

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Jamilly Gusmão Coelho

**Elaboração de um Projeto Pedagógico para qualificação dos Agentes Comunitários de  
Saúde em Vigilância à Saúde do Trabalhador:**  
a construção compartilhada com os próprios sujeitos

Vitória da Conquista – BA.

2016

Jamilly Gusmão Coelho

**Elaboração de um Projeto Pedagógico para qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde em Vigilância à Saúde do Trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Primeiro orientador Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Segunda orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Costa Dias

Vitória da Conquista – BA

2016

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

C672e Coelho, Jamilly Gusmão  
Elaboração de um projeto pedagógico para qualificação dos agentes comunitários de saúde em vigilância à saúde do trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos. / Jamilly Gusmão Coelho. -- 2016.  
161 f. : tab. ; graf.

Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos  
Elizabeth Costa Dias  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista – BA, 2016.

1. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Continuada. 4. Agentes Comunitários de Saúde - educação. 5. Educação em Saúde - recursos humanos. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11

Jamilly Gusmão Coelho

**Elaboração de um Projeto Pedagógico para qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde em Vigilância à Saúde do Trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 11 de abril de 2016.

Banca Examinadora

---

Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, ENSP/FIOCRUZ

---

Dr.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Lima, Faculdade Independente do Nordeste

---

Dr.<sup>a</sup> Luciana Araújo dos Reis, Faculdade Independente do Nordeste

Vitória da Conquista – BA

2016

*Aos Agentes Comunitários de Saúde.*

*O seu reconhecimento representa o sentido deste estudo!*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, meu melhor amigo, responsável pelo que sou e pelas minhas conquistas e vitórias. A Ti, Senhor, minha eterna gratidão. Toda honra e glória sejam dadas somente a Ti.

À Hudson, meu esposo, e Maria Luísa, minha filha, pelo apoio incondicional e compreensão nos momentos de ausência, loucura e desespero. Vocês representam o meu lugar seguro, a minha vontade de caminhar e de vencer a cada dia.

Às minhas queridas Sônia e Michele, mãe e irmã, companheiras, amigas, verdadeiros presentes de Deus em minha vida. O que seria de mim sem o apoio e o amor de vocês? Essa vitória também é de vocês.

Ao meu querido e lindo Fadel, ORIENTADOR é pouco para descrever tudo o que você representou nesta caminhada. Uma honra ter sido “escolhida” por você para ser sua orientanda. Obrigada pelas palavras tão doces de carinho e incentivo e pela sensibilidade com que conduziu esta jornada. Nossos caminhos já haviam se cruzado antes do início do mestrado e, ainda que à distância, compartilhar os momentos de orientação com você me transformou numa pessoa melhor, uma pessoa capaz de enxergar a vida de forma mais pura e poética. A minha eterna gratidão a você e incomensurável admiração.

À querida Beth Dias. Compartilho do mesmo pensamento descrito sobre Fadel. ORIENTADORA não define o que você fez por mim e comigo. Você me acolheu sem saber quem eu era. A minha gratidão pela confiança, pelo carinho, cuidado e tempo dedicado a mim durante todos estes dias. Uma das maiores alegrias neste mestrado foi ter conhecido você. Sem você este estudo não seria possível.

À Maria Helena, uma mulher forte e decidida, mas, ao mesmo tempo dona de uma alma tão sensível que cativa a todos. Minha querida, quando eu “crescer” quero ser igual a você. Obrigada pela confiança, pelo aprendizado e por fazer parte dessa vitória. Minha eterna admiração por tudo que você é e representa.

À Letícia Nobre pelo aprendizado no campo da Saúde do Trabalhador. Obrigada pela confiança e pelos ensinamentos enquanto estive no Cerest. Acredito que a Saúde do Trabalhador precisa de pessoas como você para que se torne prioridade enquanto política pública.

À Mônica Achy, amiga querida que me abriu as portas deste município e me apresentou o mundo da Saúde do Trabalhador. Você também faz parte desta vitória.

À Alberto Lima, um exemplo de médico, de ser humano, de pai e marido. Ética, responsabilidade e zelo com o outro são características marcantes em sua personalidade. Você é a pessoa mais sensível que conheci em toda a minha vida. Minha gratidão pelo aprendizado na área da Saúde do Trabalhador e pelo privilégio de ter convivido com você. Se todos fossem iguais a você o mundo seria bem diferente. Obrigada pelo material cedido, sem ele este trabalho não seria possível.

À minha amiga Carla Eloá, por me incentivar e acreditar em mim. Conhecer você foi um divisor de águas em minha vida. Obrigada pelo companheirismo e amizade verdadeira.

À Luiz Rogério, amigo querido. Tenho uma admiração imensa por você. A nossa amizade foi construída sobre as bases da Saúde do Trabalhador, portanto, representa um laço que não pode ser desfeito. A minha gratidão pelo companheirismo em toda a minha caminhada no Cerest, pelo apoio e orientação neste estudo.

À Talita Correia, enfermeira que me auxiliou de forma brilhante na coleta dos dados. Muito obrigada pela imensa contribuição.

Aos enfermeiros do município que participaram e contribuíram para este estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, por acreditarem nesta proposta. Jamais esquecerei o brilho nos olhos de vocês e o sentimento de valorização que demonstraram. O meu muito obrigada!!!!

Ao Cerest, por ter sido a minha primeira “casa” e a minha escola em Saúde do Trabalhador.

À Diretoria de Atenção Básica, pelo apoio e compreensão.

À Prefeitura de Vitória da Conquista, pela oportunidade de realizar um mestrado em uma das melhores instituições do País.

Aos colegas de mestrado, pela cumplicidade e amizade de cada um.

*Aqui a gente viu alguém que quer nos escutar. Que infelizmente desde quantos anos fundou a categoria de ACS que ninguém nunca tinha parado pra escutar, principalmente em relação à saúde, tanto do trabalhador como nossa também. Foi bom esse bate papo que vocês escutaram tanto as necessidades da comunidade como também a nossa. Nós também somos trabalhadores. E também fazemos parte da comunidade (ACS RAR)*

## RESUMO

COELHO, Jamilly Gusmão.

**Título:** Elaboração de um Projeto Pedagógico para qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde em Vigilância à Saúde do Trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos.

O presente estudo busca a elaboração de um projeto pedagógico de capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) a partir da percepção dos próprios sujeitos. Desenvolvida no município de Vitória da Conquista-BA, a pesquisa é de natureza qualitativa ancorada no referencial teórico da pesquisa-ação. A primeira etapa dos resultados descreve a participação dos enfermeiros na pesquisa apresentando sua percepção a respeito da capacitação dos ACS em Visat e, a segunda etapa descreve a participação dos ACS, expondo sua percepção quanto às diversas ações de Saúde do Trabalhador e quanto à elaboração da proposta pedagógica. Os resultados da primeira etapa demonstraram que, embora os enfermeiros reconheçam que as ações de Saúde do Trabalhador fazem parte do rol de atribuições da Atenção Básica, eles não desenvolvem essas ações em sua rotina de trabalho na mesma proporção. Os enfermeiros concordaram que as ações de Saúde do Trabalhador devem ser desenvolvidas pelos ACS e evidenciaram interesse em apoiar os agentes desde que se construa uma capacitação fundamentada sobre os moldes da educação permanente e que, além de envolver os ACS, inclua-os no processo educativo. Constatou-se, também, que os ACS desenvolvem algumas ações de cuidado à saúde dos trabalhadores, entretanto, não possuem preparação prévia para lidar com as questões relacionadas à Visat, sendo referido por eles, unanimemente, a necessidade de capacitação nesta área. Os ACS elencaram conteúdos, metodologia e material didático para a construção da proposta pedagógica, expressando o desejo de participar de um processo educativo que ultrapasse as barreiras da capacitação e se constitua num legítimo processo de educação permanente. Portanto, a proposta pedagógica de qualificação dos ACS em Visat foi construída a partir da percepção dos próprios sujeitos, resultando num processo de valorização destes profissionais.

**Palavras-Chave:** Vigilância em Saúde do Trabalhador; Atenção Básica; Educação Permanente em Saúde.

## ABSTRACT

COELHO, Jamilly Gusmão.

**Title:** Elaboration of a pedagogical project for Community Health Agents qualification on Worker's Health Surveillance: the shared construction with its own co-workers.

The present study aims to elaborate a pedagogical project of Community Agents of Health qualification on Worker's Health Surveillance co-workers own perceptions. Developed in the city of Vitória da Conquista – BA, the research has a qualitative nature anchored on theoretical references from action-research. The first step of the results describes the participation of nurses in the research presenting their perception regarding the training of ACS in Visat and the second step describes the participation of ACS, exposing their perception of the various Worker's Health actions and on the development of pedagogical proposal. The results of the first stage showed that although nurses recognize the Worker's Health actions are on the list of duties of Primary Health Care, they do not develop these actions in their routine work in the same proportion. The nurses agree that workers' health actions should be developed by ACS and showed interest in supporting the agents provided they build a training based on the patterns of permanent education and, in addition to involving the ACS, include them in the educational process. It is found also the ACS develop some care actions to the health of workers, however doesn't have a previous preparation to deal with issues related to Visat, been referred by them, unanimously, the need of training in the area. The ACS listed contents, methodology and didactic materials for the pedagogical proposal construction, expressing the desire of participate of a educative process which transcends the trainings boundaries and in constitutes a legitimate process on permanent education. Therefore, the pedagogic proposal of qualification of the ACS in Visat was constructed essentially by the perception of themselves, resulting in a valorization process for these professionals.

**Keywords:** Workers Health Vigilance, Basic Attention, Permanent Health Education.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo geral.....	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4 MARCO TEÓRICO.....	27
4.1 Atenção Básica.....	27
4.2 O papel e a formação do Agente Comunitário de Saúde.....	36
4.3 Saúde do Trabalhador.....	40
4.4 Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.....	47
4.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	49
4.6 Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.....	54
4.7 Educação Permanente no SUS: uma prática para a liberdade, autonomia e cidadania dos sujeitos.....	62
5 DESCREVENDO O CAMINHO.....	72
5.1 Revisão Bibliográfica.....	73
5.2 Caracterização do Campo.....	73
5.2.3 Perfil Epidemiológico.....	80
5.3 Técnica de pesquisa.....	83
5.4 Aspectos éticos.....	85
5.5 Análise dos dados.....	86
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87
6.1 Resultados da Etapa 1 – A percepção dos enfermeiros.....	87
6.2 Resultados da Etapa 2 – Os Agentes Comunitários de Saúde.....	105
7 PROPOSTA PEDAGÓGICA DE QUALIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	131
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS.....	138
ANEXOS.....	

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Distribuição de acidentes de trabalho registrados entre trabalhadores segurados em Vitória da Conquista-BA, no período de 2003 a 2012..... ..	82
Gráfico 2 – Agravos relacionados ao trabalho notificados no Sinan. Vitória da Conquista, no período de 2007 a 2013 .....	82

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População ocupada (10 ou mais anos de idade) segundo ramo de atividade no trabalho principal, 2010 .....	79
Tabela 2 - Distribuição das Doenças do Trabalho registradas no Sinan, em Vitória da Conquista, 2007 a 2013 .....	83
Tabela 3 - Perfil dos enfermeiros .....	88
Tabela 4 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde .....	109

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica .....	89
Quadro 2 – Ações de Saúde do Trabalhador que podem ser desenvolvida pelo ACS .....	94

## **LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

APS – Atenção Primária à Saúde

CAB - Caderno de Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial em Saúde

CEREST – Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

CESAT – Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador

CF – Constituição Federal

CIP – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNST – Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores

DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

eAB – Equipes de Atenção Básica

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

FIEB – Federação das Indústrias do Estado da Bahia

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MPS – Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PEA – População Economicamente Ativa  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNEP – Política Nacional de Educação Permanente  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PNSST – Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho  
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIH – Sistema de Informações Hospitalares  
SILOS – Sistemas Locais de Saúde  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SRT – Superintendências Regionais do Trabalho  
ST – Saúde do Trabalhador  
ST – Saúde do Trabalhador  
SUDIC – Superintendência de Desenvolvimento Social e Industrial  
SUS – Sistema Único de Saúde  
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador  
VS – Vigilância em Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador é um campo da Saúde Pública referenciado na determinação social do processo saúde-doença e em construção na rede pública de serviços de saúde. No Brasil, a Saúde do Trabalhador tem uma conotação própria, reflexo da trajetória que lhe deu origem e vem constituindo seu marco referencial, seu corpo conceitual e metodológico. Seu pilar fundamental é o compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora, o que supõe desde o agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético, obrigando a definições claras diante de um longo e, presumidamente, conturbado percurso a seguir. Um percurso próprio dos movimentos sociais, marcado por resistência, conquistas e limitações nas lutas coletivas por melhores condições de vida e de trabalho; pelo respeito/desrespeito das empresas à questionável legislação existente e pela omissão do Estado na definição e implementação de políticas nesse campo, bem como sua precária intervenção no espaço laboral (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; TAMBELLINI, 1998; RIGOTTO, 2003).

Para Lacaz (2007), a Saúde do Trabalhador (ST) é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos.

Mendes e Dias (1991) afirmam que a ST rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo desconsiderando a subjetividade. Assim, a ST considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico.

Nessa história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

A Constituição Federal de 1988 incorporou as questões de Saúde do Trabalhador ao enunciar o conceito ampliado de Saúde, incluindo entre seus determinantes as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego e ao atribuir ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações no país. Essa atribuição foi regulamentada em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080, de 19 de setembro de 1990) que definiu os princípios e a organização do SUS. Concretizava-se assim, nos planos legal e institucional, o campo da Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em ST que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2010).

Sabe-se que as ações de prevenção se valem de abordagens distintas do ponto de vista teórico e metodológico, com maior ou menor impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Nesse sentido, o campo da ST constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Considerando a complexidade de seu objeto, o campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 1996).

Dessa forma, os atores do campo da ST agem coletivamente na busca de mudanças nos processos de trabalho a fim de melhorar as condições e os ambientes de trabalho. Para isso, defendem uma abordagem inter(trans)disciplinar e intersetorial na perspectiva da totalidade, com a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos e parceiros capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde--doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade (DIAS, 1994; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, 2003).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) deve ocupar papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores sob a égide do campo da ST.

Configura-se como uma estratégica no interior do SUS para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa (MENDES, 1996; PINHEIRO, 1996).

Compreende-se a Visat como um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, o que afirma a existência de interfaces com os demais componentes da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2012).

Entretanto, historicamente, na cultura institucional da saúde pública, foi criada uma dicotomia que restringiu a vigilância epidemiológica ao limite técnico do monitoramento das informações sobre a ocorrência das doenças. A par disso cristalizou-se uma vigilância sanitária cujo papel central é intervir nos fatores que contribuem para a ocorrência das doenças e pondo em risco a saúde das populações. É justamente tal dicotomia que a Visat busca e deve superar, a partir da integração das diferentes atividades, desde a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança dos processos e condições/organização do trabalho (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 1997; MACHADO, 1997).

Neste sentido, idealmente a Visat procura conhecer a realidade da população trabalhadora, intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população, avaliar o impacto das medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes do governo e, ainda, estabelecer sistemas de informação em ST que incorporem, além das informações tradicionalmente existentes, a criação de bases de dados provindas do processo de vigilância e a divulgação sistemática das informações consolidadas (LACAZ, 2013).

Assim, ainda que a vigilância epidemiológica em ST e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho utilizem enfoques e métodos distintos em seu agir, ambas conformam um todo indissociável e interdependente. Embora em alguns momentos seja abordada a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho, o foco deste estudo é a vigilância dos ambientes e processos de trabalho.

Pinheiro (1996) relata que, desde o início da ST, novas formas de intervenção nos ambientes de trabalho têm buscado superar tanto o enfoque reducionista de causa-efeito, como o conceito de determinação social do processo saúde-doença. A Visat deve abarcar não apenas os riscos e os agravos/efeitos à saúde, mas também o processo de trabalho e os determinantes de tais condições com vistas à promoção da saúde. Essa forma de vigilância valoriza a subjetividade e o saber dos trabalhadores e busca ser um instrumento de transformação social articulado ao contexto social.

Nessa perspectiva de compreensão do processo trabalho-saúde-doença, a Visat segue apropriando-se de diferentes abordagens que estudam os processos de trabalho e as relações sociais que deles decorrem, articulando a epidemiologia, a saúde coletiva, a psicologia social, a psicodinâmica do trabalho e as concepções da ergonomia franco-belga, entre outras. Apesar dos avanços e retrocessos, a Visat caminha transformando-se influenciada pela conjuntura socioeconômica e pelas políticas de saúde vigentes (DALDON; LANCMAN, 2013).

A atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), publicada em 2012, compreende a Visat como uma das principais estratégias para sua efetivação. A PNST define como primeiro objetivo fortalecer a Visat e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, como primeira estratégia, a articulação da Visat com a Atenção Básica. No modelo de atenção à saúde vigente no SUS, organizado a partir das Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica (AB) é considerada ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado integral. Este contexto pode ser interpretado como oportunidade para desenvolver o cuidado diferenciado aos trabalhadores, incorporando a contribuição do trabalho na determinação dos processos saúde-doença pelo SUS, atribuição constitucional regulamentada pela LOS e prescrita na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (BRASIL, 2010a).

A produção do cuidado aos trabalhadores pelas equipes da AB, nas suas distintas formas de organização, com hegemonia da Estratégia da Saúde da Família (ESF) ganha relevância no contexto das transformações econômicas em curso no país. O aumento e diversidade de formas assumidas pelo trabalho informal e precarizado, o desemprego, as más condições de trabalho, com exposição a cargas físicas e psicossociais elevadas, além de frágil proteção social, reforçam a vulnerabilidade física e social dos trabalhadores (VIEIRA *et al.*, 2013).

Na situação do trabalho formal e informal desenvolvido no domicílio e peridomicílio do trabalhador, muitas vezes com o suporte da família, a AB tem a possibilidade de romper com a

invisibilidade das condições de saúde e trabalho desses trabalhadores, abrindo perspectivas inovadoras de intervenção e proteção em saúde (DIAS *et al.*, 2012).

Com frequência, os fatores de risco e perigos gerados pelos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem os moradores do entorno das unidades de produção e mesmo locais e comunidades mais distantes.

Neste contexto, as ações de Visat devem ser inseridas no planejamento da atuação das equipes da Atenção Básica (eAB) com base no conhecimento do perfil produtivo e dos fatores de risco para a saúde da população, o perfil dos trabalhadores e da situação de saúde da comunidade sob a responsabilidade sanitária da equipe.

O decreto federal nº 7.508/2011, que regulamenta a LOS nº 8.080/90, define a AB como sendo o primeiro nível de atenção à saúde e valoriza a Vigilância em Saúde, até então colocada em segundo plano no SUS. Esta conquista pode ser interpretada como uma oportunidade para efetivar as ações de Visat no SUS e na AB.

Compreende-se que a AB tem potencialidade de organizar ações e serviços de saúde com base nas necessidades e nos problemas de saúde da população; oferecer atenção contínua e integral por equipe multidisciplinar e por considerar o usuário-sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. Neste sentido, a AB deve cumprir as funções de ser o serviço de saúde mais descentralizado; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos; e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011b).

Entre as características da AB que favorecem a inserção de ações de ST destacam-se o enfoque da territorialização e a proposta das redes de atenção à saúde. O enfoque do território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adscrita, bem como a avaliação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, conferindo concretude às relações produção/trabalho-ambiente e saúde e possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população (DIAS *et al.*, 2009).

Para as autoras o conceito de território transcende a dimensão de espaço geográfico fixo. Ele está em permanente construção, apresentando características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais dinâmicas, que se traduzem no confronto cotidiano entre as demandas de

saúde, expressas pelos atores sociais e a oferta de serviços. Porém, mesmo esse enfoque ampliado de territorialização tem sido criticado por não contemplar toda a complexidade dos fatores de risco para a saúde, decorrentes de processos produtivos, e as possibilidades de ação.

No entanto, a utilização do critério de territorialização para a organização do processo de trabalho e o planejamento das ações de saúde da AB, também enseja a operacionalização de práticas de Vigilância em Saúde no âmbito da AB, na medida em que a equipe de saúde consegue compreender o território em sua riqueza e complexidade e seus contextos de uso (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Partindo deste pressuposto, a atenção integral à saúde dos trabalhadores pode se beneficiar das características da AB, que favorecem: a oferta de serviços de saúde nos municípios, facilitando o acesso dos usuários-trabalhadores e a identificação de demandas e problemas de saúde relacionados às atividades produtivas desenvolvidas no território; o estabelecimento de vínculos e o fortalecimento de relações de confiança entre a equipe de saúde e a população, mediados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS); as ações de caráter multidisciplinar; a geração de informações de saúde mais fidedignas; e o estímulo à participação dos trabalhadores que estão organizados em formas menos tradicionais, que não os sindicatos (DIAS; SILVA, 2013).

Nesta perspectiva, é fundamental que a AB compreenda o papel que o trabalho ocupa na determinação do processo saúde-doença e reconheça os usuários enquanto trabalhadores. Para tanto, ressalta-se a importância da capacitação dos profissionais da AB, incluindo os profissionais de nível superior e médio e os ACS das ESF, em consonância com as estratégias definidas pela PNST e pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) para o SUS (BRASIL, 2012).

É importante destacar o papel atribuído aos ACS na implementação das ações de saúde do trabalhador pela eAB tanto para o desenvolvimento das ações educativas, quanto por sua atuação como mediador, tradutor e elo entre as equipes de saúde e a comunidade. Como membro da equipe e morador do território em que trabalha, possui amplo conhecimento sobre os processos produtivos instalados e a influência desses sobre a saúde das pessoas e também sobre o ambiente. O ACS conhece o perfil ocupacional das famílias e geralmente estabelece, de modo intuitivo, correlação entre as principais queixas, demandas e problemas com o trabalho que desenvolvem. Porém, para desenvolver bem seu trabalho, ele necessita ser capacitado e contar com suporte

técnico permanente (DIAS; SILVA, 2013).

O desempenho do cuidado à saúde dos trabalhadores requer dos ACS múltiplos saberes e habilidades, o que pressupõe a necessidade de formação sólida e permanente deste trabalhador, com foco na atuação em equipe. Essas exigências, quanto ao desempenho, ganham relevância no cenário das mudanças, na forma de organização do trabalho e nas relações de produção, que têm resultado no aumento do trabalho informal, familiar e em domicílio (DIAS *et al.*, 2011).

É neste contexto que se insere a necessidade e o desafio de preparar os ACS para o desenvolvimento de ações de Visat no sentido de identificar processos produtivos geradores de riscos para a saúde, identificar o perfil ocupacional, realizar orientações e ações educativas, dentre outros, utilizando essas informações para o planejamento de ações de cuidado aos trabalhadores pela equipe.

Vasconcellos (2007) afirma que desde a promulgação da Constituição Federal – CF – e a seguir da LOS, diversas iniciativas tentaram institucionalizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS.

Segundo o autor, embora a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador tenha sido um marco para a área, a forma de aplicabilidade das recomendações expostas não contempla a adoção de um eixo pedagógico que seja capaz de traduzir as suas determinações na prática concreta das ações.

Assim, este trabalho parte da hipótese de que não existe uma metodologia consolidada de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador e, quem dirá uma metodologia que considere a participação dos próprios sujeitos no processo de construção de sua formação.

Para Vasconcellos *et al.* (2013) os processos de Visat são cenários pedagógicos adequados para as iniciativas de mudança das relações saúde-trabalho ampliadas, especialmente, porque se permite abordar, simultaneamente, os dois eixos de educação do SUS – o da educação popular e o da educação permanente.

Deste modo, em decorrência de se estar buscando um caminho pedagógico para os ACS, sua construção deverá estar em consonância com a Política de Educação Permanente do SUS e com a educação problematizadora, dita libertadora por Paulo Freire.

Para Souza e Falleiros (2011), os processos educativos em ST são atos de produção de conhecimento sobre o próprio trabalho e se realizam por meio de processos coletivos e

coparticipativos, possibilitando a emancipação e a autonomia do saber sobre a relação saúde-trabalho. Esses processos assumem a dimensão da práxis educativa, na medida em que expressam a possibilidade da ação transformadora do homem em sua relação com a natureza, com as coisas do mundo e, principalmente, com seu próprio trabalho – uma ação mediada pela reflexão.

Neste sentido, se existe uma base conceitual de ST que considera o trabalhador como sujeito central das práticas, se a legislação reforça essa compreensão no contexto da vigilância, cujo objeto é intervenção sobre os objetos e a transformação do mundo dos mesmos objetos, e se existe uma necessidade institucional pela formação dos agentes públicos nesse campo, a evidência soberana é de que é preciso construir uma base pedagógica articuladora desses elementos (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

Portanto, o presente estudo possui como objeto a elaboração de um projeto pedagógico de capacitação de Vigilância em Saúde do Trabalhador para os Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória da Conquista, visando contribuir para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica. Ele busca responder a seguinte questão norteadora: - Como preparar os Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica?

Tendo em vista a PNEP e a PNST vigentes que valorizam a qualificação dos trabalhadores da saúde a partir de sua inserção no processo de trabalho, este passa a ser um lócus de efetivação de uma educação em saúde libertadora. Dessa forma, os profissionais de saúde devem se sentir sujeitos de seu próprio processo educativo.

Para apresentar a motivação e o interesse pelo tema proposto consideramos importante descrever brevemente a nossa trajetória profissional. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia no ano de 2006, nosso primeiro emprego foi em um município de pequeno porte do interior da Bahia onde atuamos como enfermeira/supervisora do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Dentre nossas funções estavam a de prestar atendimento aos programas do Ministério da Saúde e coordenar o trabalho dos ACS.

Em 2008 participamos de um processo de capacitação realizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia com a finalidade de qualificação para realizar a formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde em parceria com a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis. Em decorrência das mudanças de governo ocorridas na época, apenas o primeiro módulo do Curso de formação foi implementado. Entretanto, neste período também participamos

de um Curso de Especialização em Saúde da Família ministrado pela Universidade Federal da Bahia. Assim, podemos dizer que desde nosso primeiro emprego percebemos a vocação para trabalhar com a Saúde Pública. Em 2009, atuamos na coordenação da Atenção Básica de município do interior da Bahia, onde realizávamos a coordenação, monitoramento e avaliação das ações das equipes de Saúde da Família e iniciamos a implantação do Programa Saúde na Escola que tratava de ações de educação em saúde para crianças, adolescentes e jovens.

Em meados de 2011 aceitamos a coordenação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – Cerest – no município de Vitória da Conquista-Ba. O desejo de aprender mais sobre essa área desconhecida e fascinante levou-nos a estudar a legislação pertinente à Saúde do Trabalhador e a “devorar” textos e artigos que abordassem essa temática e a iniciar o Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador a fim de ampliar conhecimentos para atuar na área. Também participamos de diversas capacitações oferecidas pelo Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – Diretoria de Vigilância (Cesat/Divast) – abrangendo temas como a notificação para implementação dos agravos relacionados ao trabalho, Vigilância em Saúde do trabalhador, além de participar de eventos que possibilitaram compreender as relações intersetoriais da Saúde do Trabalhador com diversas áreas.

No Cerest, além das atividades de coordenação do serviço, participamos de atividades de educação permanente em Saúde do Trabalhador destinadas a profissionais da rede SUS, como capacitação dos trabalhadores, ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, tendo implantado e coordenado a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, a I Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em parceria com a Divast, e realizado o monitoramento e avaliação dos indicadores de Saúde do Trabalhador no município de Vitória da Conquista, dentre outras atividades.

Em 2014, iniciamos o Mestrado Profissional em Direito e Saúde para o município de Vitória da Conquista, realizado em parceria da ENSP/FIOCRUZ com a Prefeitura Municipal. Nesse período ocorreu nossa aprovação no concurso público municipal e, em consequência, deixamos o Cerest e passamos a trabalhar como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família. Assim, em face do desenho profissional apresentado e da oportunidade de oferecer um estudo como produto de um Mestrado Profissional ao município, optamos por estudar as relações entre as duas grandes áreas do conhecimento – AB e ST – que fazem parte da nossa trajetória profissional.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um Projeto Pedagógico de capacitação em Vigilância em Saúde do Trabalhador para os Agentes Comunitários de Saúde a partir da percepção dos próprios sujeitos.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Aprender a percepção dos enfermeiros sobre a qualificação dos ACS em Visat;
- Aprender a percepção dos ACS sobre a relação trabalho-saúde-doença;
- Identificar ações de cuidado à saúde dos trabalhadores desenvolvidas pelos ACS em seu território de atuação, incluindo facilidades e dificuldades no desenvolvimento dessas ações;
- Identificar as necessidades, a partir da fala dos ACS, para a qualificação em Visat, possibilitando aos ACS (protagonistas da ação) o direito de construção do modelo pedagógico de sua própria capacitação.

## **4 MARCO TEÓRICO**

O referencial teórico deste trabalho é complexo, haja vista o caráter transversal das ações de Saúde do Trabalhador e as especificidades das intersecções das diversas áreas do SUS. Para tanto, serão abordados os itens Atenção Básica, com ênfase nas características que favorecem as ações de ST, a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a necessidade de capacitá-los na perspectiva da Política Nacional de Educação em Saúde, Saúde do Trabalhador, Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e Educação Permanente no SUS: uma prática para a liberdade, autonomia e cidadania dos sujeitos.

### **4.1 Atenção Básica**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960. Objetiva proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, para um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO; MATTA, 2007).

A proposta, idealizada pela Organização Mundial de Saúde, foi apresentada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no ano de 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 de atenção à saúde, resolutiva e de qualidade, o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham (DIAS, 2008).

A Conferência de Alma Ata definiu cuidados primários em saúde como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem 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 (OMS, 1978, p.1).

Em termos conceituais, foi a partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde que se buscou uma definição para APS.

Starfield (2002) afirma que os serviços de Atenção Primária devem ser centrados na família, voltados para as necessidades da comunidade. Assim, deve obrigatoriamente ter “competência cultural”, comunicar-se e reconhecer as diferentes necessidades de cada grupo populacional. Define ainda alguns atributos da APS, sendo eles: prestação de serviços de primeiro contato; responsabilidade longitudinal pelo paciente, com estabelecimento de vínculo clínico – paciente ao longo da vida; cuidado integral da saúde (físico, psíquico e social); e coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis.

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 intersetoriais, com vistas a alcançar o desenvolvimento humano, social e econômico das populações (FAUSTO; MATTA, 2007).

No Brasil, a proposta de APS norteou as primeiras experiências dos serviços municipais de saúde, os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e inspirou a organização do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), 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 nacional (FAUSTO; MATTA, 2007).

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. Apesar do caráter seletivo de suas ações, o PIASS contribuiu para a redefinição da política de saúde, propondo e investindo nas ações descentralizadoras, acumulando força e apoio dos estados e

municípios no sentido da expansão da rede pública de atenção à saúde. A partir da extensão da cobertura, lançou em pauta um modelo de organização da atenção à saúde, distinto do predominante. Propôs uma reorientação na organização da atenção, tendo a atenção primária como porta de entrada, e estimulou a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, os quais deveriam compor uma rede única (FAUSTO; MATTA, 2007).

Posteriormente, com o objetivo de superar o modelo seletivo do PIASS, este foi reeditado em 1981, pela formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Contudo, 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 saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde são termos equivalentes aos quais são associadas as noções de vinculação e responsabilização das equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seu território de vida (SOUZA *et al.*, 2013). Neste estudo optou-se por utilizar o termo Atenção Básica em consonância com o termo adotado pelo Ministério da Saúde.

Castro e Machado indicam autores que justificam a adoção pelo Ministério da Saúde do termo AB em referência ao conjunto de ações desse primeiro nível de atenção, devido ao enfoque restrito do termo atenção primária adotado nas reformas latino-americanas e ainda para defender um modelo que se diferenciasse da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença.

