relacionados ao trabalho. E apesar das diversas leis que regem a ST, não é difícil encontrar dificuldade entre os profissionais em como encaminhar, para onde encaminhar, esse usuário-trabalhador afim de se estabelecer um nexos causal entre a patologia e a ocupação.

Ao realizar a aproximação com os profissionais de saúde, espera-se aumentar a articulação entre os serviços, aumentar as notificações de doenças/agravos relacionados ao trabalho e aprimorar a relação de referência e contrarreferência entre a unidade e o CEREST. Ao realizar as rodas de conversa, espera-se que possa ocorrer uma articulação entre os técnicos de saúde do trabalhador e profissionais de saúde da policlínica para que estabeleçam ações conjuntas e concernentes à saúde do trabalhador destinadas a população atendida no local. Espera-se que as ações de educação permanente dos técnicos em saúde do trabalhador, possam fomentar ações em saúde do trabalhador, que possam ser desenvolvidas na policlínica, de forma a oferecer retaguarda técnica a unidade.

11. ORÇAMENTO

Identificação do Orçamento	Descrição	Valor em Reais (R\$)
Equipamentos	Notebook;	2.200,00
	Impressora;	1079,10
Material de consumo	Tinta para impressora;	89,00
	Caneta;	5,00
	Prancheta;	9,00
	Resma de papel;	15,00
Infraestrutura	Pacote de internet;	130,00
Total em Reais (R\$)		3.527,10

O orçamento aqui apresentado será financiado com recursos próprios do CEREST.

12. CRONOGRAMA

2022/2023						
Atividades/Meses	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
Levantamento Bibliográfico	X					
Construção do questionário		X				
Aplicação do questionário			X			
Análise dos resultados				X	X	
Apresentação dos resultados e roda de conversa com os profissionais						X

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. de S., Bizerril, D. O., Saldanha, K. G. de H., & Almeida, M. E. L. de. (2016). Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista Da ABENO*, 16(2), 7–15. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v16i2.248>

ALVES, Alany Bezerra da Rocha; ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de; CAVALCANTI, Cesar Cartaxo; SILVA, Daiana Beatriz de Lira e; SANTOS, Betânia Maria Pereira dos; LIMA, Dereck Sena de et al. **Enferm. foco (Brasília)** ; 11(5): 166-171, dez. 2020.

BARDIN L. Análise de conteúdo. [Rego L, Pinheiro A. trad.] Lisboa: Edições 70; 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et.al. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: . Acesso em: 10 de abr. 2012.

CAMPOS KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2017 ago; 2(4):1-10.

CHAER, Galdino; DINIZ, Rafael Rosa Pereira; RIBEIRO, Elisa Antônia. A técnica do questionário na pesquisa educacional. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, 2012.

Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes; 1985.

DE FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira; DE QUEIROZ, Tacinara Nogueira. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. 2012.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, p. 131-139, 2013.

- FERREIRA, Lorena et al. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.
- GOMEZ CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1963-70.
- LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.
- LEMOS CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 10]; 21(3):913-922. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&tlng=pt
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.
- Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia do trabalho científico*. 8a ed. São Paulo: Atlas; 2017.
- MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1411-1416, 2004.
- MEDINA, Flávia Santos, and Maria Zoreide Britto Maia. "A subnotificação de LER/DORT sob a ótica de profissionais de saúde de Palmas, Tocantins." *Revista Brasileira de Saúde ocupacional* 41 (2016).
- MELO, Bruna Ferreira et al. Atuação do fisioterapeuta nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: indicadores das notificações dos Dort. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 24, n. 2, p. 136-142, 2017.
- MELO, Cynthia de Freitas; CAVALCANTE, Ana Karine Sousa; FAÇANHA, Klediane Queiroz. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, 2019.
- Mendes V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5): 2297-305.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1419-1440, 2010.
- MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Glória. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. **Universidade Federal da Paraíba. Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p. 95, 2014.

Oliveira JA, Teixeira SM. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes; 1985.

Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. (OPS. Serie NAVEGADORSUS, 2).

Paulus Jr A, Cordoni Jr L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Rev Espac Saude. 2006;8(1):13-9.

PINHEIRO, M. R.; MATTOS, R. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010

Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

SAMPAIO, Juliana et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1299-1311, 2014.

SANCHEZ, M. O. et al. Atuação do CEREST nas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador no setor canavieiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 37-43, jan./mar. 2009.

SANTOS, A. K. **Comunicação e Saúde do Trabalhador**. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

SANTOS, A. P. M. B. dos *et al.* Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito: uma comunidade ampliada de pares para caminhar na saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S. l.], v. 44, p. e30, 2019.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.

VASCONCELLOS, L. C. F. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, L. C. F. et al (Org.). *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011.

VEIGA, N. H. et al. Educação permanente em saúde do trabalhador: realidade em uma unidade de atenção secundária. *Advances in Nursing and Health*, v. 2, p. 48-58, Londrina, 2020.



APÊNDICES



APÊNDICE I

Questionário para profissionais da saúde.

Questionário do projeto	
Profissão:	
Cargo/Função:	
Local de trabalho:	Policlínica <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/>
Tempo de trabalho no atual serviço:	
Tempo de trabalho na área da saúde:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Não quero informar
Idade:	
PERGUNTAS REFERENTES À SAÚDE DO TRABALHADOR	
1) Durante a sua atividade profissional você já identificou queixas/sintomas/agravos relacionados com o trabalho do usuário?	
Outras	<input type="checkbox"/> Com muita frequência
	<input type="checkbox"/> Algumas vezes
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Nunca
2) Quais ações em saúde do trabalhador relacionadas a seguir são realizadas no serviço de saúde em que você trabalha?	
<input type="checkbox"/>	Assistência ao trabalhador em agravos relacionados ao trabalho (a)
<input type="checkbox"/>	Educação e promoção a saúde do trabalhador (b)
<input type="checkbox"/>	Prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho (c)
<input type="checkbox"/>	Notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho (d)
<input type="checkbox"/>	Outras
<input type="checkbox"/>	Nenhuma

3) Você participa de alguma dessas ações?

SIM NÃO

QUAIS? (a) (b) (c) (d)

4) Você conhece algum fluxo de assistência em Saúde do trabalhador na rede municipal?

SIM NÃO

5) Você conhece um fluxo de informações em Saúde do trabalhador na rede municipal?

SIM NÃO

6) Quando você atende um usuário procura saber sobre o trabalho dele?

SIM NÃO

7) Você participou de alguma capacitação em saúde do trabalhador nos últimos 2 anos?

SIM NÃO

8) Você considera ter condições técnicas para atender as demandas em saúde do trabalhador que aparecem na unidade?

SIM NÃO

9) No município em que você trabalha existe um serviço destinado à referência em saúde do trabalhador no SUS?

SIM NÃO