Conceitualmente, a Atenção Básica caracteriza-se por:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e

o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011b).

A proposta da AB é reorganizar e adequar as 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 Saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Neste sentido, em 1991, o governo federal criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Essa iniciativa, inspirada em experiências comunitárias vinculadas a igrejas ou a organizações não governamentais, baseava-se em equipes de ACS, compostas por pessoas das próprias comunidades onde atuavam coordenadas por um enfermeiro. O objetivo inicial do PACS era reduzir as altas taxas de mortalidade infantil no Nordeste brasileiro, obtendo resultados muito significativos em seu território (AGUIAR, 2013).

Em 1994 o governo criou o Programa de Saúde da Família - PSF, cujo objetivo era ampliar os resultados alcançados pelo PACS e propor uma alternativa ao cuidado em saúde mais condizente com os princípios do SUS. Essa iniciativa consistia na formação de equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários responsáveis por uma área limitada geograficamente, que deveria conter entre 800 e 1000 famílias. Essas equipes deveriam realizar ações de prevenção, cura, promoção e reabilitação, incluindo o diagnóstico de saúde da comunidade, visitas domiciliares, atendimento em unidades de saúde e encaminhamento de usuários a outros níveis do sistema de saúde, quando necessário (AGUIAR, 2003).

Inicialmente vinculado à Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, em 1995 o PACS e o 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 SUS (BRASIL, 2003).

No que diz respeito 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 Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos (BRASIL, 2003).

Contudo, a adesão dos municípios à saúde da família ao longo dos anos se deu de forma progressiva e constante.

A saúde da família, assim como as demais ações que compõem a Atenção Básica, é normatizada pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. A última edição deste documento, publicada em outubro de 2011, afirma que a AB “é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas, buscando produzir atenção integral” (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde – RAS – no SUS, atribui à AB a responsabilidade pela organização das RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, devendo cumprir as seguintes funções para o bom funcionamento das RAS: ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção. A AB é, portanto, responsável por coordenar o cuidado e ordenar as RAS, com o objetivo de fornecer um serviço de saúde qualificado, humano, em tempo e com acesso igualitário (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011b; SOUZA *et al.*, 2013).

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Para Mendes (2009) as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a

determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

O Brasil tem optado pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as Redes de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha, Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. De acordo com Mendes (2011), nessa concepção, todos os demais componentes das redes de atenção à saúde (a AB, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança) são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas. As redes temáticas de atenção determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, que são os únicos elementos temáticos das RAS, e se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização.

A construção das redes pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado a sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados e articulados para resolver determinado problema de saúde do usuário, assentado em um projeto terapêutico (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

Diante do que foi discutido até aqui, observa-se que a AB é um espaço privilegiado de ordenação das redes, integração de ações e coordenação do cuidado, no entanto, superar os efeitos da fragmentação entre os serviços de saúde do SUS e potencializar a AB como porta de entrada preferencial é um dos principais desafios na constituição das RAS.

Dessa forma, uma das estratégias criadas pelo Ministério da Saúde para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir da AB foi a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Nasf.

Auxiliando na articulação das linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos, a atuação do Nasf se coaduna com a proposta das RAS, visto que objetiva o trabalho compartilhado e a cogestão das ações, operando de forma cooperativa e horizontal entre os pontos de atenção (BRASIL, 2014).

Soleman (2012) entende que o objeto de trabalho dos Nasf são as ESF e a população adstrita ao território de cobertura. A finalidade do trabalho é contribuir, por intermédio do apoio, para que as equipes vinculadas realizem os objetivos da AB e atendam às necessidades de saúde da população assistida.

O autor entende que se pode considerar como meios e instrumentos utilizados no processo de trabalho dos Nasf algumas ferramentas tecnológicas preconizadas para essa organização, como a Pactuação do Apoio, a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial - AM, o Projeto Terapêutico Singular – PTS – e o Projeto de Saúde do Território – PST.

O conceito de AM surgiu como linha de pesquisa no campo da organização do trabalho em saúde, juntamente com o conceito de Equipe de Referência – ER, tendo sido elaborado por Gastão Wagner de Sousa Campos, inicialmente como proposta de reforma das organizações e do trabalho em saúde e, posteriormente como metodologia de gestão do cuidado.

Campos (2007) conceitua AM como arranjo organizacional e metodologia de trabalho, que busca assegurar retaguarda especializada e apoio técnico-pedagógico ao profissional e/ou à equipe referência para o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde de uma população.

Esses arranjos organizacionais buscam responder à necessidade de mudar as estruturas gerenciais e assistenciais dos serviços de saúde, no sentido de estimular a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliar o compromisso das equipes com a produção de saúde e melhorar a comunicação (CAMPOS, 2007).

Para Campos e Domitti (2007, p. 400), a ER tem a responsabilidade pela condução de um caso individual ou coletivo, sendo composta por um conjunto de profissionais essenciais para a condução de determinado problema de saúde. Os citados autores consideram o termo responsabilidade de condução como “tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica.” Nesse sentido, objetiva fortalecer vínculo entre profissionais e usuários.

Os tradicionais mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação são arranjos organizacionais que compõem os sistemas hierarquizados. Mendes (2011) aponta que vige no SUS a visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades crescentes”, caracterizando relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que revela a fragmentação da atenção. Esse autor entende que a adoção desse conceito de complexidade equivocado induz, na prática, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Campos e Cunha (2011) exemplificam um tipo de racionalidade burocrática, quando as centrais de regulação não valorizam o território e a corresponsabilidade dos serviços, o que pode

aumentar a fragmentação, dificultar o acesso pelas distâncias geográficas entre os usuários e os serviços e diminuir a integração dos pontos da rede de atenção.

Nesse mesmo entendimento, Hildebrand (2008) aponta que a AB é uma proposta complexa, posto que implica novos saberes, instrumentos e práticas, além de um robusto arcabouço normativo, que tem sua efetivação subordinada à correlação de forças dos atores e contextos do tecido social e político de implantação da proposta.

O AM é também um arranjo organizacional que exige a “construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial”, na perspectiva da corresponsabilidade (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.400).

Os citados autores entendem que, para concretizar a utilização dessa metodologia, há necessidade de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde.

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Procura fazer coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade de produção interdisciplinar. No caso, a menor unidade organizacional passaria a ser a equipe de referência. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Por sua vez, o apoiador matricial é um especialista distinto daqueles profissionais de referência, que agrega recursos de saber e técnicos, e contribui com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva das equipes de referência. A decisão sobre quais temas ou casos serão objetos para o AM deve ser compartilhada entre os profissionais de referência e apoiadores. Desta forma, esse arranjo pressupõe não apenas diálogo cooperativo entre os profissionais, mas também a garantia de espaços de encontro.

O Apoio Matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.[...] O funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe tomá-la como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401)

Como nas práticas da AB, a metodologia do AM depende da definição e adscrição de uma clientela, bem como do estreito conhecimento desta população: perfil sociodemográfico, epidemiológico, econômico e cultural. Ao se conhecer a população pela qual se é responsável, é

possível identificar riscos e vulnerabilidades e ofertar o melhor cuidado possível para cada caso, família ou comunidade. A ER e a equipe de apoio também são corresponsáveis pelo cuidado ao longo do tempo destes usuários. Assim, mesmo que um usuário necessite em um determinado momento buscar outro ponto na rede de atenção, deve-se garantir o vínculo e coordenação do cuidado junto à ER. “A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial para os serviços de saúde e para a rede assistencial visa enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial.” (CAMPOS; CUNHA, 2011, p.969).

A PNAB destaca a responsabilidade compartilhada entre o Nasf e as equipes vinculadas e prevê: que a prática do encaminhamento seja com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

Um importante papel destes núcleos diz respeito ao fomento da articulação intra e intersetorial. Os Nasfs devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à RAS e seus serviços (ex.: Caps, Cerest, Ambulatórios Especializados etc) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2011b, Anexo I).

Vale ressaltar que todos os espaços de encontro do Nasf com as equipes vinculadas são potencialmente lócus para a educação permanente, em que ambas equipes aprendem reciprocamente a compartilhar seu trabalho e seu saber. Essa é a dimensão técnico-pedagógica do matriciamento, que busca o aprimoramento de competências, por intermédio de “transferência tecnológica” cooperativa e horizontal, que progressivamente produz mais autonomia para os profissionais envolvidos, mediante relações de trabalho mais colaborativas (BRASIL, 2014).

Por sua vez, a dimensão assistencial do AM prestado pelo Nasf deve invocar a corresponsabilização na condução dos casos e zelar pelo objetivo de aumentar a capacidade de cuidado de cada profissional e a efetividade das respostas dadas pela AB, assim como aumentar o repertório de ações, ampliando o acesso da população e a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2014).

## 4.2 O papel e a formação do Agente Comunitário de Saúde

Na última década, o Agente Comunitário de Saúde representou um segmento efetivo do trabalho em saúde e tornou-se um novo ator político no cenário da assistência à saúde e de sua organização. O ACS tem sido considerado membro efetivo do trabalho no SUS e não apenas mero suporte para a execução de determinadas ações em saúde, representando personagem-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de assistência em saúde (SILVA; DALMASO, 2002; DAL POZ, 2002).

O sucesso alcançado pelos municípios que adotaram o PACS criou condições de possibilidade para a formulação do Programa Saúde da Família (PSF), cujas primeiras equipes começaram a ser formadas em janeiro de 1994, incorporando e ampliando a atuação dos ACS. O sucesso do PACS foi expresso na alteração de indicadores clássicos da situação de saúde da população, principalmente a mortalidade infantil. Seus efeitos fizeram-se sentir também no aumento da cobertura vacinal e da prática do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade (MOROSINI *et al.*, 2007).

Em 1997, com a publicação da Portaria Federal nº 1.886, que aprova as normas e diretrizes do PACS e PSF, foram definidas as atribuições dos ACS, de modo que sua atuação estivesse centrada na promoção e prevenção de doenças, de acordo com as prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território ao qual o ACS estava vinculado. A portaria vedava, ao ACS, o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência, no intuito de fortalecer a sua inserção nas ações educativas executadas fora da unidade ambulatorial, bem como a sua participação nas atividades comunitárias. Essas diretrizes foram atualizadas na Portaria Federal nº 648, de 2006, que preservou a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades básicas desde que vinculadas às atribuições definidas na referida Portaria (Brasil, 1997; BRASIL, 2006a).

Em outubro de 2006, a Lei Federal nº 11.350 atualizou as diretrizes do PACS, definindo em seu escopo o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde como atribuição do ACS, descrevendo as seguintes atividades em seu campo de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural 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 Federal nº 11.350/2006 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 fundamental. 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 agentes (CORBO *et al.*, 2007; BRASIL, 2006b).

O ACS é 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 atendidas.

Apesar de o agente enfrentar algumas dificuldades em sua rotina de trabalho ele se constitui em um trabalhador com características singulares, pois está em constante contato com as pessoas da comunidade e com os trabalhadores da equipe de saúde. Isso contribui para a mudança do modelo de saúde, uma vez que pode facilitar a comunicação, a troca de informações e a construção de relações de confiança entre esses dois atores. É preciso atentar para que o ACS não desempenhe ações meramente de informante, mas que seja efetivamente um agente ativo nesse processo (SILVA; DALMASO, 2002).

Ao fazerem parte da equipe de saúde, aspectos positivos e limitações surgem para o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Se por um lado, oportunidades de adquirirem novos conhecimentos, facilidades de acesso aos profissionais e aos serviços de saúde e sentimentos de valorização, pertencimento, auto-estima, prestígio e reconhecimento pelo seu trabalho são

características positivas; por outro, insatisfações com a capacitação e os treinamentos inadequados, dificuldades de interação e comunicação com os profissionais da equipe e sentimentos de insatisfação, frustração, insegurança, desamparo e desvalorização do trabalho são marcados como limitações (SILVA; DALMASO, 2002; ZANCHETTA *et al.*, 2005).

De acordo com Silva (2009), ao longo desses anos, os agentes se transformaram em uma categoria de trabalho numerosa e fundamental no contexto da realização da principal estratégia de ampliação e reformulação da atenção à saúde no Brasil.

Dessa forma, ao se considerar o processo histórico desse profissional, compreendido como 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 (SILVA, 2009).

Apesar de o 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 escrever (MOROSINI *et al.*, 2007).

A mesma Portaria N° 1.886/97 que estabeleceu as atribuições dos ACS estabeleceu também as condições para a formação desses trabalhadores, preconizada como uma capacitação em serviço, realizada de forma continuada, gradual e permanente sob a responsabilidade do enfermeiro, com a participação dos demais membros da equipe (BRASIL, 1997).

Na gestão de José Serra no Ministério da Saúde (1998-2002), ainda no governo Fernando Henrique Cardoso, foi elaborada uma primeira proposta de formação profissional para os ACS que visava prover parâmetros nacionais para a sua profissionalização, em atenção à Lei Federal n° 10.507, de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) iniciou um processo amplo de discussão de um projeto de qualificação para os ACS. A discussão ampliou-se no âmbito do Ministério da Saúde com a participação de diversos atores, inclusive representantes das Escolas Técnicas do SUS, que passaram a discutir um perfil de competências que definisse o trabalho e a formação dos ACS. Resultou desse debate a convicção de que um curso de formação inicial, mais rápido, não daria conta da complexidade do trabalho desses profissionais. Foi construído, então, um *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*, publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. A proposta

de formação técnica dos ACS foi organizada a partir do perfil de competências que, por sua vez, foi pactuado a partir de consulta pública organizada pela equipe técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no final de 2003 (MOROSINI *et al.*, 2007).

Silva (2009) ressalta que a publicação do Referencial Curricular para o Curso Técnico do ACS foi um marco na mudança dos processos de qualificação deste profissional, até então desenvolvidos em serviço e na sua maioria pelos enfermeiros supervisores.

Sob o ponto de vista da política pública, o MS cumpriu seu papel como formulador e financiador de políticas de formação, uma vez que somente com vontade política e viabilização dos recursos tornou-se possível oferecer formação a mais de 100 mil agentes comunitários em período inferior a três anos. Sabidamente, os esforços em formar e qualificar os ACS são proporcionais às expectativas de melhorias na qualidade da atenção à saúde da comunidade.

No que tange à 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.

Posteriormente, 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 dispersão (BRASIL, 2002).

Em 2011 e 2012, respectivamente, foram elaborados a Cartilha “Cuidando da Saúde dos Trabalhadores: atuação dos ACS” e o manual “O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas” e são produtos do estudo “Conceitos e instrumentos facilitadores para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde”, desenvolvido pela equipe da UFMG por demanda da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde

(CGSAT/DSAST/SVS/MS).

### **4.3 Saúde do Trabalhador**

A Saúde do Trabalhador, com a conotação de campo de conhecimentos vinculados a programas de saúde, surge no final dos anos 1970, no Brasil, especialmente após o início dos debates sobre a reforma sanitária brasileira. Tendo sofrido influência do movimento da reforma sanitária italiana, de forte inspiração operária, e moldada nos pilares da medicina social latino-americana, a expressão “Saúde do Trabalhador” se assume como campo de conhecimentos e de intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença originados nos processos produtivos e suas implicações sociais diretas e indiretas sobre os trabalhadores, suas vidas e suas famílias. Até este momento, a discussão sobre as questões da relação saúde-trabalho se davam nos campos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Além disso, as doenças e os acidentes de trabalho não eram considerados como problemas pelas políticas de saúde pública (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

O protagonismo dos trabalhadores brasileiros na luta por seus direitos ocorreu de forma gradativa, pela sua organização em sindicatos e movimentos trabalhistas, dando início a uma luta permanente pela dignidade no trabalho, que teve a contribuição incontestável do movimento operário italiano na base desse percurso. No entanto, as lutas para alcançar esse ideário passaram a situar a proteção da saúde como subjacentes às lutas por melhores salários, redução da jornada e folgas semanais, entre outros direitos trabalhistas contemporaneamente já conquistados (LACAZ, 2007; VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

Diante disso, a política sobre a saúde no trabalho consolida-se no campo trabalhista e previdenciário, tendo sua abordagem limitada ao indivíduo, à doença e à monocausalidade. Neste sentido, a Saúde do Trabalhador emerge, no campo da saúde, como uma crítica a essa abordagem, trazendo de volta o protagonismo da saúde nas reflexões sobre a construção de conhecimento sobre a relação trabalho, saúde e ambiente (VASCONCELLOS, 2007).

No contexto da ST, a discussão conceitual e política sobre a proteção da saúde buscou romper com o interesse do capital produtivo e colocar, como base, os interesses da classe trabalhadora quanto à proteção da sua saúde. Nesse sentido, a construção do conhecimento e a abordagem das relações trabalho e saúde-doença partem da produção de conhecimento e de

práticas compartilhadas com a classe trabalhadora (LACAZ, 2007; VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

A preocupação no campo da saúde pública no Brasil foi reforçada por manifestações de órgãos internacionais e, no auge do movimento da Reforma Sanitária, fortaleceu o resgate da Saúde do Trabalhador contribuindo para a sua emergência sob o ponto de vista acadêmico, político e institucional. A saúde pública ampliou seu objeto para o processo saúde-doença de grupos humanos em sua relação com o trabalho, com fins de proteger essencialmente a saúde dos trabalhadores, resgatando o lado humano do trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

O movimento pela reformulação dos sistemas de saúde, durante os anos de 1970-1980, principalmente nos países em desenvolvimento, incluía em seu rol de discussões as questões pertinentes à relação trabalho-saúde. Contudo, só em 1986, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1ª CNST), como desdobramento proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), é que a expressão “Saúde do Trabalhador” ganhou maior relevância no campo da saúde pública, na medida da sua vinculação ao modelo sanitário da própria 8ª CNS. Neste contexto, a ST ultrapassa conceitualmente a Saúde Ocupacional, ampliando seu objeto de intervenção sobre os processos de produção, agregando outras variáveis sociais, econômicas e políticas; subordina o mundo do trabalho à capacidade de intervenção da saúde pública; incorpora o trabalhador enquanto sujeito e protagonista da produção de conhecimentos e de intervenção. Assim, a ST surge num discurso reformista, como área da saúde pública, no espírito da reforma sanitária brasileira que culminou com a 8ª CNS em 1986 e com a CF de 1988, que cria o SUS (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

A CF de 1988 ampliou os direitos sociais à saúde e incorporou o direito ao trabalho como essencial. Ao criar o SUS, em seu capítulo destinado à saúde, definiu como de competência do novo sistema a execução das ações de Saúde do Trabalhador. A implementação do SUS é regulamentada pela LOS nº 8.080, de setembro de 1990, na qual é reforçada a inserção da Saúde do Trabalhador no novo sistema de saúde.

Para Dias (2000) as ações da ST definidas na LOS nº 8080/90 e suas características não são novidade para os serviços de saúde, mas se destacam pelo aspecto inovador de articulá-las com as relações trabalho-saúde-doença, integradas com as dimensões individuais, coletivas, técnicas e políticas. Segundo a autora as principais características da atenção à Saúde do Trabalhador são: a integralidade e/ou indissociabilidade das práticas de ações preventivas e

curativas; a necessidade de uma ação transdisciplinar e interinstitucional; a relação dinâmica com as mudanças nos processos produtivos; e a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde.

O desafio de consolidar a utopia sanitária e abandonar o modelo hegemônico para um modelo com foco na promoção da saúde também perpassa o campo da ST. Vasconcellos (2007) relata que a incapacidade político-gerencial de impulsionar intervenções técnicas sobre o campo das relações produção/ambiente/saúde pode estar associada à incapacidade da gestão em saúde pública lidar com o mundo da produção, historicamente vinculado aos setores estatais do trabalho, da previdência social, da indústria e comércio, da agricultura e, mais recentemente, do meio ambiente.

Apesar das inúmeras dificuldades, a ST institucionalizou-se por meio de legislações que a consolidavam no âmbito do SUS. Dois marcos importantes foram a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST/SUS.

A NOST-SUS, aprovada pela Portaria Federal nº 3.908/1998, estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS, definindo o elenco mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal, de acordo com a condição de gestão definida na Norma Operacional Básica do SUS – NOB/SUS/96 –, vigente à época. Em virtude de estar vinculada às modalidades de gestão das pactuações dos anos 1990, esta norma perdeu sua capacidade normatizadora (BRASIL, 1998a).

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, aprovada pela Portaria Federal nº 3.120/1998, é considerada de extrema importância, uma vez que conceituou Vigilância em Saúde do Trabalhador, trouxe os princípios gerais do SUS para o contexto da Visat e indicou a necessidade de mudanças do modelo assistencial em direção à efetivação de práticas transformadoras das condições de trabalho (BRASIL, 1998b).

Na medida em que o campo da ST consolidava-se, Programas de Saúde do Trabalhador vinculados aos sistemas de saúde, municipais e estaduais, existentes desde os anos 1980, mantinham-se em gradativa expansão. Esses programas, contudo, não se articulavam entre si e posicionavam-se de forma periférica à rede do SUS como um todo (CARDOSO, 2014).

Na tentativa de organizar as ações de ST desenvolvidas até então, o Ministério da Saúde cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast, por meio da Portaria

Federal nº 1.679 de 19 de setembro de 2002, cuja implementação deveria ser resultado da articulação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais.

Assim instituída, a Renast, textualmente, tinha como objetivo articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada. A rede seria desenvolvida de maneira articulada entre as esferas de governo (MS e secretarias estaduais e municipais) e a organização de ações de Saúde do Trabalhador seria articulada em três contextos: rede de atenção básica e do programa Saúde da Família; rede de centros de Saúde do Trabalhador (estaduais e regionais); e ações na rede assistencial de média e alta complexidade (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Leão e Vasconcellos (2011) discutem que a Portaria Federal nº 1.679/2002 possibilitou a habilitação de centros de referência em todo o país. Especialmente por meio de incentivos financeiros, rubricados na alta complexidade do MS, grande parte dos centros já existentes e outros tantos criados no período passaram a se habilitar na Renast, de modo a receber um aporte mensal de recursos que se propunha a financiar ações em sua área de abrangência, de acordo com critérios estabelecidos na Portaria.

Os Cerests, criados pela Portaria Federal nº 1.679/2002, devem ser compreendidos como polos irradiadores, num determinado território, da relação entre processo de trabalho e saúde, devendo assumir a função de suporte técnico e científico em Saúde do Trabalhador, ao lado de difundir informação para ações de vigilância, facilitar a educação permanente para profissionais e técnicos do SUS e controle social (DIAS; HOEFEL, 2005).

Lacaz (2013) refere que a Portaria Federal 1.679/2002 traz um problema desde a sua origem, ou seja, por ter sido formulada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dispõe somente sobre a assistência, sem tratar da vigilância nos ambientes de trabalho, pilar fundamental para a prevenção de danos relacionados ao trabalho.

Com o intuito de superar essas limitações, em 2005 foi publicada a Portaria Federal nº 2.437/2005 que dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Renast.

Segundo Dias (2008), não havia uma definição do papel a ser cumprido pelo Cerest, o que, somado ao despreparo das equipes, à falta de suporte técnico e à fragilidade das bases legais, dificultaria muito a execução das ações no cotidiano dos serviços. Para a autora, as ações de vigilância ganharam mais ênfase a partir dessa segunda Portaria.

A mesma Portaria também definiu que o controle social nos serviços que compõem a Renast se daria por intermédio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST –, com base no que está destacado nos artigos 12 e 13 da LOS quanto à criação das comissões intersoriais e com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde nas respectivas esferas de governo, respeitadas as determinações da Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2005).

Lacaz (2013) destaca outro aspecto na Portaria de 2005 no que diz respeito a recomendação de sistematização das informações de ST por meio dos instrumentos de informação já existentes, ou seja, o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, Sistema de Informações Hospitalares – SIH – e Portaria Federal nº 777/2004 de 28 de abril de 2004.

A Portaria nº 777/2004 regulamentou a notificação compulsória dos agravos à Saúde do Trabalhador, tendo sido substituída, mais tarde, pela Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que determinou à rede de atenção à Saúde do Trabalhador procedimentos administrativos para a notificação e o acompanhamento da informação nos sistemas oficiais, conformando uma base para a informação em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011c).

Para Leão e Vasconcellos (2011) a fragilidade de resultados concretos entre os anos 2006-2009, especialmente pela dificuldade de incorporação da relação saúde-trabalho nas práticas cotidianas do SUS, motivou a publicação de uma outra normativa, a Portaria Federal nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, que volta a dispor sobre a implementação da Renast. Este fato demonstra as dificuldades de implementação das ações propostas nas portarias anteriores, principalmente observando-se que a nova portaria mantém as mesmas diretrizes de inclusão, implementação e fomento da Renast (BRASIL, 2009a).

A Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST – publicada pelo Decreto Federal nº 7.602 em 7 novembro de 2011, teve como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. A nova política apontou como princípios para sua execução a universalidade, integralidade, diálogo social e primazia das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação (BRASIL, 2011a).

No ano seguinte, em 23 de agosto de 2012, foi instituída a PNST por meio da Portaria nº 1.823 do Ministério da Saúde, que se soma à anterior como política nacional, reafirma os princípios acrescentando aos anteriores a precaução e define como objetivos o fortalecimento da Visat, a promoção da saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis, a garantia da integralidade da atenção à ST, a ampliação da concepção da Saúde do Trabalhador como uma ação transversal, a incorporação da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença e assegura que as ações e serviços do SUS incorporem a identificação da situação de trabalho e seus possíveis danos à saúde, garantindo a qualidade da atenção à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012).

As estratégias definidas pela PNST como prioritárias para atingir esses objetivos foram: a integração das vigilâncias que compõem a Vigilância em Saúde, a análise do perfil produtivo, a estruturação da Renast, o fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o estímulo à participação da comunidade, o investimento no desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2012).

A normatização que trata da ST aponta, indiscutivelmente, para as ações de vigilância como estratégia prioritária de abordagem dos problemas, evidenciando a transversalidade da Visat para o agir no campo da saúde e a gradual condução para políticas e ações de articulação intra e intersetorial. As diretrizes para a implementação da Visat no SUS referem-na como estruturante e essencial ao modelo de atenção integral à saúde, tendo como especificidade a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho. Outra característica peculiar à estratégia para o desenvolvimento das ações de vigilância no campo da ST é a participação dos trabalhadores em todas as etapas: planejamento, acompanhamento e execução das ações, valorizando o saber operário fundamentado na práxis. Esse cenário evidencia a vigilância como condição imprescindível e capaz de efetivar políticas e ações voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores e avançar na qualidade da atenção (CARDOSO, 2014).

Para Minayo-Gomez (2013) é preciso reconhecer que a promulgação da PNST se constituiu num passo importante para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. No entanto, existe hoje um terreno árduo de aplicação das diretrizes e problemas de gestão para implementação de ações efetivas.

No mesmo entendimento Vasconcellos (2013) comenta que partindo da contextualização do modelo socioeconômico vigente no mundo globalizado, com todas as consequências para o

mundo do trabalho, cuja essência se contradiz com o ideário da ST, essa política tem como desafios: ombrear indicadores nacionais com os internacionais; enfrentar os dados submersos no setor informal; olhar para o novo perfil de morbidade; operar a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, incorporando trabalhadores como sujeitos de ação; situar a vigilância em ST no centro da política, inclusive nas políticas de desenvolvimento; enfrentar os problemas estruturais dos serviços de ST, seja na gestão, na instabilidade contratual dos profissionais, na sua formação ou na relação com o controle social; e, finalmente, enfrentar as dubiedades e as indefinições que colocam as ações de ST fora do eixo central das “funções essenciais do Estado provedor”.

O autor acrescenta que, no momento em que o Estado brasileiro publicou duas políticas de ST (PNSST e PNST) assumiu sua intenção de ter **NENHUMA** (grifo do autor) política de Estado para a área. Para ele, criou-se uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS, o que resultou na fragmentação da política de Estado, mostrando-o como partido e envergonhado de assumir uma direcionalidade uma de suas estruturas.

Neste sentido, Vasconcellos (2013) continua afirmando que enquanto diversas corporações e instituições não compreenderem que o SUS é o responsável pela condução das políticas de saúde pública no Brasil e que a ST, no seu todo, é uma política de saúde pública, não haverá um marco referencial legal e legítimo de política de Estado estruturante para a área. Essas corporações e instituições que se mantêm reativas não se situam só no campo da previdência e do trabalho, como pode parecer. Estão inseridas no próprio setor saúde, especialmente nas suas instâncias de gestão, em muitos dos profissionais de saúde da rede como um todo, na Anvisa, no controle social e, fora do setor saúde, nos outros ministérios, nos Poderes Legislativo, Judiciário e, claro, nos setores empresariais.

Para o citado autor o fato de o SUS ser o condutor da política não significa excluir outros setores do Estado quanto às suas responsabilidades em ST, ao contrário, significa trazer para o campo da saúde pública a junção de todas as instâncias em uma perspectiva sistêmica, como a própria ideia de Sistema Único de Saúde prevê. Prevê, mas não faz. Significa, ainda, introduzir a categoria trabalho na perspectiva sistêmica das políticas desenvolvimentistas, tendo a saúde como foco de dignificação e valorização da vida.

A despeito da importância da publicação da PNST, para Minayo-Gomez (2013) tem-se pela frente uma tarefa coletiva, que demanda empenho de todos os atores no estabelecimento de

pactos entre instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade prática uma política que foi construída por muitos atores. É um imenso desafio a ser enfrentado com realismo e dedicação por todos os que acreditam ser possível investir em uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista.

#### **4.4 Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**

No Sistema Único de Saúde a AB é compreendida como elemento capaz de reorganizar o modelo assistencial à saúde proposto pela Reforma Sanitária.

A partir da inclusão das ações de ST no SUS, previstas na CF e na LOS, em coerência com os princípios e diretrizes do SUS, as relações entre saúde e trabalho passaram a compor o quadro de atribuições da AB (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

No Brasil, para Dias e Silva (2013) a contribuição da AB na atenção à saúde dos trabalhadores adquire maior ênfase nos últimos anos, em função do papel de coordenação do cuidado que foi atribuído à Atenção Básica, no atual modelo de atenção do SUS. Essa diretriz está posta nos principais instrumentos legais que norteiam a política de saúde: Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Federal nº 8.080/1990; Portaria Federal nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS e na Portaria nº 2.488/2011 que aprova a PNAB (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011b).

A publicação da PNST em 2102 reitera a AB como ordenadora da rede de atenção no SUS, ao passo que objetiva promover a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e AB e promover mudanças substanciais nos processos de trabalho (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, no sentido de produzir atenção integral. Entre os atributos da AB que justificam sua centralidade destacam-se: a capilaridade de seus serviços, com inserção em todos os municípios brasileiros; o arranjo das ações e serviços de saúde organizados com base nas necessidades de saúde da população; atenção contínua e integral por equipe multidisciplinar, entre outras (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011b).

Dessa forma, descentralizam a oferta de serviços de saúde nos territórios, facilitando o acesso dos usuários trabalhadores, a identificação de demandas e problemas de saúde

relacionados às atividades produtivas desenvolvidas no território, o estabelecimento de vínculos e fortalecimento das relações de confiança entre a equipe de saúde e a população, mediada pelo ACS e a participação dos trabalhadores (DIAS; SILVA, 2012; SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A PNSST busca superar a fragmentação e superposição das ações desenvolvidas pelo governo, listando as ações e responsabilidades do governo para proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. A integralidade da atenção proposta pela PNST pressupõe a indissociabilidade das ações de promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, a proteção da saúde e prevenção de agravos e adoecimento, a vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho e as ações assistenciais, considerando os aspectos biológicos, sociopolíticos e culturais envolvidos (BRASIL, 2011a).

Neste sentido, o cuidado aos trabalhadores, dispensado pela AB é muito importante, em virtude das recentes transformações econômicas no país, responsáveis pela ampliação e diversidade da informalidade e da precarização do trabalho; do desemprego; de más condições de trabalho, com exposições a cargas físicas e psicossociais elevadas, além de uma proteção social extremamente frágil, condições que contribuem para reforçar a vulnerabilidade social dos trabalhadores. No caso da situação do trabalho informal em domicílio, é possível à AB quebrar a invisibilidade das condições de trabalho e saúde desses trabalhadores, inovando no sentido de intervir conferindo proteção à saúde (VIEIRA *et al.*, 2013; DIAS *et al.*, 2012).

Outra característica importante da AB diz respeito à organização das ações de saúde com base na territorialização, o que favorece a inserção das ações de ST, já que os territórios onde estão as famílias são também os mesmos de adoecimento e saúde dos trabalhadores. Os territórios são espaços geográficos, dinâmicos, estruturados a partir de dados demográficos, epidemiológicos, políticos e sociais. Para a área da ST, a territorialização possibilita o reconhecimento e/ou a identificação das diferentes situações de risco ou presença de fatores de risco para a saúde na situação de trabalho (SILVA, 2009; DIAS *et al.*, 2009).

Outra ferramenta importante de atenção à saúde são os Nasf. Esse arranjo organizacional tem com objetivo potencializar e ampliar a abrangência e a diversidade das ações da AB, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede. O Nasf possui um grupo multidisciplinar que atua em parceria com os profissionais da equipe de referência, compartilhando práticas em saúde, nos territórios de responsabilidade das unidades, sendo operacionalizado pelo AM (BRASIL, 2008).

As práticas de ST no Nasf ainda apresentam-se incipientes mediante as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, em que apenas consta a necessidade de firmar parcerias com os Cerest (BRASIL, 2010b). Mesmo diante dessa limitação, é importante destacar a diversidade de saberes profissionais que compõem os núcleos e seu grande potencial para elaborar propostas voltadas aos trabalhadores das áreas de abrangência das unidades.

Segundo Dias e Silva (2013), para que a AB contribua para uma atenção integral à saúde dos trabalhadores, no exercício da responsabilidade sanitária sobre o território, é necessário o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população e a sua incorporação no planejamento das ações.

Neste sentido, são competências da AB definidas pelo CAB nº 5: identificação, no território, da população economicamente ativa (por sexo e faixa etária), mapeamento das atividades produtivas existentes na área, identificação dos integrantes das famílias que sejam trabalhadores, observação dos vínculos empregatícios reconhecendo os desempregados e os que iniciam o trabalho precocemente. Deve ainda levantar os riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, além da ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

Por fim, embora se reconheça a centralidade da AB para uma atenção integral à saúde dos trabalhadores, é necessário superar as dificuldades próprias da AB, algumas bem conhecidas e que persistem, apesar dos grandes investimentos feitos em todos os níveis de gestão do SUS objetivando a mudança do modelo de atenção. A estas somam-se outras relativas ao campo da Saúde do Trabalhador (DIAS; SILVA, 2013).

Assim, o desenvolvimento do cuidado aos usuários trabalhadores no âmbito da AB, exige mudanças no processo de trabalho das equipes, sólido investimento nos processos de Educação Permanente e na estruturação do AM (DIAS; SILVA, 2013).

#### **4.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador**

A Vigilância em Saúde (VS) foi consolidada como a principal estratégia de enfrentamento ao modelo centrado na doença após a criação do SUS. Partindo da compreensão que a VS centra suas ações na prevenção dos danos e na promoção da saúde, atuando sobre os seus determinantes, por meio de suas ações de natureza interventora, é capaz de ampliar os níveis de saúde da população e consolidar o próprio SUS em seu objetivo reformador (VASCONCELLOS *et al.*,

2013).

A VS é definida pelo Ministério da Saúde como:

um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013)

Neste sentido, a VS é entendida como informação e ação, definindo a vigilância como um conjunto de ações que se destina a controlar fatores determinantes e condicionantes de saúde em territórios delimitados, garantindo a integralidade da atenção aos indivíduos e à coletividade

Contudo, para Vasconcellos e *et al.*, (2013), o desenvolvimento da VS exhibe lacunas no alcance de suas ações contradizendo princípios como o da universalidade e problemas de articulação entre seus componentes fundamentais (vigilância sanitária e epidemiológica) que se conservam afastadas, o que é incoerente do ponto de vista de uma Vigilância em Saúde baseada no princípio da integralidade.

Até mesmo a vigilância sanitária apresenta-se estruturalmente fragmentada. E a essa divisão vem se agregando, em alguns serviços, a Visat, por força de sua inserção como campo de práticas do SUS (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

Nesse contexto, parte-se do entendimento de que a ST constitui-se num campo da saúde coletiva e que a Visat é um dos componentes da Vigilância em Saúde pública, tendo como objeto a proteção da Saúde do Trabalhador e estratégia de ação o agir investigativo e interventivo nos nexos entre processo de trabalho e saúde, com fins de reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2013).

A Visat é, portanto, legalmente compreendida como:

uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998b).

Assim, distinta do campo de atuação da VS, a Visat delimita como seu objeto de ação a investigação e intervenção nas relações do processo de trabalho com a saúde, tendo como objetivo as mudanças nos ambientes de trabalho visando a promoção da saúde da população

trabalhadora. Nesta perspectiva, a Visat é estruturante e essencial ao modelo de atenção integral em Saúde do Trabalhador.

Idealmente, para Lacaz (2013) a Visat procura conhecer a realidade da população trabalhadora, buscando intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população, avaliar o impacto das medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisão dos órgãos competentes do governo e, ainda, estabelecer sistemas de informação em Saúde do Trabalhador que incorporem a criação de bases de dados provindas do processo de vigilância.

Ao considerar que as ações de Visat são direcionadas a uma determinada população, incorpora-se também em seu contexto a noção de território.

Para a ST é importante a compreensão do território vivo, dinâmico, como expressão ou o resultado de relações sociais cuja historicidade e correlação de forças resultam em decisões políticas e opções por certos modelos de desenvolvimento. É nesse território vivo que serão implantados processos produtivos que irão impactar mais ou menos a saúde da população (e dos trabalhadores), onde deverão atuar as redes do sistema de saúde, entre eles a Visat, em articulação com as demais áreas das políticas públicas (NOBRE *et al.*, 2011).

Para tanto, o princípio da integralidade aplicado às práticas da Visat, enseja a compreensão do trabalhador em sua totalidade, no trabalho e fora dele; necessita conceber os processos de trabalho como processos sociais e políticos para além de suas dimensões tecnológicas, que se dão nas relações de trabalho e nos locais de trabalho. Requer, ainda, a articulação entre ações individuais e curativas com ações coletivas e de VS; os conhecimentos (dos técnicos) com os saberes (dos trabalhadores) e ambos com as práticas institucionais (NOBRE *et al.*, 2011).

Nesse sentido, entende-se que a participação ativa dos trabalhadores organizados a partir de seu conhecimento sobre os processos e condições de trabalho é parte constitutiva do campo Saúde do Trabalhador, as ações de Visat devem incorporar a participação dos trabalhadores e seus sindicatos, desde a fase de seu planejamento até a sua execução e avaliação (LACAZ, 2013).

Para Vasconcellos (2007), desde a promulgação da CF e da LOS, diversas iniciativas vêm sendo tomadas a fim de institucionalizar a Visat no SUS. Um marco importante foi a publicação da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalho em 1998, que tinha como objetivo instrumentalizar as ações de Visat no âmbito do SUS fornecendo subsídios para sua atuação.

Mais recentemente, a Portaria Federal nº 1.823/2012 definiu a Visat como a principal

estratégia para operacionalização da PNST. Um de seus objetivos é o fortalecimento da Visat e a sua integração com os demais componentes da VS.

A Portaria Federal nº 3.120/1998 afirma que a Visat não constitui uma área desvinculada e independente da VS como um todo, mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da VS estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

Embora essa perspectiva de integração da Visat esteja presente desde o início de sua concepção, observa-se uma dificuldade marcante de inserção institucional e relacionamento intrainstitucional para sua efetivação, haja vista que a estrutura das instituições do SUS ainda encontra-se fortemente sedimentada nos moldes tradicionais das vigilâncias epidemiológica e sanitária (LACAZ, 2013).

Machado (2013) apresenta alguns pressupostos que são os componentes da natureza da Visat: a participação dos trabalhadores, aqui compreendida como a base social das ações, sendo componente fundamental e inerente às ações de Saúde do Trabalhador; a interdisciplinaridade, a transversalidade e as ações interinstitucionais; articulação intrainstitucional; caráter processual das ações; a relação com o território; a prática multiprofissional e coletiva; a relação com o processo de trabalho e, por fim, a heterogeneidade das ações.

Esses pressupostos trazem a compreensão de que a Visat é uma prática política de saúde complexa, ampla e permeada por interesses conflitivos.

Machado (1997) comenta que, além de definição da abrangência territorial de atuação, o processo de introdução de ações de Visat no SUS carece de aprofundamento conceitual, além de consolidação constitucional e reconhecimento social mesmo entre os setores diretamente envolvidos.

Sendo complexa, a Visat deve ser considerada sob diferentes perspectivas. Daldon e Lancman (2013) comentam que para muitos autores ela é um desafio que implica na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais (sendo os trabalhadores fundamentais) e do próprio controle social no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Segundo Santorum (2006), há descontinuidade entre os conhecimentos acumulados acerca das ações de Visat e os desdobramentos que a vida solicita dos responsáveis por executá-las. Ela

afirma, ainda, que os protagonistas da Visat no Brasil precisam elaborar estratégias para a execução das intervenções a fim de superarem, no seu dia a dia, as dificuldades impostas pelo inerente enfrentamento de problemas identificados no âmago das organizações produtivas, no qual há o confronto entre interesses privados e direitos publicamente constituídos no Brasil.

A autora ressalta ainda a necessidade de criação de dispositivos que contribuam para o processo de legitimação e institucionalização da Visat e de desenvolvimento de estratégias de investigação, intervenção e formação em saúde que privilegiem os saberes oriundos da experiência, favorecendo o enfrentamento dos embates do percurso de execução e efetivação das vigilâncias.

Santorum (2006) aponta como primordial uma reflexão sobre a intervenção e os recursos metodológicos para mediar as relações saúde-trabalho, colocando em debate as perspectivas já existentes e as que podem ser construídas para desenvolver uma atuação que realmente envolva todos os sujeitos diretamente implicados nesse processo. Mesmo que as negociações para transformações no trabalho ainda estejam, em certos casos, muito atreladas aos aspectos punitivos impostos às empresas, dificultando abordagens mais amplas, os serviços de ST propõem-se a realizar ações de Visat para além da mera aplicação de sanções vinculadas a leis e normas (VILELA, 2003).

A despeito das enormes dificuldades para priorizar e fazer funcionar ações de Visat dentro do SUS, Costa e *et al.*, (2013) citam diversos exemplos de sucesso que deveriam orientar e inspirar ações programáticas em nível nacional, como os casos de: ação coordenada para controle da exposição ao benzeno nos postos de combustíveis; ação articulada para coibir o uso do amianto no Estado de São Paulo; ações interinstitucionais e negociações para vigilância e prevenção de acidentes de trabalho em algumas cidades do estado de São Paulo; vigilância à saúde do trabalhador canavieiro (Visat-Canavieiro); ação para diagnóstico e intervenção nos casos de contaminação ocupacional e ambiental da Shell/Basf na região de Campinas; a experiência de matriciamento das ações de ST na atenção básica em Amparo-SP, a experiência exitosa do Cesat Bahia, que integra as várias dimensões da atenção integral, dentre outras.

Os autores complementam que diante deste quadro, é louvável a iniciativa do Ministério da Saúde de instituir a PNST (BRASIL, 2012) que define as diretrizes e a estratégia da atuação do SUS nos diversos níveis para o desenvolvimento da atuação integral em ST, reafirma o

arcabouço teórico, o conjunto de princípios e diretrizes da ST e preconiza, de forma explícita, a ênfase na vigilância.

Para Costa *et al.* (2013), existe uma fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e programas articulados nos vários níveis do território. Sem autoridade sanitária, como infelizmente ocorre na maioria dos Cerest, como desenvolver a competência da própria equipe, que tem a função de ser referência para a rede? Ou seja, como ser referência sem o desenvolvimento da própria ação? Como tratar riscos que ultrapassam em muito às fronteiras do território municipal e mesmo estadual?

Para os autores, o que se assiste em geral são Cerest sem margem de ação suficiente, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas. Além desta dubiedade e indefinição, as ações de ST pressupõem, por sua natureza, além de recursos materiais, quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado provedor, condição mínima para o enfrentamento dos problemas complexos do campo da ST, ou seja, uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores.

Por fim, concretizar as ações de Visat significa viabilizar sua execução no âmbito do setor público que tem recursos limitados, acima da sua capacidade de acolher e dar respostas efetivas às demandas. Esse cenário desafia as ações de Visat a fomentar a capacidade dos governos de planejar, formular, programar políticas e cumprir funções estabelecidas, transformando a organização do trabalho também dentro do próprio SUS para efetivar uma abordagem com prioridade para ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos, incorporando no seu cotidiano um movimento contra-hegemônico para consolidar relações intersetoriais e uma dinâmica de gestão participativa (CARDOSO, 2014).

#### **4.6 Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**

Um importante marco legal relacionado à Visat foi a publicação da Portaria Federal nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a), pois favoreceu a ampliação do debate em torno das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito da AB de forma articulada aos outros componentes da Vigilância em Saúde. Nesse documento a Visat busca a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora por meio da integração de

ações que intervenham nos agravos e em seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. No ano de 2013 este documento foi revogado pela Portaria Federal nº 1.378, de 09 de julho de 2013. A nova Portaria regulamentou as responsabilidades e definiu diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Diferente da Vigilância em Saúde, seu objeto de investigação e intervenção é fruto da relação entre o processo de trabalho e saúde. Suas ações buscam a articulação sanitária no sentido da promoção, da proteção e da atenção à saúde dos trabalhadores, direcionadas aos fatores de risco e às condições de trabalho, vigilância sobre danos ou efeitos e seus determinantes tecnológicos e sociais (MACHADO, 1997; NOBRE *et al.*, 2011).

Contudo, ainda que o SUS não esteja preparado para enfrentar muitas questões relacionadas ao processo trabalho-saúde-doença, o que se observa é que os resultados dos processos produtivos inseridos nos territórios de atuação da AB muitas vezes estão diante das equipes e, em especial, dos ACS, que se veem impelidos a oferecer à população algum tipo de solução. Essa evidência reafirma a questão de que ações que podem ser consideradas de Visat são desenvolvidas pelas equipes da AB. Dessa forma, não se trata de introduzir uma nova ação na AB, e sim de requalificar e ampliar as que já existem de forma integrada com a Vigilância em Saúde (DIAS *et al.*, 2012).

De acordo com Dias e *et al.*, (2012), embora haja questionamentos quanto à classificação de algumas ações desenvolvidas na AB, como sendo “de vigilância”, por não cumprirem “um ciclo completo”, é importante reconhecer que essas ações cumprem a tarefa inicial e essencial de identificar situações-problema, muitas vezes complexas, e que podem ser ampliadas caso sejam dadas condições e suporte a essas equipes. O conhecimento sobre os fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na condição de saúde humana, por exemplo, é uma ação que vem sendo realizada pelas equipes da AB. Entretanto, a adoção de medidas de intervenção sobre esses determinantes muitas vezes requer a atuação integrada com outros setores, como o Cerest, a Vigilância Sanitária e Ambiental, as Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego – SRTE – e outros.

Ribeiro (2013) propôs uma metodologia progressiva de ações de vigilância. Nesta, as ações são estruturadas com a assistência e com os diversos programas de saúde existentes e

viabilizam níveis diferenciados de ações, articulando os programas e otimizando as atividades da equipe de ST nos municípios e nos estados. O objetivo dessa metodologia que contempla ações progressivas e integradas de Visat no SUS é implementar ações de complexidade técnica diferentes, articuladas com as instâncias atuais do SUS, por meio de ações de promoção da saúde num caráter antecipatório.

Para a autora a necessidade de estruturar atividades de complexidade distintas se dá pela própria natureza dos problemas advindos do mundo do trabalho. Nos tempos atuais, o trabalho ultrapassa os limites físicos e temporais, posto que se desenvolve também nos espaços de trânsito das cidades, nos domicílios e em substancial parcela do tempo em alerta. As diversas modalidades de trabalho: à distância, no domicílio, informal, autônomo, em cooperativas, terceirizados, etc. associadas à precarização das relações de trabalho trazem para a área o desafio de pensar o trabalho no mesmo horizonte da vida. Assim, as possibilidades de intervenção do setor saúde assumem dimensões muito ampliadas.

As ações de Visat podem ser estruturadas em três níveis de complexidade e pressupõe a adoção de alguns princípios básicos de ação: promoção da saúde; conceitos de espaço e território; constituição de cenários epidemiológicos; vigilância antecipatória e controle social. A vigilância tem como parâmetro a reorientação dos serviços de saúde para dar conta da saúde numa visão ampla. Essa reorientação consiste em desconcentrar o objeto da saúde na doença e buscar concentrar-se nos aspectos que promovem a saúde. Uma possibilidade de delimitar os instrumentos de ação para esse olhar é a adoção de conceito de território (RIBEIRO, 2013).

Santos (2000) sustenta que território, em si, não é um conceito. Ele só se torna um concreto utilizável para análise social quando é considerado a partir do seu uso, a partir do momento em que ele é pensado juntamente com aqueles que dele se utilizam. A evolução do conceito de território, conforme analisam Monken e *et al.*, (2011), parte de uma concepção de poder. O território demarca espaços que revelam relações marcadas pelo poder.

#### Os territórios

[...] têm vida, expressa pelas histórias de pessoas e lugares, pela cultura, pelos movimentos sociais e ações políticas, mas também pelos ecossistemas, pelos rios e paisagens, muitas vezes degradados, que dele fazem parte. Os eventos de saúde e os cuidados a eles associados são apenas uma das dinâmicas que compõem uma complexa rede de interações, interesses e projetos de uso que fazem parte do território (MONKEN *et al.*, 2011, p.163).

As possibilidades de atuação das vigilâncias que leve em conta a categoria território como um dos elementos estruturantes estão bem descritas em Monken e *et al.*, (2011). Eles destacam as etapas de reconhecimento do espaço, territorialização dos processos produtivos e das estratégias de trabalho, avançando para a localização de cadeias produtivas e o reconhecimento das vulnerabilidades do sistema estabelecido.

Os níveis de complexidade em que foram categorizadas as ações de Visat são: ações de complexidade básica; ações de complexidade secundária e nível de complexidade avançado ou terciário. Para o interesse deste estudo serão descritas apenas as ações de complexidade básica.

Segundo Ribeiro (2013) as ações de complexidade básica consistem na identificação de problemas relacionados ao trabalho na esfera domiciliar, informal ou de subsistência. Associa baixa complexidade tecnológica do processo de trabalho em território delimitado.

Para a autora, a prevenção de tais problemas deve fazer parte da preocupação de ação das atividades estruturantes do SUS, em especial rede de AB. A inserção das ESF nos territórios e comunidades permite a identificação de atividades produtivas no mercado informal, de autônomos, de cooperativados, de agricultura de subsistência, do trabalho doméstico, etc. As ações nesse nível fazem parte da esfera da educação em saúde e das intervenções de baixa complexidade técnica, normalmente relacionadas para a adoção de medidas individuais. Dessa forma, a ênfase no nível básico se dá na informação. Resumindo, a Visat de complexidade baixa pressupõe a identificação dos fatores/situações causais; identificação de situações suspeitas e medidas gerais de correção (Modelo Ergonômico Popular).

No mesmo entendimento, Dias *et al.* (2012), acrescentam que as mudanças ocorridas no contexto do trabalho nos anos 90, mediadas pelas novas formas de gestão dos processos produtivos desencadearam novos padrões de comportamento e modo de viver. Como consequências desse processo surgem o desemprego estrutural, o aumento da complexidade das tarefas, a precarização dos vínculos e ausência ou fragilidade da proteção social dos trabalhadores (DIAS *et al.*, 2012).

Assim, observa-se a transferência de atividades produtivas para as residências, resultando no fenômeno do trabalho em domicílio. Em muitos casos, o trabalho domiciliar degradado envolve trabalhadores mais vulneráveis, desprotegidos e sem treinamento adequado, o que representa risco para a saúde dos trabalhadores e seus familiares (VIEIRA, 2009a).

Diante disso, muitas vezes, o Estado só enxerga esses trabalhadores exclusivamente por

meio das ações do SUS, especialmente da AB. O que contribui para reforçar a importância e o papel da AB para o cuidado de saúde da população trabalhadora, que de modo particular, adocece e morre em função das atividades de trabalho que desenvolvem (DIAS; SILVA, 2013).

É possível encontrar na literatura recentes estudos que discutem as ações de Saúde do Trabalhador na AB, como os expostos a seguir.

Dias (2009), em um estudo sobre a identificação de ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador desenvolvida pela AB, constatou que, em muitos municípios, as equipes de AB preocupam-se com as relações entre trabalho-saúde-doença, desenvolvendo estratégias de intervenção, ainda que muitas vezes essas ações não façam parte do cotidiano das equipes. Segundo a autora, no âmbito da Saúde do Trabalhador, predominaram atividades de capacitação dos profissionais da AB voltadas para ações assistenciais, de diagnóstico e notificação, ficando as ações de promoção e vigilância em segundo plano.

Vieira (2009b) realizou uma capacitação com os trabalhadores da Atenção Básica de Juiz de Fora, Minas Gerais, para contribuir no desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no trabalho domiciliado. Nesse trabalho a autora conclui que a articulação do Cerest com a AB é fundamental e prioritária para a implantação, consolidação e ampliação da Saúde do Trabalhador, particularmente em relação às ações de vigilância. Destaca ainda que os profissionais da AB, ainda que não sejam especialistas em Saúde do Trabalhador, são atores fundamentais para o reconhecimento dos fatores de risco no trabalho domiciliar.

Outro estudo desenvolvido por Silva *et al.*, (2011), sobre as práticas do ACS com relação às ações de Saúde do Trabalhador, revelou que as ações de ST desenvolvidas por estes profissionais em seu território de abrangência podem ser caracterizadas como pontuais e pouco institucionalizadas, dependendo, em grande parte, de iniciativas pessoais.

As autoras concluíram que o ACS não foi capacitado para lidar com as questões relacionadas ao processo trabalho-saúde-doença, o que o faz orientar a solução dos problemas de acordo com o senso comum. Reforçam ainda, a necessidade dos processos de capacitação e educação permanente dos ACS incorporarem essas questões, possibilitado o desenvolvimento de ações resolutivas no cuidado à saúde dos trabalhadores.

Silva e *et al.*, (2014), em seu estudo sobre as percepções e práticas das equipes de Saúde da Família com relação às ações de Saúde do Trabalhador, concluíram que os profissionais reconhecem as repercussões das relações trabalho-saúde-doença em suas práticas diárias, mas

têm dificuldades para desenvolver ações de intervenção, seja no âmbito da assistência, vigilância ou promoção da saúde. Constaram, ainda, que o ACS reconhece com mais facilidade o usuário trabalhador em suas práticas e relaciona queixas e doenças, referidas pelos usuários, com a ocupação atual ou pregressa.

Esses relatos reforçam o crescimento das experiências sobre o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na AB na literatura técnica especializada.

No contexto da Visat na Atenção Básica, Dias e *et al.*, (2012) destacam algumas características da AB que podem facilitar o desenvolvimento de ações de Visat: a organização territorial; os vínculos entre a população e a equipe de saúde, mediados pelo ACS; a possibilidade de atenção contínua e integral; e a atuação multiprofissional e a presença do ACS que representa um diferencial no trabalho da equipe de saúde.

Nesse sentido, para os mesmos autores diversas ações de Visat que têm como referência processos produtivos geradores de riscos podem ser desenvolvidas pelas equipes da AB. Entre essas ações estão:

- Mapeamento dos processos produtivos do território.
- Identificação do perfil ocupacional e de trabalhadores mais vulneráveis (desempregados, trabalho infantil, trabalho domiciliar, entre outros).
- Notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
- Análise da situação de saúde dos trabalhadores para definição de ações prioritárias.
- Orientações e ações educativas.
- Articulação intrasetorial para a vigilância dos processos e ambientes de trabalho.

É válido ressaltar que apenas identificar a atividade produtiva não é suficiente, uma vez que o significado da presença dessas atividades necessita ser compreendido pela equipe e traduzido na identificação dos possíveis fatores de risco para a saúde e o ambiente potencialmente gerados. Também as informações coletadas durante o cadastramento das famílias, realizado pelos ACS, por meio do preenchimento da Ficha A, que incluem variáveis como: sexo, idade, ocupação de cada membro da família; a existência de trabalhadores desempregados; informações sobre agravos relacionados ao trabalho referidos pelos usuários, entre outras, devem ser consideradas no planejamento e desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DIAS *et al.*, 2012).

Diante do exposto, para abordar as questões de Visat no contexto da AB é necessária uma articulação de ações intra e intersetoriais de processos consistentes de Educação Permanente, além da adoção de metodologia de AM das ações, conforme previsto na Portaria Federal nº 3.252/2009.

Para Dias e Silva (2013) é fundamental garantir o suporte técnico e pedagógico para as equipes a fim de que elas possam planejar suas atividades considerando os usuários trabalhadores que integram a população do território de abrangência da equipe.

Neste cenário, os Cerest se veem diante da oportunidade de redefinir seu papel, atuando como núcleo de inteligência e centro articulador das ações intra e intersetoriais e de apoio técnico e especializado para o desenvolvimento de ações de ST na rede de atenção à saúde, conforme descrito pela PNST. Nesse sentido, os Cerest são instâncias de AM para o desenvolvimento de ações de ST na AB, nos serviços especializados e de urgência e emergência e em outras instâncias de promoção e vigilância.

Nos marcos regulatórios do SUS, o apoio matricial para o desenvolvimento das ações de ST na rede de serviços foi prescrito pela Portaria Federal nº 3.252/2009 que, apesar de ter sido revogada, representou um marco para a área, enfatizou a necessidade de integrar ações de Vigilância em Saúde nas práticas da AB, articulando as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e em saúde do trabalhador; pela Portaria Federal nº 4.279/2010, a qual estabelece as diretrizes para organização da RAS; Portaria Federal nº 2.488/2011, que aprova a PNAB; e, a Portaria Federal nº 1.823/2012, que aprova a PNST (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Assim, o desenvolvimento de ações de ST no SUS, de forma organizada e sistemática, requer o fortalecimento dos Cerest como apoiadores institucionais.

Silva e Dias (2013) comentam que a análise da situação de saúde dos territórios de atuação das ESF é considerada fundamental para a organização da produção do cuidado aos trabalhadores na AB e deve ser discutida com a equipe de AM em ST.

As autoras complementam que atividades como a definição do perfil produtivo, a identificação de situações de vulnerabilidade e riscos à saúde da população, o levantamento de informações sobre as principais queixas e problemas de saúde dos trabalhadores que residem na área de atuação das equipes da AB e a eleição de “casos” ou situações prioritárias para a intervenção deve ser apoiada e matriciada por profissionais da equipe do Cerest, da Visat e/ou da

vigilância ambiental.

Uma das metodologias para inserir as ações de Visat na AB é o Plano de Intervenção em Ambientes de Trabalho. Este plano, a ser desenvolvido pela equipe da AB, viabiliza as ações de Visat e tem como principal foco as atividades produtivas domiciliares e peridomiciliares. O aumento dessas atividades, muitas vezes desenvolvidas por trabalhadores que estão à margem da proteção trabalhista e previdenciária, reforçam a importância da elaboração desses planos de intervenção. A universalidade de acesso e a capilaridade da rede do SUS representam uma possibilidade concreta de proteger a saúde desses trabalhadores (SILVA; DIAS, 2013).

Assim, o trabalho dos apoiadores em ST ganha relevância, já que, em muitos casos, os profissionais da AB não estão preparados e nem sensibilizados para a importância da ação.

Para as autoras o apoiador deve auxiliar na qualificação dos ACS para o mapeamento e registro das atividades produtivas e o processo de sistematização dos dados coletados, de forma a definir o perfil das atividades produtivas domiciliadas. A escolha dos processos e ambientes de trabalho em domicílio, objeto das ações de intervenção, deve considerar as atividades produtivas mais comuns no território; o potencial de dano à saúde dos trabalhadores e de seus familiares; as situações de vulnerabilidade e demanda dos próprios trabalhadores. As visitas aos domicílios devem ser feitas de forma conjunta com o apoiador. A contribuição dos ACS é fundamental para facilitar o diálogo entre usuários e profissionais de saúde e diminuir as resistências, pois, muitas vezes essas atividades são exercidas à margem dos regulamentos municipais e ou estaduais.

Neste contexto, a gestão do cuidado aos trabalhadores pelas equipes de AB pressupõe a estruturação do AM e apresenta-se como um dos principais desafios da Renast atualmente (SILVA; DIAS, 2013).

Contudo, para que ocorra o andamento das práticas de ST na AB, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de saúde da família. É importante que as tarefas sejam redimensionadas, as equipes capacitadas, valorizadas e que disponham de suporte de recursos físicos, materiais e organizacionais pelas secretarias de saúde, além do bom funcionamento da rede e dos fluxos de referência e contrarreferência.

#### **4.7 Educação Permanente no SUS: uma prática para a liberdade, autonomia e cidadania dos sujeitos**

A partir da CF de 1988 com a democratização da saúde e criação do SUS, os profissionais de saúde atuantes no Brasil, passaram a contar com um suporte político. De acordo com o Título VIII da ordem social, seção II da Saúde, artigo 200 da Carta Magna compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, bem como incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico (BRAIL, 1988). Nesse sentido, desde a criação do SUS, existe um compromisso de atender às demandas do setor, cabendo ao próprio sistema dar conta da realização desta tarefa.

Diante disso, desde a criação do SUS, a formação dos trabalhadores para o SUS tem tido grande relevância. A educação no trabalho também vem sendo tratada como primazia, principalmente no que se refere à criação de departamentos no Ministério da Saúde e das políticas, como é o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portanto, a formação dos trabalhadores do SUS tem sido vista como uma necessidade pelo campo das políticas públicas.

O processo de atenção aos trabalhadores da saúde vem sendo estruturado desde 2003, com a criação da SGTES que foi criada para colaborar na implementação de políticas, projetos e programas que visem o ordenamento e a formação de profissionais de saúde comprometidos com a proposta política de trabalho no SUS.

A legislação propõe a construção de processos significativos para os trabalhadores, de modo que estes personagens do processo educativo sejam ao mesmo tempo professores e aprendizes, eduquem e sejam educados, de forma que a situação do trabalho tenha valor em si mesma e para as pessoas.

Neste sentido, a Educação Permanente em Saúde – EPS – é um conceito de processo educativo promovido pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS desde 1984, por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Considerando o enfoque dado pela OPAS ao processo de Educação Permanente em Saúde, este é considerado como uma síntese operativa da “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (ROVERE, 1993; QUINTANA, 1994).

Ceccim e Ferla (2006) consideram que a EPS configura-se, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como prática de

ensino-aprendizagem, a EPS se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança. Como política de educação na saúde, a EPS contribui para a construção do SUS, sendo adotada como política pública nacional no Brasil desde o ano de 2004.

A EPS constitui um processo educativo que foca o cotidiano de trabalho (ou da formação em saúde) como disparador de questionamento, de análise, já que tal realidade concreta pode desencadear movimentos de reflexão, avaliação e tudo aquilo que é criado, inventado e produzido por meio dos atos de saúde (CECIM, 2005).

A partir das negociações e deliberações das instâncias competentes, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS foi instituída em 2004, pela Portaria Federal nº198, de 13 de fevereiro. Campos *et al.*, (2006) consideram que a PNEPS correspondeu a uma tentativa de criar uma política que, além de integrar as iniciativas já existentes, se constituísse como o eixo capaz de transformar o sistema no que diz respeito à articulação entre Educação e Saúde.

Sobre esta política, Lopes *et al.*, (2007) afirmam que

A novidade da Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde é, portanto, que a construção do saber é coletiva e faz sentido para um grupo social. Os atores sociais são desafiados para assumirem uma postura de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe (p.153).

Em 20 de agosto de 2007, foi publicada a Portaria nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Esta Portaria considerou na sua elaboração: a proposta pactuada pelo Ministério da Saúde para a Política de Educação e Desenvolvimento para SUS em 2003; os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS – NOB/RH-SUS e as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, entre outros.

Cabe registrar, ainda, que o Ministério da Saúde define EPS como:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco

central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2004a, p. 3).

Assim, a PNEPS está articulada às diretrizes e princípios do SUS que, por sua vez, tem na ESF uma de suas mediações para se concretizar. Para operar o SUS, “a educação permanente em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão” (BRASIL, 2004a, p.5).

Todavia, Lopes e *et al.*, (2007) compartilham com Rovere (1993) que a PNEPS é um grande desafio na medida em que desestrutura o pensamento hegemônico da saúde. No mais, não se trata de mudanças pontuais, que podem ser construídas de maneira isolada e vertical, mas de mudanças que implicam a reorganização das estruturas de gestão e dos papéis para se avançar no processo de mudança. Isto implica a garantia das condições de governabilidade e criação de um cenário com todos os espaços mobilizados para a mudança.

Rovere (1993) afirma que a educação permanente não pode desconsiderar as questões referentes ao pensamento administrativo:

o controle do processo de trabalho se converte em um problema básico da educação permanente e, como já temos visto, se relaciona estreitamente com o pensamento administrativo prevalente e as noções de poder em que se sustenta (p. 507).

A EPS, na condição de atividade técnico-política de grande eficácia, deve estar inserida numa proposta de mudança impulsionada por uma força social concreta.

Ceccim (2005) aponta que um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a inadequada compreensão de que a gestão da formação é uma atividade meio, secundária. Os trabalhadores são considerados mais um dos recursos a serem administrados, e por isto tem-se a ideia de que na sua formação/atualização basta prescrever habilidades, comportamentos e perfis. Seriam recursos que prestam a dar condições para o cumprimento dos objetivos finalísticos da instituição. Ao abordar a formação também como uma atividade fim, os trabalhadores passariam da condição de “recursos” para a condição de atores sociais em potencial. Atores das “[...] reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde” (CECIM, 2005, p. 163).

Uma condição necessária para um projeto de educação permanente em saúde é a busca de novos paradigmas e modos de organização; novas práticas de gestão, inclusive da gestão do

trabalho. Esta busca se acrescenta a outra: por um novo perfil gerencial e pela implementação de estratégias adequadas de capacitação.

Desta forma, o desenvolvimento da EPS é permeado pelas concepções de inquietação, liberdade, mudança e transformação, sentimentos estes permitidos tão somente aos seres humanos na sua relação com outros seres humanos, pois a inquietação requer uma vivência para que possa inquietar-se; a liberdade requer uma experiência de não permissão para querer sentir-se livre; já a mudança e a transformação são movimentos de busca por algo que se deseja, se pretende com base em situações anteriores e presentes, na tentativa de melhorar algo que se abre em possibilidades por meio da educação libertadora. Portanto, abre-se um espaço nas políticas públicas de saúde para o desenvolvimento de uma prática educativa em saúde que seja libertadora.

Assim, a possibilidade de uma educação para a saúde que considere o sentido que cada um dá para a sua vida, como a controla, convivendo solidariamente em comunidade, a partir do resgate das experiências de cada envolvido no processo educativo, é um caminho para a liberdade e para a construção de autoria. Uma educação popular ou libertadora, de acordo com Freire, “não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos [...], mas nos homens como corpos conscientes e na consciência intencionada ao mundo” (FREIRE, 2014, p.77). Essa educação é diferente da educação bancária, depositária, na qual se transmite conhecimento e se coloca, de um lado, o educador e, de outro, o educando. É diferente porque ela supera a contradição educador-educandos, possibilitando uma “relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível” (FREIRE, 2014, p.78). Cria-se uma situação gnosiológica, em que “o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador e educandos” (FREIRE, 2014, p.78).

A concepção de educação problematizadora parte do pressuposto de que “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2014, p.79). Essa educação tem caráter reflexivo, implicando um constante ato de desvelamento da realidade, buscando uma inserção na realidade, conduzindo à mudança. A educação proposta por Freire “implica a negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim como também a negação do mundo como uma realidade ausente dos homens” (FREIRE, 2014, p.81). O diálogo é o “selo” do ato cognoscente, desvelador da realidade, e, por isso, imprescindível na educação

problematizadora, comprometida com a libertação. Ela se faz assim, num “esforço permanente através do qual homens vão se percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo, com que e em que se acham” (FREIRE, 2014, p.82). A educação proposta por Freire se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação dos homens sobre a realidade. Não aceita um presente bem comportado, um futuro pré-dado.

A educação problematizadora passa por dois momentos distintos. O primeiro, quando o homem desvela o mundo e compromete-se na prática com a transformação, e o segundo, quando transforma a realidade; a pedagogia que daí advém deixa, então, de ser do oprimido e passa a ser do homem em processo permanente de libertação. Quando, de fato, acontece o envolvimento com uma educação problematizadora, o trabalho com o conteúdo programático torna-se uma construção resultante do diálogo entre as pessoas (FREIRE, 2013).

A concepção de educação proposta por Freire faz pensar no homem e na mulher como únicos seres capazes de aprender com alegria e esperança, na convicção de que a mudança é possível. E, se o objetivo que se pretende atingir é, verdadeiramente, a autonomia para esses homens e mulheres, é necessário que se tome, como princípio basilar da prática educativa, a meta de que essa educação transforme educadores e educandos e lhes garanta o direito à autonomia pessoal na construção de uma sociedade democrática que a todos respeita e dignifica. Aprender é uma descoberta criadora, com abertura ao risco e à aventura do ser, pois ensinando se aprende e aprendendo se ensina. Participar desse aprendizado é uma ação político-dialógica com a qual a EPS pode contribuir de forma significativa.

Freire (2013) enfatiza a necessidade de respeito ao conhecimento que o educando traz consigo, visto ser ele um sujeito social e histórico, e da compreensão de que "formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas" (p. 15). Define essa postura como ética e defende a ideia de que o educador deve buscar essa ética, a qual chama de "ética universal do ser humano" (p. 16), essencial para o trabalho docente.

O autor acrescenta que "não há docência sem discência" (p. 23), pois "quem forma se forma e re-forma ao formar, e quem é formado forma-se e forma ao ser formado" (p.25). Assim, deixa claro que o ensino não depende exclusivamente do educador, assim como aprendizagem não é algo apenas de educando. "Não há docência sem discência, as duas se explicam, e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender" (p. 25).

É digna de nota a capacidade que tem a experiência pedagógica para despertar, estimular e desenvolver o gosto de querer bem e gosto da alegria sem a qual a prática educativa perde o sentido. Paulo Freire, em *Pedagogia da Autonomia – saberes necessários à prática educativa* – orienta ao mesmo tempo que incentiva os educadores e educadoras a refletirem sobre seus fazeres pedagógicos, modificando aquilo que acharem preciso, mas especialmente aperfeiçoando o trabalho, além de fazerem a cada dia a opção pelo melhor, não de forma ingênua, mas com certeza de que, se há tentativas, há esperanças e possibilidades de mudanças daquilo que em sua visão necessita mudar (FREIRE, 2013).

Essas reflexões são necessárias para se compreender as possibilidades da EPS, afinal, a EPS se constitui num processo educativo que se estrutura a partir das peculiaridades e demandas do campo da saúde, e ao considerar que o trabalho em saúde se faz por “homens” e que “o homem se identifica com sua própria ação: objetiva o tempo, temporaliza-se, faz-se homem-história” (FREIRE, 2007, p. 31).

Neste sentido, compreender a existência do ser humano como um ser social e histórico é indispensável para o campo da saúde. A divisão da responsabilidade pela saúde entre profissional e usuário é um ato de coragem, como diria Freire (2007). Mais do que isso, é a valorização dos sujeitos no processo de construção e manutenção da sua própria saúde. Portanto, Paulo Freire deixa claro o que pensa sobre o processo educativo sugerido para a área da saúde: uma educação em saúde problematizadora e emancipatória para todos os envolvidos no processo.

Assim, a EPS trata de redescobrir os sujeitos produtores de saúde, suas relações, suas inquietações e pode ter o potencial de transformar o universo do trabalho na saúde, já que percebe os atores do processo educativo como sujeitos capazes de denunciar e anunciar a realidade, num ir e vir dialogado sobre seu ambiente de trabalho, numa construção coletiva de um conhecimento compartilhado e que, portanto, é significativo para todos.

Várias estratégias e orientações são propostas para a implementação de processos de EPS. Em princípio, a mudança de foco de trabalhadores na condição de recursos para trabalhadores enquanto protagonistas do processo educativo é condição fundamental e indispensável. Rovere (1993) coloca que o ponto de partida para um trabalho de educação permanente é a redefinição das tarefas dos sujeitos a partir de questionamentos a si próprios.

Neste mesmo entendimento, para que o sujeito seja ator da construção do seu processo educativo, ele deve ser compreendido enquanto **sujeito sanitário na perspectiva do direito**, que,

de acordo com Vasconcellos e Oliveira (2011) tem na expressão uma agregação de valores e significados simbólicos que traduzem suas características e suas credenciais para que o sujeito possa ser assim, ele mesmo protagonista, considerado nas políticas públicas de saúde, neste caso na Política de Educação Permanente em Saúde. Portanto, ser sujeito sanitário significa ser sujeito construtor de sua própria cidadania no âmbito da saúde pública, no caso, portador de uma cidadania sanitária.

Vasconcellos e Oliveira (2011) ainda argumentam que o percurso para a constituição de um sujeito na saúde já não admite a produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva sem tê-lo no centro do debate, das ações, das estruturas e, certamente, das regras do jogo. A compreensão dos diversos significados do sujeito valoriza e concretiza a ideia de intersubjetividade como credencial para repensar as práticas de saúde. Uma das maneiras de repensar as práticas de saúde é por meio das ações de EPS que tem por objetivo transformar a realidade do trabalho em saúde. Contudo, para que o sujeito seja de fato protagonista dessa ação, é preciso que ele se perceba como sujeito sanitário, ou seja, sujeito titular de direitos e deveres vinculado a relações jurídicas, sujeito da práxis e, enfim, como sujeito inserido no processo de produção de conhecimentos para a mudança de uma realidade.

Para que EPS seja compreendida enquanto um direito de cidadania requer que seus atores se percebam enquanto sujeitos sanitários e se sintam convocados à criação, à abertura, ao coletivo. O investimento pedagógico para quebrar o que está posto, precisa ampliar as noções de autonomia do outro, e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde, oportunizando ao sujeito sanitário opinar, contribuir e participar da construção do seu processo de formação.

Nesse contexto, no que tange ao processo ensino-aprendizagem, Habermas (1993) sustenta que a prática educativa deveria ser compreendida no sentido mais abrangente possível, abrindo processos de formação social, cultural e científico, em todos os espaços onde acontecem, rompendo a lógica educacional tecnicista. O autor fala sobre necessidade de compreender a educação como prática formativa de sujeitos históricos, membros de um grupo social e, simultaneamente, cidadão ativo de um contexto político mais amplo. O autor não desconsidera a dimensão racional no processo educativo, porém, destaca a necessidade de se trabalhar não somente os termos do conhecimento técnico-científico, mas também a liberdade subjetiva, a autonomia ética, a autorrealização e a emancipação social. Dessa forma, o direito

igual de participação na formação de uma vontade política e do processo formativo que, de forma privilegiada, se realiza através da apropriação de uma cultura que possui um grande potencial reflexivo.

Para Santos (1987) a palavra-chave que caracteriza a ciência moderna é racionalidade – constituída após a revolução científica do século XVI, e desenvolvida nos séculos seguintes, alcançando as ciências sociais no século XIX. A partir de então, pode-se falar de um modelo global de racionalidade científica que admite variedade interna, mas que se distingue e se defende, por vias de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento não científico – e, portanto, irracional – potencialmente perturbadoras e intrusas: o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos (em que se incluíram, entre outros, os estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos).

Diante dessa realidade, talvez o maior desafio para a educação contemporânea seja o de compreender o processo educativo como a formação simultânea do indivíduo como ser singular e plural. Ou seja, um sujeito com sua identidade pessoal e projeto de vida próprios, membro de um grupo social e cultural único e que possui uma identidade própria. Ao mesmo tempo, é necessário entendê-lo como um cidadão, ou seja, membro de uma comunidade política, que necessita desenvolver sua identidade de classe, conhecer e reconhecer seus direitos sociais.

Parte-se da compreensão que uma educação democrática e emancipatória se dá através da participação de todos os sujeitos envolvidos nos diversos espaços que constituem o espaço educacional. Além de ser instrumento de construção da autonomia e democracia, é ao mesmo tempo, oportunidade de aprendizado para todos, na vida pessoal e social, criando assim uma cultura democrática. Por isso, iniciativas que facilitem ao máximo o acesso dos diferentes atores envolvidos no processo educativo à autonomia individual e à possibilidade de participação efetiva favorece o processo de construção democrática.

Em seu vasto conteúdo, Santos (2010) apresenta a proposta das Epistemologias do Sul, partindo da constatação de que, ademais de todas as dominações pelas quais é conhecido, o colonialismo foi também uma dominação epistemológica, uma relação extremamente desigual de saber-poder. Daí se tem que a proposta das Epistemologias do Sul surge de uma constatação: apesar de que o mundo seja múltiplo e variado no tocante às culturas, ao longo de toda a modernidade imperou soberana uma forma de produção de conhecimento pautada pelo modelo

epistemológico da ciência moderna. Essa soberania epistêmica sufocou a emergência de formas de saber diversos do modelo vigente.

O que se pretende com tais epistemologias é a superação do característico modelo de pensamento moderno ocidental, a saber, o pensamento abissal. Trata-se de uma forma de pensamento que, através de linhas imaginárias, divide o mundo e o polariza (Norte e Sul). O mundo divide-se então entre os que estão “do lado de cá da linha”, e aqueles que estão “do lado de lá da linha”. Para Santos (2010, p. 32) “a divisão é tal que ‘o outro lado da linha’ desaparece enquanto realidade, torna-se inexistente, e é mesmo produzido como inexistente”.

Para o autor, o caminho para o abandono do pensamento abissal e sua lógica excludente pode se dar por meio da emergência de um pensamento pós-abissal. Esse, parte da ideia de que a diversidade do mundo é inesgotável e que esta diversidade continua desprovida de uma epistemologia adequada. Por outras palavras, a diversidade epistemológica do mundo continua por construir.

Ao reconhecer a diversidade epistemológica do mundo, o pensamento pós-abissal deve tomar a forma de uma ecologia de saberes. Isso significa uma renúncia total a qualquer epistemologia geral. Nesse aspecto, reside sua principal diferença quanto ao modelo epistêmico soberano: “o reconhecimento de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico” (SANTOS, 2010, p. 54).

Em face da soberania epistêmica da ciência moderna, a ecologia de saberes se propõe a ser uma via alternativa que privilegia o pensamento pluralista e propositivo. Enquanto plural, a ecologia de saberes permite que os conhecimentos se cruzem. O que se propõe, então, a partir da diversidade do mundo, trata-se de um pluralismo epistemológico que reconheça a existência de múltiplas visões que contribuam para o alargamento dos horizontes da experiência humana no mundo, de experiências e práticas sociais alternativas.

A ecologia de saberes altera mesmo a lógica da aprendizagem. É imprescindível que o sujeito cognoscente esteja sempre atento a efetuar a comparação entre o conhecimento que está sendo aprendido e aquele que, no mesmo processo, pode estar sendo desaprendido e esquecido. Afinal, conforme Santos (2010, p. 56) “a ignorância só é uma forma desqualificada de ser e de fazer quando o que se aprende vale mais do que o que se esquece”. É nesse sentido que o autor compreende sua proposta de uma ecologia de saberes: os conhecimentos devem ser reavaliados a partir das interações e intervenções concretas que permitem ser feitas na sociedade e na natureza.

Neste sentido, a mudança paradigmática proposta por Santos (2006) está contemplada uma ecologia de saberes com base no reconhecimento da pluralidade de saberes heterogêneos, da autonomia de cada um deles e da articulação sistêmica, dinâmica e horizontal entre eles. É nesse paradigma que se situa o contexto da EPS e dos sujeitos sanitários como novo saber e possibilidade de emancipação.

Diante do exposto, sabe-se que a realização de um projeto de educação que produza a autonomia capaz de levar educadores e educandos a lutar pela emancipação é uma tarefa difícil a ser desempenhada, um verdadeiro desafio. Porém, acredita-se que a realização deste projeto é uma prática possível e necessária.

Destaca-se então a relevância do papel da subjetividade e da atividade consciente em direção à construção do ser-humano como ser “naturalmente” sócio-histórico. Ao criar, o indivíduo torna-se mais seguro dos seus potenciais e consciente dos seus limites; torna-se mais autêntico e livre para fazer suas escolhas.

Assim, para se redesenhar uma educação mais voltada para a emancipação social dos cidadãos, é necessário trazer a ecologia de saberes para dentro dos espaços educacionais. Isto significa re-instrumentalizar a prática educacional, ou seja, apreender novas maneiras de construção de conhecimento, menos pautadas pelas medidas padronizadas pela racionalidade cognitivo-instrumental.

## 5 DESCREVENDO O CAMINHO

Foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, utilizando o referencial teórico da pesquisa-ação como método para estudar a atuação dos ACS frente às ações de Saúde do Trabalhador e seus desdobramentos, com o intuito de elaborar uma proposta pedagógica de capacitação em Visat para os referidos profissionais a partir da percepção dos próprios sujeitos.

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões. Caracteriza-se pela empiria e a construção do conhecimento, sistemática e progressiva, até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2008).

A abordagem qualitativa facilita a compreensão dos acontecimentos pelo olhar voltado para as particularidades dos comportamentos ou atitudes de grupos e subjetividade dos indivíduos. Trata-se de um estudo detalhado que, a partir das informações, torna-se capaz de contextualizar o cenário em que se encontra o objeto de pesquisa (OLIVEIRA, 2010).

A escolha da pesquisa-ação como caminho metodológico refere-se ao fato de este aproximar-se da realidade social visando o conhecimento científico, sem desconsiderar os significados, crenças, simbologias desenvolvidos nos processos da vida cotidiana, que passa por transformações intrinsecamente ligadas ao modo de viver das pessoas.

O objetivo da pesquisa-ação é compreender e ou transformar a realidade. Contudo, a escolha da metodologia de investigação jamais alcançará uma compreensão totalitária da realidade, pelas limitações e especificidades das diferentes abordagens metodológicas e da complexidade dos processos envolvendo a relação humana com o ambiente, o trabalho e a forma de se compreender saúde (BOSI, 2007).

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo (THIOLLENT, 2011).

O estudo foi construído a partir de três grandes vertentes. A primeira constituiu-se na revisão bibliográfica da produção técnico-científica realizada a partir da seleção de artigos, dissertações e teses. A segunda configurou a caracterização do campo de estudo a partir de dados sociodemográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e perfil produtivo do município de Vitória da Conquista. E, por fim, a terceira vertente relaciona-se à pesquisa de campo onde foram

descritas as técnicas para abordagem dos sujeitos da pesquisa.

### **5.1 Revisão Bibliográfica**

A primeira vertente do estudo consistiu na revisão bibliográfica que tem por objetivo a construção do conhecimento pela aproximação do pesquisador com a temática de interesse a partir da contribuição de diversos autores, por meio do conteúdo das suas obras (OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma foi utilizada uma busca de publicações no portal da Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME/OPAS/OMS, acessada por meio do site: [www.bireme.br](http://www.bireme.br), que permite uma busca sistematizada e refinada, tanto por meio de descritores, quanto por unitermos. Foram consideradas na busca bibliográfica as bases de dados do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, a partir dos descritores: saúde do trabalhador, atenção básica, Vigilância em Saúde do Trabalhador, agentes comunitários de saúde, educação permanente em saúde e perfil e formação dos agentes comunitários de saúde. O período de busca foi definido como sendo de 2006 a 2014. Foram selecionados artigos científicos, dissertações e teses em português em cujos resumos foram encontradas referências à saúde do trabalhador na atenção básica, Vigilância em Saúde do Trabalhador e formação dos agentes comunitários de saúde.

Foi realizada, também, a leitura de textos e livros de metodologia qualitativa, leis, portarias e normas que fundamentam e regulamentam a saúde do trabalhador, a atenção básica e a educação permanente em saúde.

A partir da leitura dos marcos regulatórios sobre educação permanente em saúde, identificou-se que existem muitas características em seu corpo estrutural delineadas pela pedagogia libertadora de Paulo Freire. Neste sentido, foram utilizadas diversas obras deste autor que embasam a matriz pedagógica deste estudo.

### **5.2 Caracterização do Campo**

A caracterização do campo de estudo, segunda vertente, construiu-se a partir de dados sociodemográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e perfil produtivo do município de Vitória da Conquista – BA. Utilizaram-se dados secundários dos sistemas de informação oficiais

brasileiros como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – a fim de caracterizar a população geral, população economicamente ativa e população ocupada; Instituto Nacional do Seguro Social– INSS - e Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, acessados por meio da base de dados do site da SUVISA, de onde foram extraídos dados sobre agravos relacionados ao trabalho e população de trabalhadores formais; Datasus, órgão responsável pela manutenção do sistema de informação do Ministério da Saúde. Por meio desse *site* foi acessado o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, utilizado para obter registros de óbitos relacionados ao trabalho; o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – para identificar os serviços de saúde existentes no município; Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – que caracteriza a rede básica; e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, permitindo o acesso a variáveis estratificadas por município, estado ou região a respeito das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Para os dados do INSS foi utilizado o período disponibilizado pelo *site* - 2003 a 2012, para o Sinan foi utilizado o período disponibilizado pelo *site* de 2007 a 2014.

O *site* do Ministério da Previdência Social – MPS – oferece acesso à base de dados dos Anuários Estatísticos da Previdência Social, nos quais estão disponíveis informações sobre os acidentes de trabalho típicos, de trajeto e fatais ocorridos em trabalhadores contribuintes do regime geral da previdência. Entretanto, os anuários trazem estratificação dos agravos apenas por Estados, não permitindo a análise por município. Os dados do INSS, acessados por meio do *site* da SUVISA, dizem respeito à população de trabalhadores formais. Por meio desta base de dados é possível distinguir apenas o que são acidentes de trabalho típico e de trajetos, contudo ela não permite a identificação do ramo de atividade, nem do agente causador do acidente. Outra limitação se refere à impossibilidade de identificar as doenças relacionadas ao trabalho. O Sinan, por se tratar do sistema oficial do Ministério da Saúde para registro dos agravos à saúde do trabalhador, cuja notificação é compulsória em todas as unidades de saúde do território baiano, abrange a notificação tanto dos trabalhadores formais quanto dos informais.

Os dados do SIM foram acessados no *site* do Datasus a partir do campo de estatísticas vitais, onde foi possível buscar dados preliminares resultantes de óbitos por causas externas e por acidentes de trabalho.

Estes dados possibilitaram construir um diagnóstico situacional da saúde dos trabalhadores do município, buscando traçar o perfil de morbimortalidade e o perfil produtivo,

análise considerada fundamental para o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador e, mais especificamente para dimensionar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

### **5.2.1 Cenário do estudo: O Município de Vitória da Conquista**

Vitória da Conquista é um município da região sudoeste do Estado da Bahia, com área de 3.704,018 Km<sup>2</sup>. Em 2010 tinha uma população de 306.866 habitantes (IBGE, 2010). Destes 274.739 residem na zona urbana e 32.127 na zona rural. A estimativa da população para o ano de 2014 é de 340.199. A População Economicamente Ativa (PEA) correspondia a 152.771 habitantes em 2010, o que representava 49,78% da população total. A maior concentração desta população estava na zona urbana (90,7%). Os homens representam 55,9% da PEA, as mulheres representam 44,1% e, no que se refere à ocupação, 9% da PEA encontrava-se desempregada em 2010.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização, Vitória da Conquista é referência para 73 municípios de sua Região de Saúde, possuindo os serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde, em consonância com o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990. O Sistema Único de Saúde do município de Vitória da Conquista tem investido no fortalecimento da Atenção Básica como estratégia para mudança do modelo assistencial buscando consolidar este ponto da rede como porta de entrada para os demais níveis do sistema (BRASIL, 2011; VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

Nesse sentido, parte do pressuposto de que AB ordena as RAS e coordena o cuidado dispensado ao usuário do sistema, devendo ser prestada de forma humanizada e igualitária.

A reestruturação da Atenção Básica em Vitória da Conquista teve início em 1998, quando o município assumiu a Gestão Plena da Atenção Básica do SUS. A gestão municipal optou pela inversão da lógica do modelo assistencial, permitindo a concentração e a otimização dos recursos e o fortalecimento da Atenção Básica (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

Em 1998, após discussão com a comunidade local por meio do Conselho Municipal de Saúde, iniciou-se o processo de implantação do PACS e PSF, com o objetivo de ampliar a cobertura e reorganizar o sistema de saúde. A princípio foram implantadas seis equipes do PACS,

cobrindo 43% da população e cinco equipes de saúde da família, com 6,5% de cobertura Básica (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

Atualmente, o município possui um complexo sistema de saúde que contempla os princípios e diretrizes do SUS em todos os seus níveis. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família, segundo a Diretoria de Atenção Básica do município, abrange 51% da população. A rede de Atenção Básica é composta por 07 Unidades Básicas de Saúde convencionais; 11 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde; 42 Equipes de Saúde da Família, 17 nas áreas rurais e 25 na zona urbana; 30 Equipes de Saúde Bucal; 4 Núcleos de Apoio à Saúde da Família; uma unidade móvel odontológica (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

A rede assistencial especializada do município é composta por: um Centro de Referência em DST/AIDS – Centro de Atenção e Apoio à Vida; um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; um Centro Municipal de Atendimento Especializado; um Centro Especializado em Reabilitação tipo II – Física e auditiva; três Centros de Atenção Psicossocial - Caps: um Caps ia (infantil e adolescente); um Caps II (adulto), um Caps AD (álcool e outras drogas); um Centro de Especialidade Odontológica - CEO III; um Unidade de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – SAMU/192 e de seis Unidades de Pronto Atendimento Fixo/24h e seis unidades hospitalares (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

A Saúde do Trabalhador está institucionalizada no município de Vitória da Conquista desde o ano de 2001, quando foi implantado o Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT). Em 2003, após a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador por meio da Portaria Federal nº 1679/GM de 19 de setembro de 2002 o Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador foi transformado em Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) sendo referência para a execução da Política de Saúde do Trabalhador no município e região (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013).

Segundo o organograma da Secretaria Municipal de Saúde, o Cerest faz parte da Diretoria de Vigilância em Saúde. Tem como função suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores no âmbito da sua área de abrangência, que, após a publicação da Resolução CIB nº 84/2011, comporta 19 municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista.

Ao longo de sua existência o Cerest vem realizando diversas atividades de formação em Saúde do Trabalhador no município de Vitória da Conquista e em toda a sua área de abrangência.

No ano de 2009, o serviço organizou uma capacitação em Saúde do Trabalhador para os profissionais da Rede Básica de Vitória da Conquista, a saber, médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Participaram aproximadamente 115 profissionais de nível superior, 120 profissionais de nível médio e em média 570 agentes de saúde. Nesta capacitação foram abordados temas gerais da Saúde do Trabalhador e notificação de agravos para os profissionais de nível superior. Na etapa com os ACS, além dos conceitos gerais sobre a Saúde do Trabalhador, foram discutidos temas como o mapeamento das atividades produtivas e conceitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Como atividade prática, complementar à etapa teórica, foi solicitado aos ACS que mapeassem os ambientes de trabalho do seu território de atuação, bem como realizassem uma inspeção em um destes locais em conjunto com os profissionais de nível superior. As atividades práticas propostas foram realizadas, entretanto, o mapeamento das atividades produtivas não foi consolidado pelo Cerest (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013).

Em 2012, a equipe do Cerest identificou que as relações entre a Atenção Básica e a Saúde do Trabalhador eram frágeis ou praticamente inexistentes. Então, mais uma vez, foi realizada uma capacitação para todos os profissionais de nível superior com o objetivo de implementar as notificações de agravos relacionados ao trabalho. O modelo dessa capacitação foi construído pela Divast/Cesat estruturado na metodologia da aprendizagem baseada em problemas. Foram abordados os conceitos de Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador, Sinan e protocolos de notificação de acidentes de trabalho grave, acidentes de trabalho com material biológico e intoxicação por agrotóxico (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013).

Após a capacitação o número de pacientes encaminhados ao Cerest pela AB aumentou, contudo, as notificações pela AB que eram o objetivo da capacitação apresentaram mudança quase que inexpressiva (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013).

Em 2013, após uma exigência do Ministério Público, o município realizou concurso público, o que representou a renovação de parte do quadro de servidores, resultando em ganho no estabelecimento dos vínculos dos profissionais de saúde, mas, por outro lado, significou a perda de alguns dos profissionais capacitados anteriormente, a exemplo de alguns enfermeiros, médicos, odontólogos e técnicos de enfermagem. Os ACS, como já haviam passado pelo processo de efetivação, permanecem na rede até os dias atuais. Devido a estes contratemplos, foi feito um levantamento nos registros das capacitações realizadas em 2009 e 2012 pelo Cerest e

percebeu-se que alguns enfermeiros e boa parte dos médicos e odontólogos continuam na rede básica, tendo sido transferidos apenas de unidade de saúde.

### **5.2.2 Perfil Produtivo**

Vitória da Conquista possui a quinta maior economia da Bahia, com participação de 2,29% no Produto Interno Bruto – PIB – estadual. No ano de 2009, as riquezas produzidas em solo conquistense geraram R\$ 3,142 bilhões, um aumento de 18,5% em relação ao ano de 2008. Em dez anos, de 1999 a 2009, o PIB municipal apresentou um crescimento superior a 340%. Esse crescimento se baseia na expansão de um grande conjunto de atividades. O destaque está no setor de serviços, responsável por mais de 70% do PIB do município. Nessa área, o município ocupa a 6ª posição no Estado, com R\$ 2,224 bilhões acumulados em 2009. O comércio forte e dinâmico e os serviços educacionais e os de saúde contribuem de maneira fundamental para o desenvolvimento desse setor. A construção civil é outro vetor de crescimento, principalmente, nos últimos cinco anos. O setor tem grande participação na geração de empregos, com fortalecimento do mercado local (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

Segundo o IBGE (2010), os setores que empregaram maior parte da população ocupada foram o comércio e reparação de veículos (22,8%) concentrando 31.639 trabalhadores, agrícola (11,4%) com 15.776 trabalhadores, indústria de transformação (9,7%) com 13.438 trabalhadores e construção (8,2%) com 11.314 trabalhadores (Tabela 1).

**Tabela 1 – População ocupada (10 ou mais anos de idade) segundo ramo de atividade no trabalho principal, 2010, em Vitória da Conquista – BA.**

Ramo de atividade no trabalho	Bahia (N = 5.841.080) %	Vitória da Conquista (N = 138.570) %
<b><u>Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura</u></b>	<b>26,0</b>	<b>11,4</b>
Indústrias extrativas	0,5	0,1
<b><u>Indústrias de transformação</u></b>	<b>6,6</b>	<b>9,7</b>
Eletricidade e gás	0,2	0,2
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	0,8	0,9
<b><u>Construção</u></b>	<b>7,6</b>	<b>8,2</b>
<b><u>Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas</u></b>	<b>15,9</b>	<b>22,8</b>
Transporte, armazenagem e correio	3,7	4,6
Alojamento e alimentação	3,5	4,0
Informação e comunicação	0,6	0,5
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	0,8	1,0
Atividades imobiliárias	0,3	0,3
Atividades profissionais, científicas e técnicas	1,6	1,8
Atividades administrativas e serviços complementares	2,4	1,6
<b><u>Administração pública, defesa e seguridade social</u></b>	<b>5,2</b>	<b>4,6</b>
<b><u>Educação</u></b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>
Saúde humana e serviços sociais	3,2	4,0
Artes, cultura, esporte e recreação	0,7	0,8
Outras atividades de serviços	2,4	3,4
<b><u>Serviços domésticos</u></b>	<b>7,0</b>	<b>7,7</b>
Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	0,0	0,0
Atividades mal especificadas	5,2	6,6

Fonte: MTE (RAIS – CAGED), 2010.

Vitória da Conquista tem em seu território um importante polo industrial do ponto de vista econômico e de interesse para a Saúde do Trabalhador. O polo industrial é denominado de Distrito Industrial dos Imborés e foi implantado em 7 de março de 1975, numa área de 499 hectares, localizado a 5 km ao norte do centro de Vitória da Conquista, pela BR-116, que o liga ao sistema nacional de rodovias. A BR-415 conecta Vitória da Conquista ao Porto de Malhado em Ilhéus. Funcionou inicialmente com apenas duas indústrias.

Segundo a Superintendência de Desenvolvimento Social e Industrial – SUDIC – Vitória da Conquista possui 71 empresas instaladas no Distrito Industrial, cujos ramos produtivos são: produtos alimentares, minerais não-metálicos, química, metalurgia e mecânica, perfumaria, sabões e velas, bebidas e estofados (SUDIC, 2015).

Contudo, além do Distrito Industrial dos Imborés há uma predominância de indústrias de transformação no centro da cidade e no bairro Ibirapuera com até 65 indústrias instaladas. Uma das vantagens em se instalar a indústria no perímetro urbano é a redução dos custos envolvidos,

como transporte dos trabalhadores, dentre outras. Outros bairros que apresentam também destaque são: Felícia, Boa Vista e Brasil com até 37 indústrias. Já os bairros São Pedro, Campinhos, Jatobá, Airton Senna, Nossa Senhora Aparecida e Primavera apresentam menor número de indústrias, com até três indústrias implantadas (FIEB, 2011; SUDIC, 2012).

As indústrias implantadas no município apresentam atividades econômicas diversas. Segundo a Federação das Indústrias do Estado da Bahia – FIEB –, Vitória da Conquista possui 478 empresas caracterizadas como atividades industriais. Predominam no município as fábricas de produtos alimentícios e confecções, cuja presença é expressiva em praticamente todos os bairros. Este setor de produção de gêneros alimentícios, aqui abordado, em sua grande maioria é representado pelas pequenas fábricas, em muitos casos residenciais, de produtos de panificação, confeitaria e biscoitos. Em seguida, tem-se o setor de fabricação de confecções também espalhados nos bairros residenciais, caracterizado por pequenas empresas. O setor de fabricação de móveis também tem destaque, especialmente no Distrito Industrial (FIEB, 2015).

Os dados apresentados até aqui, referentes ao perfil produtivo do município, dizem respeito à população formal cadastrada nas bases de dados e aos empregos formais. A população trabalhadora empregada no setor informal não está visível aos órgãos como Ministério do Trabalho, Previdência Social etc. Neste sentido, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pela Atenção Básica podem contribuir mapeando o perfil produtivo e identificando a população informal de cada território, rompendo com a invisibilidade dessa população que, em sua maioria, só terá o Sistema Único de Saúde como política pública na garantia de seus direitos sociais.

### **5.2.3 Perfil Epidemiológico**

A diversidade de agravos à saúde que acometem os trabalhadores constitui-se num desafio para os estudos epidemiológicos direcionados para este segmento, variando desde doenças decorrentes da introdução de novas tecnologias às doenças provocadas por contaminação por agentes cancerígenos e outros agravos (LACAZ, 1997).

Estudos sobre acidentes de trabalho no Brasil recorrem ao sistema de informação do MPS como fonte de informação, pois devido à sua natureza securitária o próprio trabalhador tem interesse em informar o agravo que o acometeu para pleitear direitos previdenciários, aumentando sua capacidade de detecção dos casos. Também as empresas são obrigadas a comunicar à

Previdência Social a ocorrência dos acidentes com a finalidade de viabilizar a concessão dos benefícios pecuniários (MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 1994).

No entanto, esse sistema apresenta algumas limitações, entre as quais, o fato de conter, exclusivamente, dados sobre os segurados pelo Regime Geral de Previdência Social, portanto não inclui informações sobre os trabalhadores vinculados a regimes próprios de previdência, como os militares e servidores públicos da esfera municipal, estadual e federal, além dos trabalhadores autônomos e em situações de emprego informal que somam grande parte da população trabalhadora (BRASIL, 2011c).

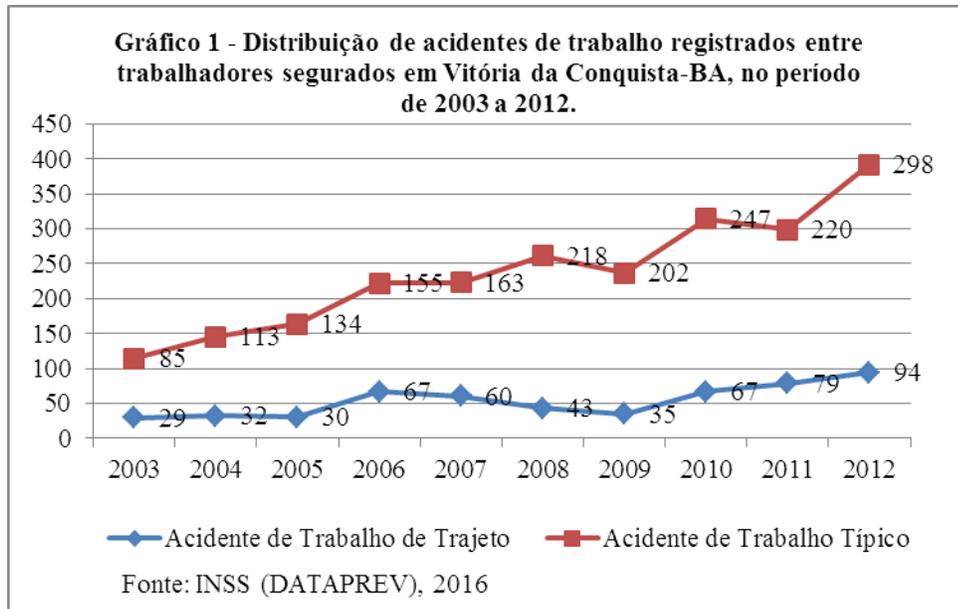
Outra limitação que deve ser considerada diz respeito à dificuldade de agregar informações subjetivas, necessárias à interpretação e análise dos acidentes, tais como: situação geradora do acidente ou agravamento, especificação do local do acidente, agente causador, diagnóstico provável e descrição da natureza da lesão (BRASIL, 2011c).

O SUS disponibiliza uma complexa rede de sistemas em que se registram dados sobre mortalidade, internações hospitalares, informações ambulatoriais, atenção básica, profissionais de saúde, orçamento público, entre outros. Os sistemas do Ministério da Saúde que são usados, com maior frequência, em estudos e análises sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador são: o Sinan e o SIM.

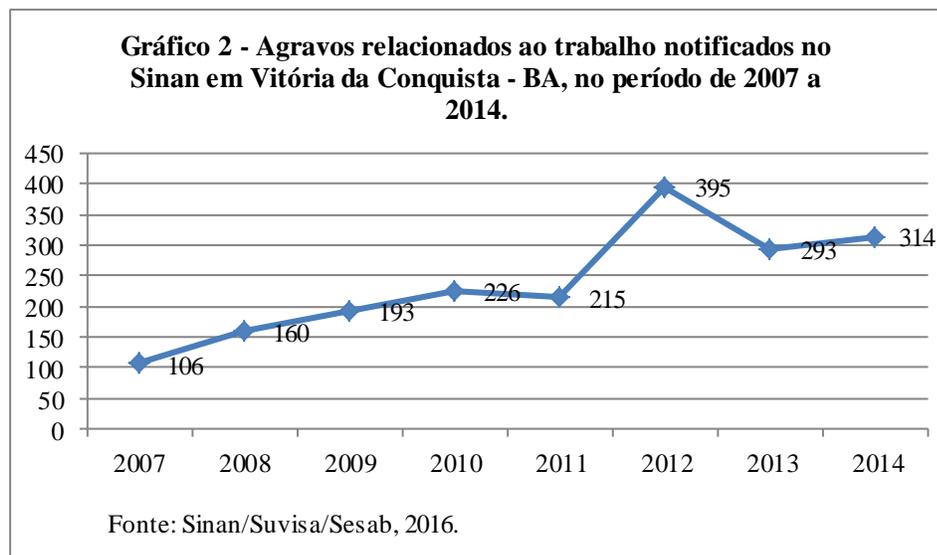
Uma limitação a ser superada pelo Sinan está relacionada a melhorar o acesso aos dados por meio da *internet*, pois, no *site* oficial do Departamento de Informática do SUS – Datasus –, ao contrário dos demais sistemas, não há possibilidade de acesso à base de dados do Sinan que permita tabulações e análises epidemiológicas dos agravos relacionados ao trabalho.

O SIM constitui-se como uma importante fonte de informação para análise de acidentes de trabalho que culminaram com a morte do trabalhador, possibilitando a construção de um panorama sobre as perdas decorrentes da mortalidade precoce de trabalhadores. O documento base do SIM é a Declaração de Óbito – DO e tem como vantagem o fato de ser emitida para todos os trabalhadores, independente de sua relação com o mercado de trabalho. Apresenta a desvantagem do alto percentual de declarações com inadequado preenchimento do campo que relaciona o óbito por causas externas ao trabalho. Essa precariedade é recorrente tanto no que se refere à quantidade de acidentes relacionados ao trabalho, quanto à qualidade da informação, devido ao preenchimento incompleto ou incorreto da declaração em outros campos como, por exemplo, ocupação (FACCHINI; NOBRE; FARIA, 2005, OLIVEIRA; MENDES, 1997).

No ano de 2012 foram registrados 298 casos de Acidente de Trabalho Típico e 94 casos de Acidente de Trabalho de Trajeto. Embora em alguns anos sejam observadas pequenas quedas no registro de Acidentes de Trabalho verifica-se que, no geral, eles apresentam uma curva crescente (gráfico 1). Verifica-se também o registro de 1.301 casos de doenças relacionadas ao trabalho e 34 óbitos no período de 2003 a 2012 pelo INSS.



O gráfico 2 apresenta os agravos relacionados ao trabalho no Sinan sendo possível observar um incremento significativo nas notificações em todos os anos, a exceção do ano de 2013 onde verifica-se um decréscimo nas notificações.



Na tabela 2 são apresentadas as doenças do trabalho mais frequentes notificadas no Sinan para o período de 2007 a 2014. Observa-se que as LER/DORT somam 341 casos representando 86,1% do total das notificações. Embora a subnotificação de agravos e doenças relacionadas ao trabalho no Sinan seja muito expressiva e dificulte a análise da real situação, verifica-se um número significativo de casos de Transtorno Mental, sendo válido ressaltar que são notificados no Sinan apenas os casos relacionados a estresse pós-traumático.

**Tabela 2 - Distribuição das Doenças do Trabalho registradas no Sinan, em Vitória da Conquista, 2007 a 2014.**

<b>Doenças</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
LER DORT	341	86,1
Transtorno Mental	20	5,1
Intoxicações Exógenas	20	5
Dermatoses Ocupacionais	7	1,8
PAIR	7	1,8
Pneumoconiose	1	0,1
Total	396	100

Fonte: Sinan/Suvisa/Sesab, 2016

Foram registrados no SIM 75 óbitos por acidente de trabalho em trabalhadores residentes em Vitória da Conquista no período de 2007 a 2013. No Sinan, observa-se o registro de apenas 26 óbitos relacionados ao trabalho para o mesmo período. Com isto, verifica-se uma discrepância muito grande entre os sistemas de informação e incompatibilidade dos dados, dificultando sua análise.

Apesar das limitações, os sistemas de informação são indispensáveis para alertar sobre as situações de maior gravidade num cenário ainda desconhecido. São incontestáveis os avanços no setor saúde quanto à qualidade da informação, entretanto a melhoria da qualidade da Vigilância em Saúde do Trabalhador precisa de dados mais sólidos que embasem suas ações, para tanto, é fundamental e urgente a tomada de decisões que busquem superar o expressivo subregistro.

### **5.3 Técnica de pesquisa**

A terceira vertente do estudo se deu em duas etapas.

#### **Etapa 1 – Entrevista com os enfermeiros**

Nessa etapa, os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família escolhidos por serem historicamente responsáveis pela capacitação e acompanhamento

das ações dos ACS e serem considerados elementos indispensáveis para a concretização das ações de Visat na AB. Como o município possui 42 ESF, foram convidados os 42 enfermeiros dessas equipes. Entretanto, participaram da pesquisa 35 profissionais.

A técnica de pesquisa para abordagem dos enfermeiros foi o questionário semiestruturado. O instrumento de coleta foi testado e validado. O questionário semiestruturado foi escolhido como técnica por possibilitar a construção de informações importantes ao objeto da pesquisa. É uma fonte de informações, podendo fornecer dados secundários e primários. No questionário semiestruturado combina-se perguntas fechadas e abertas onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

O contato inicial com os enfermeiros aconteceu em reunião agendada pela Diretoria de Atenção Básica do município, na qual participaram quase todos os enfermeiros da AB do município.

Na oportunidade foi iniciada a coleta de dados tendo sido concedido o tempo de 60 minutos para explanação sucinta dos objetivos da pesquisa, preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – e aplicação do questionário.

Para extrair a percepção do enfermeiro a respeito da qualificação dos ACS em Visat, o instrumento de entrevista foi dividido em questões fechadas e questões abertas. As questões fechadas abordaram os seguintes tópicos: Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica; O Agente Comunitário de Saúde e as ações de Saúde do Trabalhador. As questões abertas suscitaram duas categorias: A qualificação em Visat e o apoio ao trabalho dos ACS ; A função da Vigilância em Saúde, do Cerest e do Nasf.

### **Etapa 2 – Grupo focal com os Agentes Comunitários de saúde**

Foi realizado com 23 Agentes Comunitários de Saúde utilizando a técnica de grupo focal, buscando conhecer as ideias e o posicionamento do grupo quanto às diversas ações de ST e quanto à elaboração da proposta pedagógica de capacitação em Visat.

O grupo focal é considerado uma técnica de pesquisa qualitativa, caracterizando-se como uma forma de entrevista com um grupo de participantes previamente selecionados, permitindo a coleta de informações baseadas na comunicação e na interação grupal com fins de buscar detalhes concentrados no tema específico, também guiado por um roteiro semiestruturado (Apêndice B). A captação de significados por meio da interação do grupo diferencia essa prática

da entrevista individual, posto que possibilita a análise pela abordagem do interacionismo simbólico, enfatizando a construção do significado por meio das visões expressas no grupo e que podem ser diferentes das visões privadas expressas nas entrevistas individuais (BOMFIM, 2009; GATTI, 2012; BARBOUR, 2009).

Como critério de inclusão para participação no estudo considerou-se 50% das unidades de zona urbana e 50% das unidades de zona rural. Foram sorteadas 12 (50%) unidades de saúde urbanas e 08 (50%) unidades de saúde rurais.

Visando enriquecer a discussão do grupo focal, foi incluída no estudo a Equipe de Saúde da Família de Lagoa das Flores, considerada como zona intermediária entre urbana e rural. Lagoa das Flores está localizada às margens da BR 116, é responsável por grande parte da produção de hortaliças do município e abriga também o Distrito Industrial de Vitória da Conquista. Foi convidado um ACS de cada unidade selecionada, adotando-se como critério de escolha o agente com maior tempo de trabalho.

Com o objetivo de conferir maior homogeneidade na organização e participação dos grupos, foram realizados três grupos focais: o primeiro com os ACS de Lagoa das Flores, o segundo com os ACS da zona urbana e, o terceiro e último grupo, com os ACS da zona rural.

Para agendamento dos grupos foi enviado ofício contendo informações sobre a pesquisa aos enfermeiros responsáveis pelas equipes de saúde e solicitado a eles que informassem aos ACS o dia, local e horário para o grupo focal. Os grupos focais foram gravados com um Ipod da Apple e transcritos pela pesquisadora.

#### **5.4 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz. Foram seguidas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes para pesquisa com seres humanos. Os sujeitos de pesquisa foram informados sobre os objetivos deste estudo por intermédio do TCLE e todas as dúvidas foram dirimidas. O formulário TCLE foi assinado pela pesquisadora e pelos sujeitos de pesquisa em duas vias, sendo entregue uma via para o participante e arquivada a outra pela autora da pesquisa, em local seguro.

## 5.5 Análise dos dados

Para análise dos dados utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Para Bardin (2004), a análise do conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo analisado, tem como objetivo identificar indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. Para o desenvolvimento da técnica foram seguidas três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na primeira etapa, pré-análise, procedeu-se a leitura flutuante, onde ocorreu contato direto e íntimo com o material de campo, onde a pesquisadora imergiu no conteúdo. Em seguida iniciou-se a constituição do corpus do trabalho, que, segundo Minayo (2014), diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, buscando atender à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Na segunda etapa ocorreu a exploração do material num sentido classificatório buscando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Neste momento, a pesquisadora formulou as categorias com base na redução do texto às palavras e expressões significativas. Em seguida os dados foram classificados e agregados. A terceira etapa consistiu no tratamento dos resultados e interpretação, inter-relacionando os dados com o marco teórico desenhado inicialmente.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo foi sistematizado o estudo empírico de modo que o roteiro de análise das falas dos entrevistados e as observações do grupo focal seguissem a ordem do questionário semiestruturado e do roteiro de participação no grupo focal. A apresentação dos resultados seguirá as etapas definidas para a realização do estudo e descritas na metodologia. A primeira etapa dos resultados descreve a participação dos enfermeiros na pesquisa. A segunda refere-se ao grupo focal realizado com os Agentes Comunitários de Saúde.

### **6.1 Resultados da Etapa 1 – A percepção dos enfermeiros**

Participaram desta etapa 35 enfermeiros. Estavam presentes na reunião agendada pela Diretoria de Atenção Básica 38 enfermeiros, entretanto, 03 profissionais recusaram-se a participar do estudo. No geral, as respostas às questões abertas atenderam ao que foi solicitado. Apenas alguns enfermeiros deixaram essas questões em branco ou responderam com muita superficialidade. Nenhum informante respondeu à última questão aberta. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **a) Caracterização dos enfermeiros**

Dos 35 enfermeiros entrevistados, 25 trabalham em unidades de saúde da zona urbana e 10 na zona rural. A tabela 3 apresenta o perfil desses enfermeiros no que se refere ao sexo, tempo de formação, tempo de trabalho na Atenção Básica e capacitação em Saúde do Trabalhador. 89% dos entrevistados eram do sexo feminino, predominância observada em todo o contexto da profissão de enfermagem. A média de idade foi de 32 anos (mínima de 23 e máxima de 42). 37 % apresentaram tempo de formação correspondente a 10 anos ou mais e 26% (9) 4 a 6 anos de formado, o que demonstra que o quadro de enfermeiros do município é bem misto.

**Tabela 3 - Perfil dos enfermeiros**

<b>Total de Participantes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
M	4	11
F	31	89
<b>Tempo de Formado</b>		
1 a 3 anos	7	20
4 a 6 anos	9	26
7 a 9 anos	6	17
10 ou mais anos	13	37
<b>Tempo na AB</b>		
menos de 1 ano	1	3
1 a 2 anos	14	40
3 a 6 anos	6	17
7 a 9 anos	4	11
10 ou mais anos	10	29
<b>Capacitação em ST</b>		
Sim	13	37
Não	22	63

Chama atenção o tempo de trabalho na Atenção Básica do município de Vitória da Conquista, 40% dos enfermeiros informaram de 1 a 2 anos, o que corresponde exatamente ao período de realização do último concurso público municipal. Esta informação revela que boa parte dos enfermeiros são profissionais novos no município. A realização deste concurso representa um ganho para o município, pois busca evitar a rotatividade dos profissionais e garantir o estabelecimento do vínculo entre o profissional e a comunidade. Com relação à variável capacitação, 63% dos enfermeiros nunca foram capacitados para ações voltadas à Saúde do Trabalhador, o que, de certa forma, pode significar um entrave no apoio à qualificação do ACS em Vigilância à Saúde do Trabalhador.

#### **b) Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**

A análise dos dados desta etapa permite afirmar que os enfermeiros reconhecem como atribuição da Atenção Básica o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador que foram elencadas. Todavia, conforme pode ser observado no quadro 1 eles não desenvolvem essas ações

em sua rotina de trabalho na mesma proporção.

**Quadro 1 – Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**

Ação	Ações de Saúde do Trabalhador que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica (n = 35)	Ações de Saúde do Trabalhador são desenvolvidas na Atenção Básica (N = 35)
Identificação dos usuários que são trabalhadores na área de abrangência da sua equipe de saúde da família	83%	26%
Mapeamento da atividade produtiva do território da área de abrangência da sua equipe de saúde da família	80%	23%
Identificação dos principais fatores de risco para a saúde presentes no trabalho (trabalhadores do setor formal ou informal)	86%	20%
Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho e seus desdobramentos (orientação dos trabalhadores e encaminhamentos trabalhistas e previdenciários)	77%	31%
Notificação de agravo relacionado ao trabalho (Sinan)	86%	86%
Ações educativas relacionadas ao trabalho direcionadas à promoção e proteção da saúde no trabalho	77%	43%

Fonte: Levantamento de campo.

Para 83% dos enfermeiros, identificar os usuários trabalhadores da área de abrangência é uma ação que pode ser desenvolvida na AB. Entretanto, apenas 26% realizam essa atividade. Dias e Silva (2013) destacam que as informações sobre o perfil dos trabalhadores que integram a população de usuários sob a responsabilidade das equipes da Atenção Básica, obtidas a partir do mapeamento local e cadastramento das famílias, podem e devem ser desenvolvidas na Atenção Básica e complementadas em outras abordagens que envolvam o trabalho das equipes.

A consulta médica e de enfermagem são momentos importantes para identificar o usuário como trabalhador e investigar se a queixa ou problema de saúde trazido pelo usuário tem relação com o trabalho.

Na formação médica e de enfermagem, tradicionalmente, não se dá atenção à relação entre trabalho e saúde. De acordo com Chiavegatto (2010), esta lacuna na formação dificulta que os profissionais realizem em sua prática cotidiana de trabalho a relação entre trabalho e saúde.

A atividade de mapeamento do território faz parte da rotina de trabalho das equipes de Atenção Básica. Embora 80% dos enfermeiros reconheça que o mapeamento das atividades produtivas pode ser desenvolvido pela equipe de AB, apenas 23% executam essa ação em sua rotina. O mapeamento do território é realizado periodicamente pelos ACS. Neste sentido, essa ação possibilita à equipe conhecer mais sobre a vida das famílias e os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. De acordo com Dias e Silva (2013), para as ações de Saúde do Trabalhador é importante que se discuta o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença da população que vive e trabalha no território de atuação dessas equipes.

Para Dias e *et al.*, (2012) o diagnóstico local realizado pelas equipes de saúde abrange a caracterização do espaço geográfico, incluindo aspectos demográficos, sociais, ambientais, produtivos, entre outros. Entretanto, as informações sobre os processos produtivos no território e os possíveis riscos à saúde relacionados, bem como os impactos no ambiente, não têm sido incorporados no planejamento e desenvolvimento de ações de vigilância direcionadas à população, seja população trabalhadora ou geral. Além da identificação dos processos produtivos desenvolvidos no território, é importante que se identifique o perfil de trabalho desenvolvido nos espaços domiciliares e peridomiciliares, bem como os riscos e perigos para a saúde do trabalhador envolvido, dos outros membros da família e até mesmo da vizinhança.

77% dos enfermeiros consideram que a Atenção Básica pode estabelecer a relação entre saúde-trabalho-doença. 31% relataram que realizam essa ação. Para Dias e Silva (2013), considerando que os problemas de saúde relacionados ao trabalho muitas vezes são complexos e não podem ser resolvidos na AB, para que esta, de fato, possa coordenar o cuidado integral à saúde do usuário-trabalhador, é essencial contar com o apoio de outros pontos de atenção da rede, para garantir o diagnóstico correto, o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho, definir e implementar adequadamente o plano terapêutico.

As autoras acrescentam que o estabelecimento da relação do agravo ou doença com o trabalho deve desencadear a notificação no Sinan e as ações de vigilância e intervenção em ambientes de trabalho de modo articulado com a Vigilância em Saúde. Além disso, o trabalhador deve ser orientado quanto à origem, evolução e prevenção da doença e sobre seus direitos

trabalhistas e previdenciários. A notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sinan foi identificada por 86% dos enfermeiros como ação que pode ser desenvolvida na AB e 86% sinalizaram que já realizam essas notificações.

Com relação às ações educativas, 77% dos enfermeiros reconhecem que a Atenção Básica pode desenvolver processos educativos junto ao trabalhador no sentido de promover e proteger sua saúde. 43% dos enfermeiros afirmaram que já executam essa atividade. Para Dias e Silva (2013), as ações educativas no campo da Saúde do Trabalhador incluem o reconhecimento do trabalho como oportunidade de saúde, uma vez que o adoecimento não é inerente a ele, segundo enfoque da determinação do processo saúde-doença. Assim, essas ações visam a “empoderar” o trabalhador, por meio do conhecimento e de informações sobre as relações trabalho-saúde-doença e do estímulo à organização dos trabalhadores.

### **c) O ACS e as ações de Saúde do Trabalhador**

Os Agentes Comunitários de Saúde são essenciais para o estabelecimento de vínculo e relações de confiança entre a comunidade e a equipe de saúde, pois eles desempenham um papel fundamental na atenção integral à saúde dos trabalhadores, cadastrando e recolhendo informações sobre o perfil sociodemográfico desta população, identificando atividades produtivas desenvolvidas no domicílio e peridomicílio e os possíveis fatores de risco para a saúde dos trabalhadores (LACERDA e SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

Sobre o trabalho do ACS, observamos na tabela 5 que os enfermeiros concordaram com bastante ênfase sobre as ações de Saúde do Trabalhador que podem ser desenvolvidas por estes profissionais. Este resultado sugere que os enfermeiros, profissionais responsáveis pela supervisão dos ACS, podem apoiar as ações de Saúde do Trabalhador executadas pelos agentes.

O item 1 do quadro 2 aborda o registro das pessoas que trabalham e a ocupação dos membros da família na ficha A. 97% dos enfermeiros consideraram que esta ação pode ser executada pelos ACS. A ficha A é um instrumento usado pelas unidades de saúde da família para o cadastramento familiar, possuindo em seu escopo um espaço denominado ocupação, em que o ACS deve preencher a ocupação de todos os membros da família. O registro das atividades produtivas domiciliares também é feito pelos ACS por meio do preenchimento desta ficha.

O item 2 refere-se à ação do ACS de observar o espaço domiciliar em busca de atividades produtivas e identificar os possíveis riscos/perigos a elas relacionados, e que podem expor o

trabalhador, a família e até mesmo a comunidade. 91% dos enfermeiros consideraram que o ACS pode executar essa atividade.

Silva (2009), em um estudo sobre o perfil de competência do ACS, identificou como desempenho necessário ao ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador que este profissional, em visita domiciliar, observa, investiga e registra em quê 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. 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.

O item 3 guarda estreita relação com o item 2, pois para que o ACS possa orientar o trabalhador sobre os riscos e perigos à saúde do trabalhador, o agente precisa conhecer e identificar as atividades produtivas do seu território, bem como os riscos relacionados a elas. Entretanto, 69% dos enfermeiros identificaram o item 3 como ação a ser desenvolvida pelo ACS.

Para Silva e Dias (2013), a atribuição comentada no item 3, faz parte de ações educativas e ações de promoção da saúde. Contudo, elas requerem que se estabeleça um vínculo e uma relação de confiança entre equipes de saúde e usuários/comunidades. Estas ações podem e devem ser desenvolvidas individual e coletivamente, inclusive nos grupos já formados pelas equipes de AB, nos quais participam trabalhadores, haja vista que oferecem oportunidade para discussão da relação saúde-doença-trabalho. O ACS desempenha papel fundamental no desenvolvimento das ações educativas, atuando como mediador, tradutor e elo entre as equipes de saúde e a comunidade.

O item 4 que trata da relação entre as queixas dos membros das famílias com o tipo de trabalho que desenvolvem foi apontado por 74% dos enfermeiros como uma ação a ser desenvolvida pelo ACS. É essencial que o profissional de saúde investigue se a queixa ou problema de saúde explicitado pelo usuário possuem relação com o trabalho atual ou progresso destes, por meio da coleta da história ocupacional. Para Silva e Dias (2013), o acolhimento e a consulta médica e de enfermagem, por exemplo, são oportunidades para reconhecer o usuário como trabalhador.

As autoras ainda comentam que a escuta do trabalhador permite conhecer as tarefas mais

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

Haja vista que os problemas de saúde do trabalhador muitas vezes são complexos e não podem ser resolvidos na AB, é necessário que os fluxos de referência e contrarreferência do usuário trabalhador estejam bem estabelecidos. O estabelecimento da relação da doença ou agravo com o trabalho deve desencadear a notificação no Sinan e as ações de vigilância e intervenção nos ambientes de trabalho.

Identificar e mapear as atividades produtivas instaladas no território de atuação das equipes (item 5), foi apontada por 91% dos enfermeiros com uma ação possível de ser desenvolvida pelos ACS. Essa ação compreende um diagnóstico local realizado pelos ACS e abrange a caracterização do espaço geográfico onde está inserida a equipe de saúde da família, incluindo aspectos demográficos, sociais, ambientais, produtivos, entre outros.

No entanto, segundo Dias *et al.*, (2012), as informações sobre os processos produtivos instalados no território e os possíveis riscos à saúde relacionados, bem como os impactos no ambiente, não têm sido incorporados no planejamento e desenvolvimento de ações de vigilância direcionadas à população, seja população trabalhadora ou geral.

Como a Ficha A preconizada pelo Ministério da Saúde não contempla campo específico para o registro dessas informações, sugere-se que sejam feitas no campo de observações presente na ficha. Esse registro é muito importante, uma vez que o trabalho domiciliar vem crescentemente sendo incorporado nas cadeias produtivas da indústria de alimento, de calçados, de facções, entre outras. A realização desse mapeamento pode ser apoiada pelo Cerest, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e/ou outro dispositivo do SUS, a fim de discutir a importância desse processo, os riscos para a saúde da população advindos desses processos produtivos e a eleição de ações prioritárias para o desenvolvimento do cuidado aos trabalhadores.

Discutir com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento, com base no conhecimento das necessidades dos trabalhadores

(item 6), foi apontado por 91% dos enfermeiros como ação de Saúde do Trabalhador a ser desenvolvida pelos ACS.

Nas visitas domiciliares os ACS podem identificar e analisar os fatores que possam limitar uma atenção ágil e resolutiva. Silva (2009), em estudo sobre o perfil de competência dos ACS relata que, especificamente no Campo da Saúde do Trabalhador, os ACS 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 devem ser discutidas pelos ACS com seus coordenadores durante as reuniões. A ausência de um fluxo estruturado para o cuidado especializado em Saúde do Trabalhador é um dos principais entraves à implementação de suas ações.

**Quadro 2 – Ações de Saúde do Trabalhador que podem ser desenvolvida pelo ACS**

Ação	N =	%
	35	
1. Identificar e registrar na ficha A as pessoas que trabalham e a ocupação de todos os membros da família	34	97
2. Observar cuidadosamente o espaço domiciliar e o entorno, em busca de atividades produtivas desenvolvidas no território e identificar os possíveis riscos/perigos, a ele relacionados, a que podem estar expostos o trabalhador, a família e a comunidade	32	91
3. Orientar de forma ética o trabalhador sobre os riscos e perigos à sua saúde e sobre a garantia de direitos previdenciários, trabalhistas e sociais	24	69
4. Buscar estabelecer a relação entre queixas dos membros das famílias de sua área de atuação com o tipo de trabalho que desenvolvem	26	74
5. Identificar e mapear as atividades produtivas instaladas no território de atuação das equipes (exemplo: fábricas, açougues, lojas)	32	91
6. Discutir com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento, com base no conhecimento das necessidades dos trabalhadores	32	91

#### **d) A qualificação em Visat e o apoio ao trabalho dos ACS**

A capacitação dos ACS em Saúde do Trabalhador tem sido encarada como um desafio, pois é necessário que se reconheça a diversidade de suas experiências diárias de enfrentamento dos problemas que envolvem as relações trabalho-saúde-doença e esses saberes sejam

incorporados nos processos de capacitação.

Os entrevistados foram identificados por número, exemplo: E1 = entrevistado 1. Os enfermeiros consideraram que a atuação dos ACS no campo da Saúde do Trabalhador, requer deles múltiplos saberes e habilidades, o que implica em uma qualificação sólida e permanente. Neste sentido, para uma formação em Vigilância em Saúde do Trabalhador, a maioria dos entrevistados constatou que devem ser realizadas ações de educação permanente ao invés de capacitações pontuais, pois, estas, em sua maioria, de acordo com algumas falas, não produzem o efeito esperado.

Acredito ser a educação permanente a melhor estratégia. Capacitações pontuais por vezes são esquecidas e não são efetivas. A proposta pedagógica tem que ser dinâmica e lúdica fazendo com que o ACS entenda a importância de seu trabalho na vigilância à saúde do trabalhador (E10).

A capacitação pode ser feita de forma contínua, não pontualmente como ocorre no município. Dessa forma, é mais fácil identificar as fragilidades no campo de trabalho dos ACS, podendo assim auxiliar na construção de estratégias de enfrentamento (E11).

Em uma unidade de saúde é primordial realizar educação permanente com os ACS incentivado a desenvolver atividades em domicílio, acreditando que sua vigilância é muito importante para prevenção e promoção à saúde (E16).

Para Chiavegatto (2010), a educação permanente é mais ampla e engloba diversas ações de capacitação cujos resultados promovem mudança organizacional. A capacitação isoladamente pode não resultar em reestruturação do modo de agir e pensar de uma instituição, mas promover mudanças em nível individual. A reflexão sobre os resultados dos processos de capacitação é condição indispensável para a educação permanente, que requer ainda análise estratégica e estudo dos determinantes culturais em uma dada organização.

Alguns enfermeiros apontaram as reuniões de equipe (semanais na zona urbana e mensais na zona rural) como momento oportuno para o desenvolvimento de capacitações em saúde do trabalhador. Embora esses momentos sejam curtos, eles são constantes e, se aproveitados adequadamente, podem contribuir para a efetivação das ações de Visat na AB garantindo o envolvimento de toda a equipe.

Foi possível identificar na fala dos entrevistados a necessidade de qualificar também os enfermeiros a fim de que eles possam acompanhar e apoiar o trabalho dos ACS executando as ações de forma mais harmônica possível. Essa preocupação demonstra que os profissionais de enfermagem sentem-se de fato responsáveis pelo trabalho desenvolvido pelos Agentes

Comunitários de Saúde, haja vista que no espaço da Atenção Básica, especialmente da ESF, o enfermeiro é o trabalhador mais próximo do cotidiano dos ACS. Neste sentido, Souza e *et al.*, (2013) identificaram em seu estudo que o enfermeiro tem sido definido como responsável pelas ações de suporte e também de formação e acompanhamento dos ACS, reafirmando o caráter de cooperação para qualificação do trabalho, bem como das relações entre esses dois atores.

Chiavegatto (2010) concluiu em seu estudo que os profissionais de nível superior da atenção básica reconhecem o seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador e urgem pela necessidade de capacitação neste campo de atuação. Ela acrescenta que a atenção básica capacitada pode ter condições de atuar com bom nível de resolubilidade no campo saúde e trabalho.

Algumas falas abordaram conteúdos para a qualificação dos ACS, a exemplo de doenças e agravos relacionados ao trabalho, principais riscos e perigos relacionados à saúde do trabalhador, notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho e identificação de atividades produtivas instaladas no território de atuação das equipes.

Realizar capacitações para os acs sobre saúde do trabalhador e agravos relacionados ao trabalho (E15) / Oferecer capacitação sobre saúde do trabalhador, reforçando a questão do preenchimento da ficha de notificação (E18) / Orientações sobre saúde do trabalhador, como identificar atividades produtivas que ofereçam riscos e perigo à saúde (E28).

O Guia do ACS elaborado por Dias e Silva (2012) propõe que o processo de capacitação do ACS aborde quatro seções: as relações trabalho-saúde-doença; as atribuições no cuidado à saúde dos trabalhadores; as relações trabalho-saúde-doença em seu território de atuação e, por fim, o desenvolvimento de ações de cuidado à saúde dos trabalhadores. Este guia constitui-se num excelente material de capacitação dos agentes trazendo os principais temas relacionados à Saúde do Trabalhador e diversos estudos de caso, o que facilita o entendimento e a compreensão dos ACS, traduzindo-se numa proposta de educação permanente. As quatro seções tratadas neste guia compreendem os conteúdos identificados na fala dos enfermeiros, o que assegura a importância de inseri-los na qualificação em Visat.

A necessidade de capacitação para os enfermeiros aparece fortemente nesta etapa da pesquisa, pois eles compreendem que para apoiar o trabalho dos ACS em Visat é necessário que também sejam qualificados, conforme discutido anteriormente. Neste sentido, observa-se a

urgente necessidade de que o Cerest assuma seu papel de formação em Saúde do Trabalhador e qualifique os demais profissionais da rede aproximando-se da rede básica.

Neste sentido, investir na qualificação dos profissionais da Atenção Básica é fundamental para despertar a reflexão crítica sobre o trabalho. Santos *et al.*, (2007) corroboram com a ideia de que refletir criticamente no trabalho e sobre o trabalho é possível quando os trabalhadores dominam o processo de trabalho, usando a gestão participativa como instrumento.

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

#### **e) A função da Vigilância em Saúde, do Cerest e do Nasf**

A segunda pergunta buscou investigar de que forma a Vigilância em Saúde, o Cerest e o Nasf podem auxiliar os ACS na execução das ações de Saúde do Trabalhador. As funções do Cerest e do Nasf foram bem discutidas pelos profissionais, entretanto o papel da Vigilância em Saúde foi abordado por poucos, o que demonstra a falta de conhecimento a respeito da Vigilância em Saúde e a necessidade de uma aproximação entre essas duas grandes áreas: Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

A VS, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde. A VS amplia a concepção de saúde ao ter como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença na medida em que envolve operações sobre os determinantes dos problemas de saúde, constituindo-se em espaço da saúde e não exclusivamente de atenção à doença. (TEIXEIRA, 2004).

Do ponto de vista técnico-operacional, a VS viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de

conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Para Noronha e Penna (2007), a ESF, baseando-se em seus princípios de integralidade do cuidado e de responsabilização pela saúde da população, além de estar em íntimo contato com a comunidade, e de organizar suas ações com base no território, constitui o “lugar natural” para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde. Entretanto, Vilasbôas e Teixeira (2007) comentam que, na prática, as equipes de saúde da família restringem suas ações de Vigilância em Saúde à notificação de casos e à oferta das vacinas do Programa Nacional de Imunização.

As autoras afirmam que a VS planeja as ações de saúde, fundamentadas em duas características da ESF: a co-responsabilidade sanitária e a participação social. Sendo assim, considera-se que a ESF constitui o principal meio para a operacionalização da VS. Porém, a atual estrutura das equipes de Saúde da Família não permite esta integração, devido principalmente a obstáculos de natureza político-administrativa e técnico-organizativa. Superar a lógica assistencial, de caráter individual e curativista, que dirige as práticas de grande parte das equipes implantadas em todo o país é o grande desafio para a efetivação desta integração.

Um grande problema da AB com relação às Equipes de Saúde da Família refere-se ao alto número de pessoas cadastradas e atendidas em cada equipe. Neste sentido, é utópico imaginar que uma eAB consiga promover ações diversas de saúde com um número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade. Assim, é necessário redimensionar as equipes de Saúde da Família e instrumentalizá-las a fim de que elas possam contribuir na reestruturação do SUS e implementação das atividades de Vigilância em Saúde, desenvolvendo uma prática integrativa entre ações assistenciais, de promoção e prevenção de agravos.

Com relação ao Cerest e Nasf, os enfermeiros compreendem que estes serviços são responsáveis pelas capacitações em saúde do trabalhador e são instâncias que podem realizar o matriciamento em Visat.

A função do Cerest presente na fala dos sujeitos aproxima-se da atribuição discutida na PNST (2012) e nas demais portarias que tratam da Renast. Na visão dos enfermeiros o Cerest deve atuar:

Capacitando a equipe (E3) / capacitando os ACS (E7) / O Cerest apoia os agentes de saúde junto às capacitações e referências (E8) / Fornecendo apoio para visitas técnicas (E9) / O Cerest e a Vigilância em Saúde podem matriciar as ações de saúde do trabalhador, fortalecendo a condição das equipes de saúde em que já estão engajadas com o Nasf, possibilitando atuar em questões mais específicas da área de Saúde do Trabalhador (E16).

Essas e outras falas demonstram que os enfermeiros compreendem o papel do Cerest dentro da Rede de Atenção à Saúde. Neste sentido, a PNST assegura que o Cerest deve desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; deve dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador.

As atribuições do Cerest referentes à capacitação têm sido discutidas por diversos autores ao longo dos anos, contudo, a função de atuar como AM é algo relativamente novo.

Lacaz e Santos (2013) em um estudo de caso sobre apoio matricial no Cerest de Amparo-SP identificaram que o AM facilita a articulação entre as instâncias do SUS, especialmente a relação dos profissionais do Cerest com os profissionais das ESF, e observaram que os entrevistados relataram um considerável aumento na interlocução entre as equipes de ST e ESF. O estabelecimento dos vínculos entre os profissionais de saúde e usuários expressa que o rearranjo propicia uma personalização dessa relação, rompendo a formalidade imposta pela tradicional organização do trabalho em saúde, embasada numa relação de referência e contrarreferência em que os profissionais não dialogam entre si, apenas encaminham o usuário para outro serviço, desvinculando-o do anterior.

Para Campos (2007) o AM em Saúde do Trabalhador parece iniciar um processo de troca e responsabilização dos profissionais pelos problemas de saúde das pessoas que vivem naquela região. Esse movimento de aproximação dos profissionais torna maior a possibilidade de construção do vínculo entre si e junto aos usuários.

Porém, apesar de o Cerest ter sido caracterizado pelos informantes desta etapa da pesquisa como responsável pelas capacitações e demais ações em ST foi visto por alguns enfermeiros como um setor distante da Atenção Básica.

O Nasf já desenvolve atividades com os ACS e em grupos da USF, porém não temos a presença do Cerest em nenhuma ação. O Cerest deve melhorar sua comunicação com os ACS (E6).

Essas falas demonstram uma oportunidade e uma necessidade do Cerest estar mais atento

a esta demanda e trabalhar pela construção deste espaço de discussão. Chiavegatto (2010) reforça que o Cerest deve buscar uma aproximação com a rede básica, que parece carente desta relação de forma mais sistematizada, formalizada e ampliada. Assegura que é preciso também fortalecer ações intersetoriais. A autora acrescenta que, em todo o Brasil, é necessária maior aproximação entre as unidades básicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Os entrevistados relataram também que, para as doenças e agravos relacionados ao trabalho, é necessário definir o fluxo de encaminhamento dos usuários dentro da rede. Para Dias e Silva (2013) os problemas de saúde relacionados ao trabalho muitas vezes são complexos e não podem ser resolvidos na AB. Para que esta de fato possa coordenar o cuidado integral à saúde do usuário-trabalhador, é essencial contar com o apoio de outros pontos de atenção da rede para garantir o diagnóstico correto, o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho, definir e implementar adequadamente o plano terapêutico. Os fluxos de referência e contrarreferência do usuário trabalhador e os processos de regulação devem estar bem estabelecidos e as linhas de cuidado construídas para cada um dos agravos prevalentes e/ou de mais gravidade na população do território.

Segundo estudo de Silva *et al.*, (2014) sobre as percepções e práticas de equipes de saúde da família na Atenção Primária, a frágil articulação da Atenção Básica com o Cerest aponta para a deficiência nos fluxos de referência e contrarreferência e falta de estruturação das linhas de cuidado aos trabalhadores. Diante deste fato, é necessário que o município caminhe no sentido de organizar as linhas de cuidado para a Saúde dos Trabalhadores, definindo fluxos de encaminhamento e mecanismos de referência e contrarreferência.

Com relação ao Nasf a maioria dos enfermeiros identifica que o núcleo é atuante e já desenvolve ações junto às Equipes de Saúde da Família, a exemplo de atendimento em grupo, atendimento individual, atendimento individual compartilhado, educação em saúde, dentre outras ações. Para os enfermeiros, o Nasf tem uma relação consolidada com os ACS, contudo, é necessário ampliar o olhar para as ações de Saúde do Trabalhador.

Magalhães (2014) comenta que a criação dos Nasf tem por objetivo superar a fragmentação da gestão e atenção à saúde nas regiões e prover atenção contínua, integral, qualificada, responsável e humanizada na produção do cuidado em saúde. A efetivação dessas relevantes atribuições resultará em mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde no Brasil, inclusive em relação à atenção integral à saúde do trabalhador.

Algumas falas fizeram referência ao Apoio Matricial enquanto atribuição do Nasf no apoio às ações de Saúde do Trabalhador para os ACS.

O Nasf realizando o apoio matricial (E7) / O Nasf pode matricular as ações de saúde do trabalhador, fortalecendo a condição das equipes de saúde em que já desenvolvem ações, possibilitando atuar em questões mais específicas da área de saúde do trabalhador (E16).

Embora muitos autores discutam o papel do Cerest enquanto instância matriciadora das ações de Saúde do Trabalhador junto à AB acredita-se que se a equipe do Nasf estiver preparada para identificar ações para que a AB reconheça o usuário como um trabalhador e a relação trabalho-saúde-doença na vida dos indivíduos, famílias e comunidade, o núcleo pode e deve executar o apoio o matricial.

Para Magalhães (2014), a discussão de informações como o perfil dos trabalhadores, identificação de atividades produtivas, dentre outras, pode contribuir para a construção de ações coordenadas e adequadas aos problemas da população trabalhadora. A partir do diagnóstico da situação de saúde no território é possível definir as ações prioritárias e o direcionamento dos temas a serem desenvolvidos no AM. Muitas vezes essas informações já existem, elas só não são sistematizadas na perspectiva do cuidado aos trabalhadores.

A autora acrescenta que a principal metodologia de trabalho utilizada pela equipe do Nasf é o AM ou Matriciamento, como retaguarda especializada para as equipes de SF. Qualificar as equipes desses Núcleos para o desenvolvimento de ações de ST parece ser uma notável oportunidade de se concretizar a descentralização dessas ações e a resolutividade das situações que envolvem os trabalhadores.

Assim, a efetivação do matriciamento de ações de ST pelos Nasf suprirá uma lacuna existente no desenvolvimento da AB, que repercute em um acolhimento inadequado das necessidades de saúde dos usuários trabalhadores nos pontos mais estratégicos da RAS. (MAGALHÃES, 2014).

Nesse sentido, Dias e Silva (2013) comentam que além do AM assistencial, devem ser garantidas ações de apoio ao desenvolvimento da Visat no âmbito da ESF, como o suporte técnico para investigação de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória, apoio à construção, mapeamento e análise do perfil produtivo e de morbimortalidade da população trabalhadora e vigilância de ambientes e processos de trabalho de forma integrada com a

Vigilância em Saúde e outros setores. O cardápio de ações das equipes do Nasf deve contemplar essas iniciativas, considerando a centralidade do matriciamento no processo de trabalho desses Núcleos.

Um outro aspecto abordado por Magalhães (2014) que pode ser trabalhado pelo Nasf junto às ESF é o Projeto Terapêutico Singular – PTS – que pode ser um dispositivo estratégico de cuidado em saúde do trabalhador, posto que busca efetivar a corresponsabilização em diversas dimensões, valorizando a singularidade do sujeito individual ou coletivo e possibilitando um cuidado compartilhado junto à AB, rompendo com a centralização das ações de ST em Cerest.

Na perspectiva do Apoio Matricial, cabe uma articulação entre Cerest e Nasf, o que também foi apontado pelos enfermeiros como uma necessidade para garantir e fortalecer as ações de Visat pelos ACS.

Através de ações entre setores de forma conjunta, garantindo apoio e encaminhamentos necessários conforme as demandas identificadas (E21) / Ação conjunta entre Cerest, Nasf e Vigilância em Saúde (E27) / O Cerest apoia os agentes de saúde junto às capacitações e referências. O Nasf pode atuar em conjunto com o Cerest no apoio à saúde dos trabalhadores com consultas com assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos etc (E8).

Tanto o Cerest quanto o Nasf são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família para populações específicas.

A Pnab estabelece que os Nasf devem atuar de forma integrada na RAS, inclusive com os Cerest, no sentido de garantir a implementação da PNST. Dessa forma, são necessárias “mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde” (BRASIL, 2011c).

Neste sentido, os Nasf devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

As falas a respeito da VS suscitaram a importância da notificação de agravos relacionados ao trabalho, apoio às ações do Cerest e monitoramento dos principais problemas relacionados à

## Saúde do Trabalhador.

... a vigilância monitora e aponta para problemas que vêm ocorrendo e que devem ser evitados, deixando os ACS cientes (E8) / A Vigilância em Saúde ofertando dados do Sinan referente a acidentes de trabalho (E7)

A VS, segundo a Portaria Federal 3.252/2009, embora tenha sido revogada representou um marco para a área, é compreendida como informação e ação e como um conjunto de medidas que se destina a controlar fatores determinantes e condicionantes de saúde em territórios delimitados garantindo a integralidade da atenção dos indivíduos e coletividade.

Neste sentido, a ampliação do seu espectro passa a abranger no conjunto de suas responsabilidades a investigação para conhecimento e informação, somada ao desenvolvimento de medidas protetivas da saúde para o enfrentamento de problemas relacionados ao processo de adoecimento ou exposição das populações a situações de risco, assumindo o compromisso de elevar os níveis de saúde e consolidar o SUS em sua missão universalista de atenção integral.

Os agravos e doenças relacionados ao trabalho identificados nos serviços de saúde devem ser notificados no Sinan. A notificação é importante, pois orienta o planejamento e a avaliação das ações de saúde e permite o acompanhamento pela participação social.

Segundo a Portaria Federal nº 104/2011, a notificação dos agravos à saúde do trabalhador é obrigatória para unidades da rede sentinela. A PNST determinou ao nível municipal a competência de implantar na rede de saúde, pública e privada, a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho, assim como o registro desses dados nos sistemas de informação em saúde e a sistematização, processamento e análise.

O estado da Bahia avançou no sentido de garantir uma maior efetividade nas notificações de agravos e doenças relacionadas ao trabalho. Publicou, em 2011, a Portaria Estadual nº 124 que torna obrigatória a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho para todas as unidades de saúde.

No ano de 2012, todas as unidades de saúde do município de Vitória da Conquista (unidades básicas e unidades de saúde da família) foram capacitadas para implementar a vigilância dos agravos relacionados ao trabalho por meio das notificações. Entretanto, segundo relatório do Cerest (2013), não foram identificadas mudanças significativas.

É evidente que a notificação compulsória é apenas uma das atribuições da rede no que

concerne às ações da Vigilância em Saúde, aliás, uma das mais básicas, entretanto, a rede municipal ainda não está preparada para executá-la adequadamente. Castejon apud Chiavegatto (2010) identificou em seu estudo que ainda são necessários mecanismos operativos mais aprimorados para que as notificações de agravos relacionados ao trabalho sejam um instrumento eficaz diante da magnitude dos problemas relacionados ao trabalho, fazendo-se necessário o fortalecimento do suporte técnico especializado para a Atenção Básica, apoiando-a na identificação e confirmação das doenças relacionadas ao trabalho e facilitando a comunicação e atuação intersetorial entre o sistema de saúde universal e subsistemas específicos, como o de previdência social.

Outro ponto interessante abordado por alguns enfermeiros para consolidar as ações de Visat junto aos ACS foi a necessidade do Cerest acompanhar estes profissionais em visitas técnicas nos ambientes de trabalho.

Fornecendo apoio para visitas técnicas, por exemplo (E9) / O Cerest deve disponibilizar visita junto com os ACS nos locais de trabalho (E30).

Essa ação do Cerest pode ser caracterizada como uma atividade de AM, contudo essa articulação com parte da rede de saúde desafia o Cerest quanto à organização de uma articulação intrassetorial que acompanhe a lógica de organização em rede, numa perspectiva de que a mesma assuma de forma transversal as ações.

Essa apropriação das ações de Visat, por parte da rede de saúde e dos profissionais que nela se inserem, tem como objetivo alcançar o princípio da integralidade da atenção. Neste sentido, a rede teria que ter capacidade instalada para oferecer à população trabalhadora agilidade na identificação dos casos, precocidade na intervenção e consistência da informação, enquanto organização dos serviços e proteção da saúde, por meio de investigação e intervenção nos ambientes de processos de trabalho com fins de prevenção e promoção da saúde e tratamento adequado.

Cardoso (2014) em seu estudo sobre a Visat no estado do Amazonas comenta que a PNST tem como princípio a transversalidade da ação, portanto a Visat deve ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS. De tal forma, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a Atenção Básica, principalmente por esta ser considerada como ordenadora da rede de atenção à saúde do

SUS.

Dias e Silva (2013) afirmam que é indispensável garantir o suporte técnico e pedagógico para as eAB a fim de que elas possam planejar suas atividades considerando os usuários trabalhadores que integram a população do território de abrangência da equipe.

Neste cenário, mais uma vez, o Cerest tem a possibilidade de redefinir seu papel atuando como apoio técnico e especializado para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na rede de atenção à saúde.

A primeira etapa dos resultados permitiu identificar a percepção dos enfermeiros quanto ao processo de capacitação em Visat dos ACS e foi além, demonstrando que não há dúvidas quanto ao reconhecimento por parte dos enfermeiros relacionada à importância do desenvolvimento das ações em ST pela AB. No entanto, estes profissionais não executam em seu cotidiano as ações de ST com a mesma frequência que julgam importantes. Quanto às ações de ST a serem desenvolvidas pelos ACS os enfermeiros consideraram que elas são pertinentes e compatíveis com o trabalho dos agentes. Entretanto, ficou claro no discurso dos profissionais de nível superior a necessidade de serem capacitados para acompanhar e apoiar o trabalho dos ACS em Visat.

Os dados revelam uma oportunidade de capacitação e educação permanente para toda a rede de Atenção Básica, abrindo espaço para a discussão do papel do Cerest e do apoio oferecido pelo Nasf. A capacitação é importante, mas sozinha não será capaz de promover mudança no sentido da real incorporação de ações de ST no SUS. Paralelo a isso, a discussão dessas ações precisa adentrar o espaço político e se inserir na agenda dos gestores dos três níveis de governo. O Cerest deve se atentar a esta necessidade, trabalhando para construir este espaço de discussão e buscando uma aproximação com a rede básica, carente de uma relação mais consolidada.

## **6.2 Resultados da Etapa 2 – Os Agentes Comunitários de Saúde**

Nesta etapa da pesquisa foram realizados três grupos focais. Um com os ACS da zona urbana, outro com os ACS da zona rural e, outro grupo focal com os ACS do distrito de Lagoa das Flores, região intermediária entre as zonas urbana e rural. A divisão em zonas urbana e rural foi utilizada para definir os grupos focais tendo em vista que as regiões podem apresentar demandas distintas para as ações em ST, já que as atividades produtivas e as condições de trabalho podem se organizar de modos diferentes.

O primeiro grupo focal aconteceu com a ESF de Lagoa das Flores e dele participaram nove agentes. O segundo grupo contemplou os ACS da zona urbana e oito compareceram. Do terceiro grupo focal participaram seis ACS da zona rural. Os ACS que não compareceram ao grupo focal não apresentaram justificativas.

Durante a discussão do primeiro grupo focal, os ACS de Lagoa das Flores foram questionados quanto à identidade do grupo. Eles afirmaram, unanimemente, que compreendem o seu espaço entre o urbano e o rural, ou seja, uma zona intermediária que possui características urbanas e rurais. O grupo citou como características urbanas o acesso rápido e facilitado à cidade e indústrias de grande porte localizadas na região. E particularidades de zona rural como produção de hortaliças, criação de aves e suínos, casas de farinha, ausência de calçamento e esgotamento sanitário. O fato de o grupo considerar Lagoa das Flores como zona intermediária confirma a suposição de que esta região tem particularidades que devem ser tratadas de forma específica.

O grupo de Lagoa das Flores aconteceu em uma Igreja localizada próximo à unidade de saúde. Os outros dois aconteceram em uma sala da Escola de Formação em Saúde da Família, espaço físico pertencente à Secretaria Municipal de Saúde e próprio para a realização de reuniões, capacitações, cursos etc. O primeiro grupo teve duração de uma hora e trinta minutos, o segundo durou uma hora e cinquenta minutos e, o terceiro, uma hora e quinze minutos. Antes de iniciar a discussão em todos os grupos a pesquisadora fez uma auto-apresentação e solicitou aos agentes que também se apresentassem; explicitou os objetivos do grupo e como os agentes foram escolhidos para participar; informou que a discussão seria gravada; solicitou o preenchimento do TCLE e explicou a dinâmica do grupo. A pesquisadora conduziu a discussão e contou com o apoio de uma observadora que realizou anotações durante a discussão e fez observações sobre o comportamento do grupo.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **a) Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde**

A tabela 4 apresenta o perfil destes agentes no que se refere à idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho e capacitação em ST. Dos ACS selecionados 83% são do sexo feminino. A predominância de mulheres desempenhando a função de Agente Comunitário de Saúde também

foi relatada no estudo de Silva (2009) e Ferraz e Aertz (2005). Segundo os autores, esta questão se explica pelo tradicional papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade. O estudo realizado por Silva e Dalmaso (2002) corrobora 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.

A variável idade apresentou uma média de 39,04 anos, em uma faixa etária de 25 a 59 anos, caracterizando uma predominância de adultos jovens exercendo a função de ACS. Faixa etária semelhante foi encontrada também em outros estudos (SILVA, 2009; SILVA; DALMASO, 2002).

No que tange a escolaridade observou-se que 52% dos ACS concluíram o segundo grau. 13% estão cursando o ensino superior e 13% possuem ensino superior completo. Esse avanço na formação e educação dos Agentes Comunitários de Saúde também foi relatado por Ferraz e Aertz (2005).

Ao analisar o tempo de trabalho como ACS observa-se que a média foi de 10,1 anos, sinalizando uma baixa rotatividade deste trabalhador na atividade. Para Ferraz e Aertz (2005) o tempo de permanência na função é importante para a assimilação do papel do agente, que é construído em suas práticas diárias de trabalho. Os ACS do município de Vitória da Conquista possuem vínculo trabalhista permanente. É válido ressaltar que, com exceção da Unidade de Saúde de Lagoa das Flores, o tempo de trabalho como ACS foi utilizado como um critério de seleção com o intuito de inserir nos grupos focais pessoas com maior experiência. A despeito deste critério, compareceram alguns ACS com tempo de trabalho inferior a 4 anos. Quando questionados sobre o motivo de sua escolha para participar do grupo focal, informaram que os ACS com maior tempo de trabalho da equipe recusaram-se a participar do estudo.

Com relação à capacitação em Saúde do Trabalhador, identificou-se que 61% dos ACS já participaram de alguma capacitação. Durante a discussão no grupo focal observou-se que estes agentes apresentaram mais segurança e clareza nas colocações. Os ACS informaram que participaram de capacitações realizadas pelo Cerest e pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA – da empresa terceirizada responsável pela contratação dos funcionários da saúde quando estes não eram efetivos.

As capacitações realizadas pela CIPA eram voltadas para a prevenção de doenças e acidentes relacionados ao trabalho dos próprios ACS. Segundo os agentes, os momentos de

capacitação do Cerest além de abordar a saúde destes profissionais tratavam também da saúde dos usuários trabalhadores, orientando os ACS a identificarem situações de risco e doenças relacionadas ao trabalho. Entretanto, afirmaram que foram capacitações pontuais, superficiais e que não envolveram todos os ACS. Os agentes mais novos não participaram de nenhuma capacitação.

Sobre a participação dos agentes nos grupos, pode-se dizer que a maioria participou de forma ativa durante a discussão. Contudo, percebeu-se uma tendência dos agentes mais velhos e com maior tempo de trabalho, de se destacarem nas discussões sobre o trabalho que desenvolvem, sobre o estabelecimento da relação trabalho-saúde-doença e demais ações relacionadas à ST. Em contraponto, os ACS mais jovens e com menos experiência revelaram uma maior disposição para o trabalho e sentimentos de crença com relação às possibilidades de mudança e resolução dos problemas relacionados ao trabalho. Resultado semelhante também foi encontrado em outros estudos a exemplo de Silva (2009).

Neste sentido, diferenças entre os agentes mais jovens e os mais experientes, resultaram em troca de experiências entre os dois grupos, possibilitando o surgimento de novas ideias, novas soluções para os problemas cotidianos e diferentes formas de pensar e organizar o desenvolvimento do seu trabalho.

**Tabela 4 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
M	4	17
F	19	83
<b>Idade</b>		
35-39	6	26
40-44	2	9
45-49	2	9
50-54	3	13
55-59	1	4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	1	4
Ensino médio incompleto	4	17
Ensino médio completo	12	52
Ensino superior incompleto	3	13
Ensino superior completo	3	13
<b>Tempo de trabalho como ACS</b>		
1-4 anos	2	9
5-9 anos	4	17
10-14 anos	8	35
15 -20 anos	9	39
<b>Capacitação em ST</b>		
Sim	14	61
Não	9	39

A análise do material do grupo focal resultou em cinco categorias, a saber: Compreensão da relação trabalho-saúde-doença; O cuidado à saúde dos trabalhadores; Dificuldades e facilidades no desenvolvimento do cuidado à saúde dos trabalhadores; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Qualificação em Visat e metodologias de formação. Os ACS foram identificados por meio das iniciais do seu nome.

#### **b) Compreensão das relações trabalho-saúde-doença**

Para o campo da ST é essencial que o ACS reconheça o usuário como trabalhador e compreenda como se dão as relações entre trabalho-saúde-doença. Para introduzir a discussão no grupo focal, a relação entre trabalho-saúde-doença foi o primeiro ponto abordado por se

caracterizar como um tema mais geral e de fácil compreensão. Ficou claro que os ACS reconhecem os trabalhadores de sua área, identificando as ocupações mais comuns, as atividades produtivas mais frequentes em seu território de atuação e, de forma menos sistematizada, alguns riscos ou perigos para a saúde de sua população trabalhadora.

Um dos pressupostos básicos da ESF é a sua organização com base em um território. No entanto, a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Nos territórios, as práticas de saúde convergem para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida da população. A organização espacial dos serviços de saúde baseia-se nos princípios da regionalização e da hierarquização, definindo uma base territorial formada por agregações progressivas, tais como a base de atuação dos ACS - as microáreas -, a das ESF - as áreas -, e, por fim, a área de abrangência das unidades básicas de saúde (MENDES, 2002).

Neste sentido, a importância das relações entre os processos de produção e consumo e a saúde humana guarda estreita relação com a discussão da territorialização. Nesta perspectiva, cabe reconhecer os processos produtivos instalados no território, bem como os que se situam em seu entorno, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores e dos moradores.

No interior do processo produtivo, efetua-se o processo de trabalho, que envolve diretamente a saúde dos trabalhadores e pode ser fonte de renda e de bem-estar, oportunidade de socialização e realização, mas também pode ser espaço de exploração, sofrimento, acidentes, a depender das relações, condições e formas da organização do trabalho. É importante que a equipe de saúde responsável pelo território esteja atenta e capacitada para identificar esses processos produtivos no território e suas relações com o ambiente e a saúde locais.

As questões de ST estão no cotidiano de pessoas, famílias, comunidades e grupos sociais, exercendo relevante influência na qualidade de vida, no adoecer e no morrer dos segmentos sociais, fato que foi amplamente discutido pelos agentes, conforme pode ser observado nas falas abaixo.

(...) o maior número de doenças encontradas na área mais é coluna. Principalmente pela postura que eles trabalham. Às vezes, até mesmo estresse, por causa do trabalho, por causa da pressão. Principalmente, quem trabalha nessas indústrias maiores aí, pressão muito grande (RAR).

Alergia também que tem pessoas que trabalham em fábrica de bloco, essas coisas, por causa do cimento (NRSM).

Uma pessoa da minha área trabalhou em duas fábricas de reciclagem. É tanto que adquiriu várias doenças ali, na fábrica. Adquiriu quando trabalhava é... adquiriu dois tipos de verme e teve que fazer tratamento. Entendeu? Adquiriu é... sempre ele sentia uma dor na boca do estômago direto (IS).

Porque na minha área mexe mais é com hortaliça, entendeu? Então tem muitos casos lá de pessoas com problema de coluna e outros casos devido agrotóxico, que eles usam muito, muito veneno essas coisas (IPSS).

Na minha área é o cultivo de café. Então, agrotóxico, né? E também muitos problemas respiratórios, muito problema respiratório. E... coluna, né? Que tem que pegar sacos assim enormes na cabeça, né? Tem que tá carregando sacos de café (JBLS).

As falas demonstram a importância de se conhecer o território, a população trabalhadora, as principais atividades produtivas e os principais riscos e perigos para a saúde dos trabalhadores. Esse reconhecimento do território é o Diagnóstico Situacional e é uma das primeiras atividades desenvolvidas no processo de implantação da equipe de saúde. Esse diagnóstico deve incluir as informações necessárias para a programação das ações de saúde direcionadas aos trabalhadores. Ele contribui para a compreensão das relações entre trabalho-saúde-doença e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.

Quando os ACS foram questionados a respeito da identificação da população trabalhadora de sua área de abrangência, os grupos foram unânimes em dizer que sabem quem são os trabalhadores e, em sua maioria, sabem onde trabalham. Em alguns momentos da discussão eles relataram acesso mais fácil aos trabalhadores autônomos, empregadas domésticas e trabalhadores de comércios pequenos. Neste sentido, e diante da atual configuração do mundo e das relações de trabalho, das atividades produtivas desenvolvidas no espaço domiciliar e peridomiciliar, bem como dos possíveis fatores de risco que podem expor trabalhadores e comunidade, é necessário preparar os ACS para o reconhecimento e enfrentamento dos problemas que envolvam as relações trabalho-saúde-doença associadas a esse tipo de atividades produtivas.

Reconhecer o usuário enquanto trabalhador, seja no acolhimento, consultas, visitas domiciliares e nas atividades de grupo, é essencial para o desdobramento de qualquer ação de cuidado direcionado a essa parcela da população.

Para Dias e Silva (2013) é essencial que o profissional da AB investigue se as queixas ou problemas de saúde explicitados pelo usuário possuem relação com o trabalho atual ou progresso. No caso do médico e enfermeiro, deve-se colher a história ocupacional.

Contudo, na formação destes profissionais pouca ou nenhuma atenção é dada à coleta dessa informação, essencial para auxiliar no estabelecimento da relação trabalho-saúde-doença. Chiavegatto (2010) afirma que essa lacuna na formação dificulta que os profissionais realizem-na em suas práticas cotidianas de trabalho.

Silva (2009), em seu estudo sobre os desempenhos necessários ao desenvolvimento de ações de ST pelos ACS, identificou como desempenho importante que, durante a visita, o ACS observe, investigue e registre em que as pessoas trabalham e as situações de trabalho de todos os membros da família, reconhecendo o trabalho como um fator importante na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Outro desempenho elencado pela autora foi a busca das atividades produtivas desenvolvidas no território e os possíveis fatores de risco relacionados e que podem expor o trabalhador ou a comunidade. A partir da identificação da população trabalhadora, 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.

### **c) O cuidado à saúde dos trabalhadores**

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 discutiram sobre as ações que realizam para ofertar cuidado à saúde dos trabalhadores, a exemplo de ações educativas, orientações sobre os riscos e perigos relacionados ao trabalho e os encaminhamentos necessários.

Silva (2009) identificou em seu estudo que a ação de cuidado aos trabalhadores 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.

Alguns ACS realizaram ações educativas voltadas para a saúde do trabalhador, a exemplo da fala abaixo:

Há pouco tempo eu utilizei o preparador físico dentro da própria horta. A mulher tinha muita dor de coluna e reclamava. Aí falei, vou trazer o preparador físico aqui. Levei, né? Ele chegou lá conversou, perguntou como era a postura dela trabalhar, como ela fazia pra levantar, como fazia pra abaixar, pra limpar. Aí ela falou: Ah tá bom. Agora eu vou lhe dizer como é que a senhora deve fazer. A partir de hoje a senhora vai mudar a sua maneira de trabalhar (RAR).

Outros realizaram encaminhamentos a partir da demanda identificada:

Eu cheguei na visita, conversando com ela, ela me relatou, aí eu encaminhei ela pro Nasf, pra equipe. Aí eu conversei com o profissional, perguntei a ele se ele poderia, um horário especificado pra ela, devido ao horário de trabalho dela. Aí ele aceitou e aí ele atendeu ela na unidade (ESAL).

Tem o Cerest que poderia entrar em contato com eles porque de qualquer maneira eles vão lhe dar uma orientação e vai também ver o que que tá acontecendo com a empresa (RAR)

Uma pessoa da minha área, eu até falei pra ela ontem, porque ontem eu tive na casa dela, eu falei pra ela que isso é acidente de trabalho. E a orientei a procurar o Cerest (RBSS).

A partir dessas falas observa-se que a maioria dos ACS conhecem os dispositivos da saúde que podem fornecer auxílio às ações de Saúde do Trabalhador. Eles relataram as ações do Nasf com mais conhecimento e proximidade, ao contrário do Cerest, que, apesar de ser reconhecido como o setor específico para referência nas ações de ST, está distante da Atenção Básica, fato que também foi relatado pelos enfermeiros.

Outra situação abordada na discussão diz respeito ao tipo de orientação fornecida pelos ACS aos usuários trabalhadores. Os agentes utilizam muito os saberes do senso comum, o que decorre da falta de instrumentos, tecnologias e saberes para as diversas dimensões esperadas de seu trabalho. Resultado semelhante foi encontrado por Silva (2009) em seu estudo. Silva (2001) destaca o uso pelos agentes do saber “emprestado” dos profissionais da equipe, como médicos e enfermeiros. Reitera que, quando estes saberes são insuficientes, os agentes levam os próprios profissionais à casa ou o caso à unidade de saúde.

Eu oriento eles priorizar a saúde. Porque se eles não tiver saúde, vai trabalhar como? Só que às vezes é complicado porque é pai de família, se parar de trabalhar vai viver de que? (FCC)

Eu falo, se você não tiver saúde você vai trabalhar como? Eu falo bem assim pro povo na minha área, se você não cuidar por amor depois você vai querer cuidar pela dor e não adianta mais (NRSM).

No caso do café quando tá peneirando, quando tá pegando aquele, colhendo do chão. Então a pessoa que ela tem uma crise ne? Asmática, pessoas que já tem crises e... peneira aquele café, joga pra cima, o pó vem todo pra pessoa. Então assim, a gente orienta: Ó tenta colocar um pano, como se fosse uma máscara, não... É amarrar um tecido mesmo aqui pra não ter que inalar essa poeira. Porque você não pode falar pra pessoa: Para de fazer. Porque é o meio que ela tem pra sobreviver. Entendeu? Então assim: Ó, tenta inalar o mínimo que você puder, coloca um tecido assim no rosto pra cobrir. Porque lá, as roças, os donos de roça não oferece nenhum... nenhuma proteção. Nenhuma, nenhuma. Então você vai com a cara e a coragem (JBLS).

Observou-se durante a discussão que a realidade do trabalho dos ACS coloca-os diante de demandas das mais diversas possíveis, e destacam a necessidade de conhecer diferentes temáticas de forma a facilitar sua atuação. Expressaram que durante as visitas domiciliares encontram trabalhadores que desenvolvem seu trabalho em diversos ambientes, possivelmente em situações 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.

#### **d) Dificuldades e facilidades no desenvolvimento do cuidado à saúde dos trabalhadores**

As informações obtidas dos ACS durante o grupo focal demonstraram que as ações de cuidado à saúde dos trabalhadores fazem parte de sua rotina de trabalho. Segundo os ACS essas ações podem ser direcionadas para o usuário ou a família por meio de visitas domiciliares.

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, muitas vezes, os tipos de instrumentos que podem ser usados para proteção do trabalhador. Assim, conforme discutido anteriormente, muitas vezes os ACS utilizam experiências anteriores e o senso comum para identificação de situações de risco relacionadas ao trabalho e também orientação de medidas de prevenção. Os agentes com mais tempo de serviço conhecem ao menos o Cerest e sabem que podem encaminhar o usuário caso

seja necessário. Os ACS mais novos relataram não conhecer este serviço da Saúde do Trabalhador.

Muitas vezes até falta de conhecimento de quem pode nos dar um auxílio. O único conhecido que a gente ainda tem na Saúde do Trabalhador é só o Cerest ne (RAR).

A gente nem sabe onde é nada (FCC) / A gente não se sente preparado. Falta conhecimento (NRSM) / A falta de conhecimento de outros órgãos, que deveria ajudar o trabalhador (MCDS) / A gente não pode falar uma coisa se a gente não conhece. A gente tem que aprender mais. Tem que ser capacitado (APNAS) / Falta informação. Precisamos de ajuda do município. Do estado, governo federal. Sei lá de quem. A gente precisa porque a gente não vive sozinho (SSSP) / E a gente precisa ter um encaminhamento certo. Por exemplo, igual ele falou do Cerest, eu não sei nem o que é Cerest. Entendeu? Acontece na minha área, sempre pra onde eu vou encaminhar, vou ter que procurar, pesquisar pra informar (EFP)

Observa-se nos relatos a necessidade de qualificação para as ações de cuidado à saúde dos usuários trabalhadores, haja vista que os agentes compreendem a relação trabalho-saúde-doença. Neste sentido, o ACS pode orientar o usuário sobre o caminho a ser percorrido na rede, informando sobre o fluxo para atenção integral. As visitas domiciliares do ACS favorecem a identificação e superação de obstáculos para uma atenção ágil e resolutiva.

Outra questão abordada no grupo focal diz respeito às notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Foi consenso entre os ACS o desconhecimento desta ação. Durante a discussão eles compreenderam a importância e a função do registro dos dados sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho mencionados na Portaria Federal nº 104/2011. Relataram ainda que o registro destes dados poderia contribuir para aumentar a visibilidade das ações de ST

Se a gente fizesse a notificação, realmente já tinha um quadro mais ou menos dos trabalhadores da nossa área (RBSS).

Dar visibilidade a esses problemas é condição básica para que sejam considerados na agenda técnica e política do SUS pelos gestores e pelo controle social. Entretanto, observa-se significativo sub-registro.

Mais uma limitação identificada pelos ACS encontra-se no fato de que este é um profissional que está envolvido em um trabalho que vai muito além de suas competências e possibilidades de resolução. Eles relataram que muitas empresas não oferecem o suporte adequado ao trabalhador para realização de procedimentos e consultas especializadas. Nestes

casos os usuários trabalhadores recorrem ao SUS e, muitas vezes, aguardam em longas filas de espera o agendamento do procedimento ou consulta necessária.

A empresa não dá o suporte pra eles fazerem os exames. ... aí os exames que ele tá fazendo é tudo pelo SUS (FCC) / Pessoas que tem problemas de... tá parada sem fazer o tratamento porque a fisioterapia não tá chegando (NRSM).

A maioria procura o SUS, procura um posto de saúde pra poder fazer esses exames. Tem hora que os exames demoram pra poder chegar e fica em cima da gente: “Ah, meu exame, não sei o que, to trabalhando doente e não sei o que e tal” (RAR).

Contudo, apesar da demora na realização dos exames pelo SUS, alguns ACS reconhecem que este sistema tem sido o amparo e o suporte dos usuários.

E graças a Deus, na maioria das vezes, pelo menos esses que a gente, que a gente acompanha, né? Que a gente dá o suporte de agente, o SUS ele ajuda bastante esse pessoal viu? Porque é... mesmo que às vezes demora de chegar um exame e tal, mas sempre chega e sempre dá esse suporte pra eles. Não deixa, né? A ver navios nem nada disso. Graças a Deus chega na unidade e é atendido (FCC).

O não atendimento às demandas da população, para Jardim e Lancman (2009), muitas vezes é considerado pela comunidade como sendo decorrente de pouca resolubilidade do trabalho dos agentes. Isso resulta na falta de reconhecimento das ações desenvolvidas pelos agentes e também de seus esforços para concretizá-las.

Uma necessidade identificada na fala dos ACS é a construção de um fluxo estruturado para o cuidado à ST. Este fluxo pode solucionar os problemas relacionados ao desconhecimento dos profissionais de saúde acerca das questões que abarcam a área, desde o conhecimento da função do Cerest, órgãos e instrumentos de apoio à Saúde do Trabalhador ao caminho a ser percorrido pelo usuário trabalhador.

O grupo focal da zona rural apresentou uma dificuldade particular no tocante à organização do atendimento aos usuários trabalhadores. Os agentes relataram que os atendimentos médico e de enfermagem acontecem apenas uma vez por mês em cada localidade atendida pela ESF e que eles são os responsáveis por realizar a “triagem” dos pacientes que serão atendidos. Neste sentido, os ACS informaram que encontram dificuldades para inserir os usuários trabalhadores no atendimento mensal haja vista a demanda da comunidade em geral e a dificuldade com os horários de trabalho da população trabalhadora das localidades de zona rural.

Observa-se que a organização do cuidado aos trabalhadores das zonas urbana e rural precisa ser estruturada de maneira específica para cada localidade e de forma que atenda às necessidades de cada população, respeitando diferenças e limites impostos não apenas geograficamente, mas de acordo a organização social de cada área.

Neste sentido, é necessário que os ACS sejam qualificados para desenvolver ações de cuidado à saúde dos trabalhadores e contem com suporte especializado e também da equipe de atenção básica, buscando oferecer cuidado e atenção integral.

Os ACS identificaram como outra dificuldade o acesso a grandes empresas. E um ponto a ser considerado é a complexidade do processo de trabalho nestas indústrias.

Nós orienta as pessoas que procura, entendeu? Porque chega em qualquer fábrica dessa pra ver se você tem acesso de entrar lá pra ver o funcionário trabalhar. Não tem (IS).

Mas acho que é isso mesmo. Fiscalizar é um pouco mais complicado porque a gente sabe que as firmas, até mesmo o dono da horta tem toda uma burocracia. Você não pode chegar lá e falar com o cara que tá trabalhando de uma forma certa ou errado ne? E ninguém vai aceitar isso, o dono da horta ou da empresa não vai aceitar. Mas a gente, seria interessante a gente chegar pra dona de casa, pro trabalhador e falar: Ó a forma que o senhor poderia melhorar sua forma de trabalhar seria assim. Isso a gente já faz. Essa questão de prevenção mesmo. Mas de fiscalizar eu acho mais complicado. Um pouco mais complicado (CA)

A gente não tem essa, esse elo de tá entrando dentro da empresa (FCC).

Neste sentido, seria primordial sensibilizar o olhar dos agentes para identificarem trabalhadores mais vulneráveis, a exemplo dos trabalhos domiciliados, supermercados, açougues, farmácias, salões de beleza, agricultura de subsistência etc, reconhecendo riscos de trabalho relacionados a processos produtivos mais simples e, nestes casos a produção do cuidado aos trabalhadores poderia ser mais efetiva, haja vista um acesso mais facilitado dos ACS.

#### **e) Vigilância em Saúde do Trabalhador**

Este ponto de discussão no grupo focal buscou extrair dos ACS um conceito de Visat e a compreensão do que seria esta ação no intuito de identificar uma possível necessidade para a qualificação.

O primeiro grupo focal discutiu com mais fluência o conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador. O segundo e o terceiro grupo, inicialmente, relataram conhecer apenas as

Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, entretanto, no decorrer da discussão estes grupos compreenderam que já realizam algumas ações em seu cotidiano e conseguiram formular um conceito de Visat.

O conceito de Visat presente nas falas dos sujeitos aproxima-se de uma ação que objetiva identificar falhas na execução das atividades nos locais de trabalho, que vão desde as fábricas às lavouras, sendo também compreendida como prática educativa no sentido de orientar os trabalhadores a adotarem medidas de prevenção.

Tá identificando o que tá errado, e o que pode consertar... vigiando... no local de trabalho (IS) / Eu acho que tem que ser nas fábricas, ne? / É o trabalho também nas lavouras, também. No caso, eu acho assim, orientar a pessoa naquilo ali que ela trabalha, entendeu? (FCC).

A vigilância do trabalhador seria observar as condições de trabalho. Pra poder ver se no trabalho tá usando... por exemplo, tem o pedreiro ne? Se ta usando as coisas certas... como é que chama? EPI. Eu acho que assim é uma prevenção ne? (RAR).

Já ouvi vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, agora essa vigilância ai eu não sei não (RBSS).

Neste sentido, a Visat é um dos componentes da Vigilância em Saúde pública e delimita como seu objeto de ação a investigação e intervenção nas relações do processo de trabalho com a saúde, tendo como objetivo as mudanças nos ambientes de trabalho, visando a promoção da saúde da população trabalhadora e prevenção de agravos relacionados ao trabalho.

Em alguns momentos as falas se confundem na definição de Visat no sentido desta ser uma ação de fiscalização com o intuito de punir a empresa que não fornece aos trabalhadores condições adequadas de trabalho, e em outros momentos os sujeitos da pesquisa atribuem à Visat o objetivo de “fiscalizar” os próprios trabalhadores quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual e demais atividades.

Eu acho assim, que tem que melhorar muito também é as fiscalizações nas fábricas, você entendeu? E também tem que, tem que “atuar” quem tá fazendo errado, pra dar condição mais de trabalho pra... o ser humano. Tem que ser multado, pagar multa pra poder dar condição de trabalho pro funcionário (IS).

Eu sei que é pra fiscalizar quem trabalha na fábrica (NRSM).

Eu não sei como é que é, como é que funciona essa questão de vigilância, do profissional de Vigilância em Saúde do trabalhador. Eu não sei se é somente uma pessoa pra... pra fiscalizar quem trabalha na fábrica de reciclagem, quem trabalha no hospital (FCC).

Essa visão pontual quanto ao objetivo da ação da Visat também foi relatada por Cardoso (2014) em seu estudo sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Amazonas. A autora afirma que, contraditória aos princípios e diretrizes do campo da Saúde do Trabalhador, essa fala remete à interpretação da política nacional que tem como compromisso fundamental a proteção da saúde do trabalhador.

Daldon e Lancman (2013) discutem que o papel da Visat não é apenas fiscalizador, mas também educativo, sensibilizador e mobilizador de ações transformadoras que precisam ocorrer em parceria com os trabalhadores e em uma abordagem articulada intersetorialmente. Suas ações não se voltam apenas para o trabalhador, mas também para os gestores das empresas que devem ser sensibilizados para a importância de tais mudanças.

Na fala do terceiro grupo emerge um componente importante da ação de vigilância: a prevenção, observando-se uma abordagem mais ampliada.

Então eu acho que se a gente tivesse é... essa vigilância, esse olhar atento, ne? Esse olhar estendido ao trabalhador. Porque trabalhar, tratar o trabalhador antes que ele adoça. Porque a gente vacina a criança pra que ela não venha adoecer, você previne. E o trabalhador não, você acaba tratando ele quando ele já tá doente (...) E se você pudesse ter um olhar mais atento de prevenção, de... saber orientar, prevenir aquele trabalhador. Ô, eu to com isso e isso. Será que é o que? Ah eu não sei. Mas eu tenho a vigilância de saúde do trabalhador, eu vou recorrer ali, vou ter mais informação, vou te passar (JBL5).

Portanto, o conceito de Visat apresenta no lastro que o compõe, orientações às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, incluindo assistência, prevenção e proteção para intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, no âmbito do trabalho para melhorar as condições de vida e trabalho.

Embora os sujeitos da pesquisa não compreendam todo o processo da Visat, eles demonstraram conhecimentos a respeito do que seria a ação e o objeto desta ação. Embora existam muitas dúvidas pairando sobre o tema, a riqueza das falas evidenciou pressupostos contidos no conceito de Visat e ratificou a importância da ação.

O conceito de Visat suscitou uma discussão sobre a reponsabilidade da ação. Ao classificarem a Visat enquanto uma ação de fiscalização atribuíram a ela um alto nível de complexidade e que não pode ser executada por eles. Alguns ACS relataram desconhecer quem deve realizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador e, outros, os agentes com maior tempo de trabalho e que já foram capacitados em ST, conferiram essa responsabilidade ao Cerest.

Eu não sei se cabe a nós saúde... é... profissionais de saúde, porque a gente faz a nossa parte, ou a vigi... ao pessoal da Vigilância em Saúde do trabalhador, né? Só que quando tem, por exemplo, muitos problemas causados por saúde, pelo fato da pessoa tá trabalhando de forma, sem uma prevenção adequada, você vai perguntar a quem? (FCC).

Sobre fiscalização, nós que agente comunitário, nós não tem como fiscalizar, nós recebemos queixa (IS)

Mas se... se existem empresas que não cumprem o direito do trabalhador, que está na lei, previsto em lei, é porque falta o órgão mesmo competente pra fiscalizar, né...? Porque a gente é muito peixe pequeno pra poder mexer com isso aí. Então, cadê o órgão responsável pra poder fiscalizar e exigir que o trabalhador ele tem que ser respeitado e tem que ser... né? Tipo, Cerest ou quem mais seja... (CA).

Eu não sei como é que é, como é que funciona essa questão de vigilância, do profissional de Vigilância em Saúde do trabalhador. Eu não sei se é somente uma pessoa pra... pra fiscalizar quem trabalha na fábrica de reciclagem, quem trabalha no hospital. Então, deveria ser várias pessoas, né? No caso, assim, a pessoa é uma doméstica, a pessoa que trabalha em vigilância de saúde do trabalhador ela tem que orientar a doméstica como? (FCC).

Ratificando o que foi discutido anteriormente, a Visat objetiva acrescentar ao conjunto de ações da VS estratégias que garantam a intervenção sobre os processos produtivos, estreitando laços entre os objetos afins das práticas sanitárias e das relações entre o trabalho e a saúde. Essa ideia é reafirmada pela PNST definindo como uma de suas estratégias a integração da Visat com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Básica.

Quando os Cerest foram criados, por meio da Renast em 2002, a Portaria Federal nº 1.679/2002, definiu que estes centros atuariam como suporte técnico para as ações de vigilância a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes de serviço da vigilância municipal. Em 2005, com a ampliação e implementação da Renast, a Portaria Federal nº 2.437/2005 resolve estruturar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, definindo que as ações de Visat devem ser a prioridade dos Cerest, haja vista que o seu objetivo deve ser a promoção e prevenção dos agravos.

Para complementar a discussão a PNST entende que a ST é uma área transversal e compreende a inserção das ações de Visat numa perspectiva intra e intersetorial. Neste sentido, a Visat deve estar presente em todos os pontos da Rede de Atenção, o que não quer dizer que a operacionalização da dinâmica processual das ações não seja complexa. Entretanto, a Visat deve se pautar na perspectiva de uma ação estruturante e essencial ao modelo de atenção integral em ST.

Com isso, ao analisar as falas de alguns ACS quando afirmam não ser capazes de realizar uma ação de Visat, não se espera que a AB nem os ACS executem o ciclo completo desta ação. Mas, a expectativa é que o nível primário da atenção, em especial os ACS, possa cumprir a tarefa inicial e essencial de identificar situações-problema, muitas vezes complexas, e que podem ser ampliadas caso sejam dadas condições e suporte a essas equipes.

Assim, Cardoso (2014) afirma que as ações de Visat no âmbito do SUS não são mais responsabilidade exclusiva de grupos técnicos especialistas em vigilância, mas estende-se para a rede de saúde, caracterizando-a como uma ação intersetorial, frente a sua dinâmica e necessidade de capilaridade para adentrar os territórios onde os problemas de saúde se consomem e dar concretude ao agir oportuno, essencial às ações de Vigilância em Saúde.

Os agentes trouxeram em algumas falas a realização de atividades de Visat, a exemplo de orientações e mapeamento das atividades produtivas.

E muitas vezes também, o próprio vigilante da saúde somos nós também. Sabe por quê? Agora eu lembrei aqui do curso que falou que nós também sabemos orientar a comunidade (RAR).

A gente pode também ser esse fiscalizador, né? Ser um elo, o apoio (CA) /Nós orienta as pessoas que procura, entendeu? (IS)

Eu acho que a gente já faz vigilância do trabalhador, que é no sentido de orientar o que a gente faz a proteção em saúde, né? A gente orienta o trabalhador, independente do cargo que ele executa na empresa ou não (FCC) .

A gente já faz a Vigilância em Saúde do Trabalhador... no mapa, na ficha A (JBLs).

Dias e *et al.*, (2012) discutem que para sistematizar as ações de vigilância nas práticas cotidianas, os agentes precisam desenvolver habilidades, utilizar ferramentas de investigação, registro, análise e programação e planejamento, de modo que possam organizar ações programadas e de atenção à demanda espontânea, visando mudar a qualidade de vida das pessoas do território onde atuam.

Os grupos referiram também a necessidade de parceria e apoio para a execução das ações de Visat. Diante do fato do Nasf estar inserido nas atividades cotidianas das ESF os agentes compreendem que o núcleo é uma parceria importante para as demandas da ST. Entretanto, comentaram também que é necessário estabelecer parcerias especializadas com órgãos da área da ST.

Quando nós não sabemos, nós temos aí o Nasf, que um apoio que nos dá, utilizo muito o psicólogo, é... Utilizo na comunidade o fisioterapeuta agora que tem também. E principalmente o preparador físico. Que muitos dos problemas de saúde vem no decorrer das suas próprias maneiras de trabalhar. Errada, né? (RAR)

Tinha que ter mais parceria, assim, sabe? No caso de... da gente aprender e levar pra fábrica... Tinha que ter parceria com o órgão que tá ali pra poder orientar melhor do que a gente (IS).

Nosso trabalho no caso é na comunidade. E assim, seria, seria de uma grande valia se a gente tivesse esse acesso juntamente com o pessoal do Nasf. Pra entrar numa empresa dessa, pra orientar um trabalhador desse (FCC).

O suporte do Nasf pode e deve contribuir para a qualificação do olhar sobre o território, levantando aspectos relativos ao campo da ST, colaborando para o aperfeiçoamento e sistematização de informações, por exemplo, sobre o perfil produtivo do território; o perfil ocupacional dos usuários trabalhadores, bem como o perfil epidemiológico desse grupo específico.

Embora o Cerest não tenha sido identificado nas falas como um parceiro presente nas ações cotidianas da AB, o que corrobora com a ideia mencionada pelos enfermeiros de que o setor está distante das eAB, ele consiste em um serviço especializado em ST e uma de suas atribuições é oferecer apoio técnico e pedagógico às eAB para que desenvolvam o cuidado aos usuários trabalhadores. Mais uma vez, abre-se um espaço para que o Cerest repense suas ações e assuma seu papel de referência e AM.

Para Ribeiro (2013) as ações de baixa complexidade da Visat, que podem e devem ser executadas pelas eAB, devem ser capazes de identificar agravos relacionados ao trabalho a partir de registros viabilizados no âmbito da vigilância epidemiológica e do Siab. Para a autora, a penetração das ESF na comunidade permite que riscos decorrentes de atividades produtivas no mercado informal, de autônomos, cooperativados, de agricultura de subsistência, do trabalho doméstico, etc, possuam visibilidade com base no diagnóstico precoce, na notificação ao Sinan e na identificação e combate ao trabalho infantil.

Ela complementa que as ações nesse nível situam-se na esfera da educação em saúde e das intervenções de baixa complexidade técnica, normalmente voltadas para a adoção de atitudes individuais, uma vez que o trabalhador possui certa autonomia sobre o processo de trabalho. As medidas são aquelas relacionadas à adoção de equipamentos, procedimentos de prevenção domésticos ou medidas gerais de proteção/correção. Um exemplo seria o modelo ergonômico

popular, em que os princípios básicos da ergonomia e da higiene ocupacional sejam adotados em tarefas domésticas.

Portanto, pode-se dizer que as ações de Visat já existem no contexto da AB e são possíveis de serem executadas. Contudo, Souza e Virgens (2013) acrescentam que o andamento dessas práticas depende do redimensionamento das tarefas, capacitação e valorização das equipes e disponibilidade de recursos físicos, materiais e organizacionais pelas secretarias de saúde, além do bom funcionamento da rede e dos fluxos de referência e contrarreferência.

#### **f) Qualificação em Visat e metodologias de formação**

Nesta etapa da análise dos dados foi possível identificar a demanda dos ACS por capacitação e suporte técnico para o desenvolvimento de ações de Visat. Apesar de parte do grupo ter reconhecido alguns processos de capacitação em ST durante o seu tempo de trabalho como ACS, os agentes que participaram classificaram estes momentos como ações pontuais, rápidas e pouco participativas.

No entendimento dos ACS a capacitação em Visat objetiva qualificá-los para o desenvolvimento da ação. Durante a discussão no grupo focal, os sujeitos compreenderam que esta demanda poderia ser suprida por meio da implementação da proposta construída neste estudo. O suporte técnico para o desenvolvimento das ações de Visat demanda o envolvimento intrasetorial do Cerest e do Nasf desempenhando as funções de Apoio Matricial, conforme discutido anteriormente.

No decorrer da discussão sobre Visat, os ACS relataram pouco conhecimento quanto às diversas ações do campo, a exemplo dos riscos relacionados às atividades produtivas, adoção de medidas de proteção, fluxo de encaminhamento, dentre outras. Afirmaram com bastante ênfase a necessidade de qualificação para a execução das ações de Visat.

A gente precisa de conhecimento. Das informações pra poder passar (APNAS) / Precisamos de conhecimento pra saber pra onde encaminhar (RCAP).

Eu enquanto trabalhadora pra tá vigiando, fazendo a Vigilância em Saúde do trabalhador, eu precisaria de uma capacitação mais detalhada, mais aprofundada pra gente, porque a gente já faz o básico. Só por cima mesmo (JBS)

Capacitação em parceria, né?(IPSS) / Capacitação com os órgãos competentes. É... vigilância, o Cerest e quem tiver envolvido nesse, nessa área de saúde do trabalhador (NRSM).

Então, essas capacitações que a gente quer ter é justamente pra isso, entendeu? Pra nos orientar nessas coisas que a gente não conhece pra depois que a gente for orientar alguém a gente saber como orientar (FCC)

Os grupos focais permitiram identificar que os agentes não possuem preparação prévia específica para lidar com as questões que envolvem a relação trabalho-saúde-doença, mais especificamente as atividades de Visat, o que os faz recorrerem aos saberes do senso comum ou saberes adquiridos em experiências anteriores para orientar o encaminhamento dos problemas.

Apesar de o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos serem uma das estratégias da PNST, poucas evidências relacionadas a práticas educativas específicas para os ACS em ST são encontradas na literatura.

A Ensp/Fiocruz/Ministério da Saúde desenvolveu um projeto de Formação de Agentes de Vigilância em Saúde do Trabalhador para a Renast que tem sido implementado em diversas regiões do país. Denominado de Multiplicadores de Visat, o projeto, coordenado pelo professor Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, tem por objetivo qualificar profissionais, enquanto estratégia de capacitação maciça de agentes de Visat, em apoio às ações da Renast (SUS). Busca capacitar profissionais e representantes sindicais para as práticas de Visat, no âmbito do SUS, na perspectiva do controle social da intervenção dos processos produtivos, com vistas à promoção da saúde e controle dos agravos à saúde dos trabalhadores.

Fundamentado em uma metodologia empírica baseada em princípios do modelo operário e da problematização freiriana, propiciou, em alguns estados, desencadear ações de Visat que continuam acontecendo e, em outros estados, o método trouxe à tona evidências sobre as dificuldades para o desencadeamento de ações, localizadas principalmente nas esferas gerenciais e intersetoriais (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

Embora seu público alvo contemple profissionais da AB, o projeto não considera nada específico para os Agentes Comunitários de Saúde, o que reforça a necessidade da elaboração de uma proposta específica para estes profissionais, com material e linguagem adequados às demandas identificadas por eles.

Silva (2009) recomendou em seu estudo algumas diretrizes para capacitação dos ACS, dentre elas utilizar o perfil de competência desses agentes requerido para o desenvolvimento de

ações de ST, adaptado às necessidades loco regionais, das equipes de saúde e do controle social. Neste estudo a autora elencou 14 desempenhos necessários ao desenvolvimento de ações de ST pelos ACS. Organizados em três categorias – Promoção da saúde e prevenção de agravos, Organização do cuidado e, Educação – os desempenhos compreendem diversas ações de Visat.

Nas falas dos ACS observou-se também a necessidade de um processo de capacitação para todos os profissionais das eAB (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem etc), no sentido de conferir maior resolutividade aos problemas identificados, discutir e planejar as ações de ST.

E essas capacitações realmente toda equipe precisava ter... Porque muitas vezes não adianta só nós agentes. Porque muitas vezes é... a pessoa chega com um problema de, um acidente de trabalho, eu não falo só acidente cortar um dedo não, falo até o emocional mesmo, e às vezes a equipe não vê o paciente daquela maneira. Certo? Vê o paciente só se ele tiver com a febre, se tiver com a dor de cabeça, se tiver com hemorragia... E não vê o como um todo. Então, é muito importante assim que fosse capacitado desde médico ao recepcionista (MCDS)

Uma coisa também que eu pensei e elas falaram é... capacitação de toda a equipe não só dos agentes. A gente quer ver resolução do problema (KCFS)

Chiavegatto (2010) concluiu em seu estudo que os profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica urgem pela necessidade de capacitação no campo da ST. A autora afirma que as ações de ST já fazem parte da rotina da AB, faltando apenas sistematizar e prover a estes profissionais os instrumentos adequados e o suporte técnico e político necessário para o seu desenvolvimento de forma mais efetiva e resolutiva.

Outra questão levantada pelos agentes diz respeito às diferenças territoriais e modelo de organização dos processos de trabalho. Os grupos de Lagoa das Flores e da zona rural apresentaram como demanda inserir na capacitação informações específicas sobre o perfil produtivo, riscos relacionados ao trabalho da sua área de abrangência, bem como as medidas de prevenção e orientações para estes casos. Neste sentido, a proposta de capacitação em Visat deve respeitar as diferenças loco regionais, pois, é evidente que as necessidades apresentadas em determinado território estarão atreladas ao tipo de trabalho desenvolvido por sua população e em seu território de abrangência.

As falas dos sujeitos elencaram diversos conteúdos para a proposta pedagógica de qualificação em Visat: as relações trabalho-saúde-doença; conceitos básicos do campo da Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador; legislação trabalhista; legislação previdenciária e sanitária; Sinan; e as atribuições dos ACS na Visat.

Acho que falando das doenças adquiridas. Quais são os direitos em lei do trabalhador, qual é a obrigação do... do dono da empresa. Orientar sobre INSS. Seja lá que trabalho for, que aquele trabalhador exerça (CA).

Nesse projeto quando eu cheguei aqui que eu vi isso aqui, as meninas dos olhos brilharam. Esse projeto pedagógico pra educação. Então assim, precisaria o que? A parte teórica né? De dizer tudo pra gente. O que é saúde do trabalhador, o que vem a ser realmente Vigilância em Saúde do Trabalhador, que são coisas que a gente faz, mas que fica ali parada (RBSS).

Principalmente falando sobre os direitos do trabalhador, né? Em relação à Saúde do Trabalhador e todos os temas que envolva a saúde do trabalhador. Como a gente pode orientar no caso do INSS, no caso de acidente de trabalho, dos riscos do trabalho (RAR)

Tem também aquele trabalhador que não é carteira assinada. A gente precisa saber como fazer pra orientar nesse caso (SSSP)

Então a gente precisaria saber direito o que é o Sinan, o que é mesmo a Vigilância em Saúde do Trabalhador, e qual é o nosso papel enquanto ACS (GPQ).

A análise das falas permite afirmar que os agentes trouxeram para a discussão conteúdos importantes e fundamentais para a construção da proposta, o que possibilita a formulação do projeto pedagógico de qualificação em Visat voltado para as necessidades identificadas pelos sujeitos da pesquisa e garante que as bases teóricas da ST e da Visat estarão presentes no modelo.

Para Franch (2008), os profissionais que atuam na AB devem ser formados de modo a atingir pelo menos quatro objetivos em ST: a) reconhecer o impacto do trabalho e das condições em que é desenvolvido sobre a saúde geral dos trabalhadores, identificando fatores de risco; b) conhecer aspectos legais, administrativos e institucionais básicos relacionados à saúde dos trabalhadores; c) deter conhecimentos quanto às doenças relacionadas ao trabalho, segundo riscos específicos e atividades laborais desenvolvidas; d) assistir e prover informações básicas aos trabalhadores quanto a aspectos clínicos, preventivos e administrativos, considerando condições individuais e fatores de risco associados.

Diante do conteúdo que foi elencado pelos ACS avalia-se que estes objetivos em ST poderão ser alcançados com o projeto de qualificação em Visat.

No que tange à metodologia de formação em Visat os sujeitos comentaram durante a discussão sobre sua participação em alguns processos de capacitação pouco interativos, curtos, com muita informação para ser absorvida em pouco tempo e salas muito cheias. Eles foram unânimes em afirmar que desejam uma qualificação participativa, dinâmica, que associe conteúdos teóricos a experiências práticas e com carga horária mais extensa.

Uma capacitação interativa, dinâmica. Porque muitas vezes a capacitação ela se torna muito monótona, só falando, uma pessoa falando. E tem pessoas que a voz dá sono (RAR)

Quando é mais dinâmico, mais participativo, que tem pessoas pra dar informação, tiver atividades que isso aí acaba até mesmo enriquecendo. Porque a gente absorve mais do que a pessoa, tendo só uma pessoa falando e a gente ouvindo (CA)

Eu também acho que a gente deveria tá conhecendo setores. Estar levando a gente pra ficar conhecendo, fazer uma visita (KCFS).

Trazer relatos de caso pra gente entender melhor. Porque tudo isso aí vai facilitar pra gente entender e até mesmo passar pra comunidade (EFP)

Seria bom uma capacitação de 40 horas e só com os ACS. Colocar pra participar mesmo, entendeu? E se esse caso, por exemplo, for lá na sua área, você faz o que? Aí depois vir explicando a forma correta de como faria (JBLS).

As falas expõem o desejo dos sujeitos de participarem de algo que ultrapasse as barreiras da capacitação e se constitua num processo de educação permanente. De acordo com a PNEPS, as bases definidoras dos processos formativos das equipes devem ser a problematização do processo de trabalho e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, o que também foi expresso pelos entrevistados.

Davini (2009) afirma que a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

Para a autora a partir de diversos estudos e análises, foi possível levantar três questões principais, associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde: nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente;

a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional; finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.

Assim, o enfoque da educação permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana dos serviços e às práticas sociais e de trabalho, no contexto real em que ocorrem. A educação permanente propõe a modificação substancial das estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer e, aloca os trabalhadores como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores, abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação.

Neste sentido, Silva (2009) recomendou em seu estudo a utilização de princípios da aprendizagem significativa e da reflexão na ação, reconhecendo e incorporando durante os processos de capacitação o conhecimento prévio. A aprendizagem significativa é também um dos conceitos norteadores da PNEP, pois, busca integrar prática e teoria para a formação dos profissionais partindo do pressuposto que apenas a aprendizagem significativa é capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança do cotidiano.

Vasconcellos *et al.*, (2013) relataram diversos processos de capacitações para inserir ações de ST na Rede Básica de Saúde nos anos de 2001 e 2002. Múltiplos estados participaram desses momentos. Foram capacitados multiplicadores para que esses, em cada estado e/ou nível local, pudessem disseminar as concepções e práticas em saúde do trabalhador entre as ESF. Em 2004 foram realizados mais dois cursos: um com carga horária de 24 horas para 25 multiplicadores e um de 16 horas para agentes de vigilância ambiental. Em 2006 foram realizados mais três cursos de capacitação de multiplicadores em ST para AB; quatro cursos de Vigilância em Saúde do Trabalhador para inspetores sanitários e representantes sindicais. Um curso com carga horária de 24 horas de Assistência e Vigilância em Agrotóxicos para pessoas da AB; três oficinas sobre agrotóxicos e duas oficinas sobre trabalho precoce.

Com relação à avaliação de alguns desses cursos, Vasconcellos e *et al.*, (2013) acrescentam que os alunos avaliaram que em algumas turmas houve um número alto de participantes, mais de 30, mas por outro lado este fato proporcionou mais diversidade e troca de experiência entre os profissionais. Quanto à metodologia, os alunos consideraram o referencial teórico pertinente para o estudo e reflexão sobre a importância ou inserção local da área de ST no SUS e na AB. Em geral, a carga horária foi considerada insuficiente para discutir melhor os textos e o conteúdo geral. A demanda por mais atividades práticas era uma tônica.

Os autores concluem que os cursos contribuíram para a implementação da área de ST nos municípios, ao propiciarem reflexões sobre a prática exercida como ponto de partida para a discussão da necessidade de os serviços assumirem as questões concernentes à ST, valorizando a intersetorialidade e a participação popular.

Finalizando a discussão nos grupos, os agentes falaram sobre a importância e necessidade de material didático que pudesse ser utilizado durante a qualificação e que também servisse para consultas posteriores.

Apostilas (NRSM) / Uma cartilha né? (JBLS) / Uma cartilha, numa linguagem simples né? Mas uma coisa sucinta porque assim, a maioria das pessoas tem preguiça de ler (RBSS) / Ter na cartilha os órgãos que a gente pode consultar e encaminhar as pessoas (APNAS).

Acho que os telefones dos acessos na unidade, não só pro agente, mas pra fica também unidade, um cartaz, alguma coisa que seja visível pra gente e também pro usuário né? Pra ele saber que existe, pra que quando a gente vá falar com eles, eles não sintam surpresas, dizer que não conhecia (GQP).

Material didático, segundo Bittencourt (2006) é um termo polissêmico e multifacetado, produzido com várias materialidades, finalidades e linguagens tendo diversos objetivos pedagógicos e ideológicos. Os materiais didáticos podem ser compreendidos como suporte de informação e, para a autora, eles devem corresponder com o discurso produzido, e têm a intenção de comunicar e transmitir o saber.

Ela acrescenta que esses artefatos educativos potencializam o trabalho educacional, com situações didáticas contextualizadas e dinâmicas. Assim, constitui-se numa valiosa ferramenta de trabalho para o projeto de qualificação, propiciando maior eficiência no processo ensino-aprendizagem. O uso de diversos materiais e de recursos pedagógicos diferenciados possibilita o

desenvolvimento das capacidades intelectuais do sujeito, da reflexão, do comportamento crítico e de suas atitudes.

Para Vasconcellos *et al.*, (2013) os materiais didáticos utilizados nos cursos fornecidos para a AB nos anos de 2001, 2002, 2004 e 2006 são importantes instrumentos de formação e informação que devem ser aprimorados caso a caso, reeditados, difundidos e utilizados num novo esforço de capacitação de profissionais da Atenção Básica.

Diante do exposto conclui-se que a discussão nos grupos focais instrumentalizou a construção de uma proposta pedagógica de qualificação em Visat para os ACS e se constituiu numa experiência ímpar de valorização do trabalho dos agentes, possibilitando o diálogo com estes trabalhadores para identificação de conceitos, elementos e saberes necessários à construção de processos de capacitação, que facilitem o desenvolvimento de ações de cuidado aos usuários trabalhadores. Os resultados deste estudo serão apresentados aos sujeitos da pesquisa com o intuito de validar o que foi extraído por meio das entrevistas e dos grupos focais.

## **7 PROPOSTA PEDAGÓGICA DE QUALIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Em face do atual contexto social e educacional é imperativo rever posturas e desenvolver projetos pedagógicos inovadores, favoráveis a uma práxis que caminha no sentido da cidadania e participação ativas, compreendendo a educação como uma prática formativa de sujeitos históricos. Este capítulo do estudo tem por objetivo apresentar a proposta pedagógica construída a partir do discurso dos sujeitos.

Ao oportunizar ao sujeito da ação o direito de participar da construção de uma prática pedagógica, o processo de criação se transforma em uma possibilidade de exercer plenamente a condição de ser humano emancipado, pois os atores percebem-se enquanto sujeitos sanitários e sentem-se impelidos à criação, à abertura, ao coletivo. Assim, a educação democrática e emancipatória envolve a participação de todos os sujeitos que fazem parte do processo educacional, constituindo-se num elemento de edificação da autonomia e democracia, sendo, ao mesmo tempo, oportunidade de aprendizado para todos.

Para Lopes *et al.* (2007), desenvolver a EPS exige a adoção de metodologias ativas de aprendizagem, que considerem a articulação entre teoria e prática, a problematização da realidade, a participação ativa dos profissionais e atores sociais envolvidos, configurando-se num processo de aprendizagem mútua e significativa.

A atitude e as metodologias problematizadoras devem permear todo o processo de educação permanente, desde a análise estratégica da situação/contexto, a análise do estilo e da capacidade de gestão do serviço até a redefinição da gestão de pessoal. A reflexão deve envolver e comprometer os grupos de trabalhadores na análise da sua própria prática, na identificação dos problemas e no planejamento de estratégias para sua solução (QUINTANA *et al.*, 1994).

Davini (2009) afirma que o acesso a informações e conhecimentos tem muito pouco significado se antes não tiver refletido e identificado, na prática, os problemas (p. 55). Neste sentido, as estratégias metodológicas propostas para problematização das práticas, apresentadas nos quadros abaixo, vão da prática à informação, tendo como objetivo identificar problemas, ampliar conhecimento, desenvolver competências específicas e buscar soluções.

Estas estratégias devem ser desenvolvidas com a participação ativa dos trabalhadores na construção e reconstrução do conhecimento e na produção de novas sínteses. Para tanto, faz-se necessário que as informações e o conhecimento mobilizem o pensamento dos sujeitos, se

articulem com a sua prática, seja útil para o contexto sócio-cultural em que atuam e impliquem no avanço da consciência profissional desses sujeitos (DAVINI, 2009).

<b>PROPOSTA PEDAGÓGICA DE QUALIFICAÇÃO EM VISAT A PARTIR DAS FALAS DOS ACS</b>	
<b>Discurso dos sujeitos</b>	<b>Conteúdos</b>
<p>[...] A parte teórica ne? De dizer tudo pra gente. O que é saúde do trabalhador, o que vem a ser realmente Vigilância em Saúde do trabalhador [...] (RBSS).</p> <p>[...] todos os temas que envolva a Saúde do Trabalhador. Como a gente pode orientar no caso do INSS, no caso de acidente de trabalho, dos riscos do trabalho (RAR)</p> <p>Acho que falando das doenças adquiridas. Quais são os direitos em lei do trabalhador, qual é a obrigação do... do dono da empresa. Orientar sobre INSS. Seja lá que trabalho for que aquele trabalhador exerça (CA).</p> <p>Tem também aquele trabalhador que não é carteira assinada. A gente precisa saber como fazer pra orientar nesse caso (SSSP)</p> <p>Então a gente precisaria saber direito o que é o Sinan, o que é mesmo a Vigilância em Saúde do trabalhador, e qual é o nosso papel enquanto ACS (GPQ).</p>	<p><b>Quem é o trabalhador?</b>            Conceito de trabalho            Conceito de trabalhador (trabalho formal e informal)            Processo de trabalho            Trabalho domiciliado            A Saúde do Trabalhador no SUS</p> <p><b>Relação trabalho-saúde-doença</b>            Influência do trabalho na saúde e no adoecimento dos trabalhadores            Conceito de risco e perigo            Mapeamento de atividades produtivas da área de abrangência            Identificação da população trabalhadora da área de abrangência            Condições de saúde dos trabalhadores da área de abrangência            Doenças e agravos relacionados ao trabalho mais comuns na área de abrangência</p> <p><b>O que é Vigilância em Saúde do Trabalhador?</b>            Conceito de Visat            Legislação relacionada à Visat            Visat na Atenção Básica            Atribuições do ACS em Visat e cuidado à Saúde do Trabalhador            O que é o Cerest            Parceiros nas ações de Visat            Sinan</p> <p><b>Direitos previdenciários</b>            Tipos de segurado            Benefícios previdenciários            Direitos do trabalhador doméstico</p>

<b>Falas dos sujeitos</b>	<b>Metodologia</b>
<p>Uma capacitação interativa, dinâmica. Porque muitas vezes a capacitação ela se torna muito monótona, só falando. E tem pessoas que a voz dá sono (RAR)</p> <p>Quando é mais dinâmico, mais participativo, que tem pessoas pra dar informação, tiver atividades que isso aí acaba até mesmo enriquecendo. Porque a gente absorve mais do que a pessoa, tendo só uma pessoa falando e a gente ouvindo (CA)</p> <p>Eu também acho que a gente deveria ta conhecendo setores. Estar levando a gente pra ficar conhecendo, fazer uma visita (KCFS).</p> <p>Trazer relatos de caso pra gente entender melhor. Porque tudo isso ai vai facilitar pra gente entender e até mesmo passar pra comunidade (EFP)</p>	<p>Estudos de caso que envolvam trabalho rural, trabalho domiciliar, trabalho em fábricas de cimento, bloco, reciclagem, calçados, entre outros.</p> <p>Visita técnica ao Cerest e demais dispositivos da saúde que oferecem suporte à Saúde do Trabalhador</p> <p>Assistir filmes como “Ilha das Flores e Tempos Modernos”</p> <p>Dramatizações</p> <p>Trabalho em grupo</p> <p>Elaborar um Diagnóstico Situacional em Saúde do Trabalhador da área de abrangência</p> <p>Realizar uma visita em um ambiente de trabalho (fábricas, açougues, farmácias, domicílio – costureiras, doceiras, manicures – entre outros) com o objetivo de observar o processo de trabalho, identificando riscos e possíveis problemas para a saúde do trabalhador.</p> <p>Estudo de caso para notificação no Sinan – preencher a ficha do Sinan</p> <p>Discutir o fluxo de encaminhamento dos trabalhadores e mecanismos de referência e contrarreferência para acompanhamento dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho</p>
<b>Falas dos sujeitos</b>	<b>Material Didático</b>
<p>Apostilas (NRSM) / Uma cartilha ne? (JBLS) / Uma cartilha, numa linguagem simples ne? Mas uma coisa sucinta porque assim, a maioria das pessoas tem preguiça de ler (RBSS) / Ter na cartilha os órgãos que a gente pode consultar e encaminhar as pessoas (APNAS).</p>	<p>Cartilha ilustrativa com todo o conteúdo a ser trabalhado numa linguagem informal e direta.</p> <p>Textos complementares e legislação pertinente</p>

<b>Falás dos sujeitos</b>	<b>Carga Horária</b>
Seria bom uma capacitação de 40 horas e só com os ACS. Colocar pra participar mesmo, entendeu? E se esse caso, por exemplo, for lá na sua área, você faz o que? Ai depois vir explicando a forma correta de como faria (JBLS).	40h

<b>PROGRAMA PARA A QUALIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR PARA OS ACS</b>	
<b>Seção</b>	<b>Metodologia</b>
<b>1 – Quem é o trabalhador?</b> Conceito de trabalho Conceito de trabalhador (trabalho formal e informal) Processo de trabalho Trabalho domiciliar A Saúde do Trabalhador no SUS	Estudo de caso Trabalho em grupo Assistir ao filme “Ilha das Flores” ou “Tempos Modernos” Dramatização
<b>2 – Relação trabalho-saúde-doença</b> Conceito de risco e perigo Mapeamento de atividades produtivas da área de abrangência Identificação da população trabalhadora da área de abrangência Condições de saúde dos trabalhadores da área de abrangência Doenças e agravos relacionados ao trabalho mais comuns na área de abrangência	Estudos de caso que envolvam trabalho rural, trabalho domiciliar, trabalho em fábricas de cimento, bloco, reciclagem, calçados, entre outros. Elaborar um Diagnóstico Situacional em Saúde do Trabalhador da área de abrangência Discutir o fluxo de encaminhamento dos usuários trabalhadores dentro do SUS
<b>3 – O que é Vigilância em Saúde do Trabalhador?</b> Conceito de Visat Legislação relacionada à Visat Visat na Atenção Básica Atribuições do ACS em Visat e cuidado à Saúde do Trabalhador O que é o Cerest Parceiros nas ações de Visat Fontes de dados em Saúde do Trabalhador	Estudos de caso Visita institucional ao Cerest e aos dispositivos que oferecem suporte à Saúde do Trabalhador Visita técnica a um ambiente de trabalho da área de abrangência Preenchimento das fichas do Sinan
<b>4 – Direitos Previdenciários</b> Tipos de segurado Benefícios previdenciários Direitos do trabalhador doméstico	Trabalho em grupo Estudo de caso Dramatização

<b>PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR PARA OS ACS</b>				
1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
<b>Manhã</b>	<b>Manhã</b>	<b>Manhã</b>	<b>Manhã</b>	<b>Manhã</b>
<p>Conceito de trabalho Conceito de trabalhador (trabalho formal e informal) Processo de trabalho Trabalho domiciliar Saúde do Trabalhador no SUS</p> <p>Metodologia: Estudo de caso / Trabalho em grupo / Dramatização</p>	<p>Condições de saúde dos trabalhadores da área de abrangência Doenças e agravos relacionados ao trabalho mais comuns na área de abrangência</p> <p>Metodologia: Estudo de caso / Trabalho em grupo</p>	<p>O que é o Cerest Parceiros nas ações de Visat Fontes de dados em Saúde do Trabalhador</p> <p>Metodologia: Trabalho em grupo</p>	<p>Conhecendo o Cerest e os dispositivos que oferecem suporte a Saúde do Trabalhador (Visita institucional)</p> <p>Metodologia: Roda de conversa</p>	<p>Visita técnica a um ambiente de trabalho da área de abrangência</p> <p>Metodologia: Atividade prática</p>
<b>Tarde</b>	<b>Tarde</b>	<b>Tarde</b>	<b>Tarde</b>	<b>Tarde</b>
<p>Conceito de risco e perigo Mapeamento de atividades produtivas da área de abrangência Identificação da população trabalhadora da área de abrangência</p> <p>Metodologia: Estudo de caso / Trabalho em grupo</p>	<p>Conceito de Visat Legislação relacionada à Visat Visat na Atenção Básica Atribuições do ACS em Visat e cuidado à Saúde do Trabalhador</p> <p>Metodologia: Trabalho em grupo / Dramatização</p>	<p>Direitos previdenciários Tipos de segurado Benefícios previdenciários Direitos do trabalhador doméstico</p> <p>Metodologia: Estudo de caso / Trabalho em grupo / Dramatização</p>	<p>Preparação e planejamento da visita técnica a um ambiente de trabalho da área de abrangência</p> <p>Metodologia: Trabalho em grupo</p>	<p>Apresentação e discussão da visita técnica Encerramento</p> <p>Metodologia: Trabalho em grupo</p>

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Educação Permanente em Saúde está em harmonia com a proposta de inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, haja vista que os profissionais reconhecem o papel da Atenção Básica no desenvolvimento destas ações e demonstram uma necessidade de capacitação neste campo de atuação.

Embora a capacitação dos ACS em ST seja encarada como um desafio, os enfermeiros consideraram que os agentes podem desenvolver ações no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador desde que sejam capacitados para tal. Neste sentido, a capacitação deve ocorrer na perspectiva da educação permanente, já que esta propõe uma mudança das estratégias de educação e nas práticas de capacitação dos trabalhadores. Investir na capacitação dos profissionais da AB é indispensável para refletir criticamente sobre o trabalho.

O Cerest, considerado pela PNST como centro articulador e organizador das ações de ST, foi identificado, tanto pelos enfermeiros quanto pelos ACS, como um setor que precisa se aproximar da AB e estreitar os laços, assumindo as suas funções de suporte técnico, educação permanente, Apoio Matricial, dentre outras. Assim, compreende-se que os profissionais da AB carecem desta relação, conferindo ao Cerest uma oportunidade ímpar de contribuir na implementação da política de ST municipal.

Em decorrência do papel do ACS, de constituir-se elo entre a equipe de saúde e a comunidade, as ações de ST também fazem parte do seu cotidiano de trabalho, desencadeadas pelo reconhecimento da relação trabalho-saúde-doença. Apesar das dificuldades elencadas pelos agentes, foi possível identificar que eles desenvolvem ações de cuidado à saúde dos trabalhadores, ainda que de forma assistemática e, muitas vezes, utilizando saberes do senso comum.

Constatou-se que os ACS não possuem preparação específica para lidar com as questões que envolvem a relação trabalho-saúde-doença e, mais especificamente com as ações de Visat. Na medida em que os agentes discutiram o conceito e as ações de Visat na AB, eles referiram unanimemente a necessidade de capacitação para a execução das ações.

Além dos diversos conteúdos elencados pelos ACS para a construção da proposta pedagógica de qualificação em Visat, eles discutiram sobre a metodologia e o material didático apropriado, o que garantiu a presença das bases teóricas da ST e da Visat na proposta e sua elaboração apenas por meio das falas dos sujeitos. Neste sentido, o estudo possibilitou desvelar o desejo dos ACS em participar de um processo educativo capaz de transpor as barreiras da capacitação e se constituir num verdadeiro processo de Educação Permanente em Saúde. De forma geral, o estudo possibilitou a construção de uma proposta pedagógica de qualificação em Visat para os ACS e representou uma experiência única de valorização do trabalho deste profissional, o que foi expresso em todos os grupos de discussão. Esta situação se constituiu num fator motivador, especial e indispensável para a elaboração da proposta pedagógica. Por fim, oportunizar ao protagonista da ação o direito de opinar sobre seu processo de educação permanente é promover a liberdade, a autonomia e a cidadania do sujeito.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A.T de. Aspectos históricos e conceituais, princípios e importância da atenção primária à saúde no atual cenário nacional. In: Dias, EC; Silva, TL (organizadores). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

AGUIAR, R.A.T de. **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**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

BITTENCOURT, C.M.F. **Materiais didáticos: concepções, produções, usos**. Mimeo, 2006.

BOMFIM, L.A. Grupos Focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

BORNSTEIN, V.J. **O Agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF. DOU de 24/01/2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 777 de 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. Brasília. DOU de 29/08/2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004a.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. DOU de 16/02/ 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006a.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. DOU de 28/03/2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, DOU de 10/07/2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as normas e diretrizes do Pacs e PSF. DOU de 19/12/1997.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011c.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. DOU de 26.01.2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. DOU de 22/08/2007.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011b.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU 24.10.2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009a.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. DOU de 11/11/2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120 de 1º de julho de 1998b.** Aprova a Instrução

Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Brasília: DOU de 02/07/1998.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009b**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília: DOU de 22.12.2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.908 de 30 de outubro de 1998a**. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DOU de 31/10/1998.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 dez. 2010a**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 30/12/2010.

\_\_\_\_\_, **Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família**: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Ver. Bras. Saúde materno infantil, Recife, 3 (1): 113-125, jan – mar; 2003.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, nº 05).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a Educação Permanente em saúde. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_, 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.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Lei nº 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. Brasília: DOU de 20/09/1990.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011c**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DOU de 29/06/2011.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011a**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília: DOU 08/11/2011.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: DOU de 05/10/1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006b**. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2011**. Disponível em:  
<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-trabalhador/acidentes-de-trabalho>. Acesso em 10.02.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DOU de 20/09/2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DOU de 24/08/2012.

CAMPOS, F.E; PIERANTONI, C.R; HADDAD AE; VIANA, A.L.A; FARIA, R.M.B. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cad. RH Saúde.**; v.3: p. 41-53, 2006.

CAMPOS, G.W.S, 2007. **Saúde paideia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec.

CAMPOS, G.W.S. Equipes referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a

reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S; CUNHA. G.T. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.23, nº.2. Rio de Janeiro, 2007.

CARDOSO, E.M. **Análise conjuntural da vigilância em saúde do trabalhador no estado do Amazonas**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. A política federal de Atenção Básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22[2]: 477-506, 2012.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

CECIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface-Comunicação, saúde educação. V.9, n.16, p. 161-167, set. 2004/fev. 2005.

CORBO, A.D; MOROSINI, M.V.G.C; PONTES, A.L.M. 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.

COSTA, D; LACAZ, F.A.C; JACKSON FILHO, J.M; VILELA, R.A.G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocupacional**, São Paulo, 38 (127): p. 11-30, 2013.

DALDON, M.T.B; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas. **Rev. bras. Saúde ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 92-106, 2013.

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DIAS, E.C. **A inserção de ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde**: aspectos conceituais, bases legais, desafios e oportunidades. Texto de discussão na oficina: “A Vigilância em Saúde ambiental, Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica: integrando agendas”, realizada em Brasília, na 8ª. EXPOEPI; 2008.

DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde ambiental e Saúde do Trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070. 2009.

DIAS, E.C. et al. Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). In: GOMEZ, C.M.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L (Orgs.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. P.107-22.

DIAS, E.C; HOEFEL, M da G. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005.

DIAS, E.C; SILVA, T.L e. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no trabalho (PNSST). **Rev Bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): p. 31-43, 2013.

DIAS, E.C; SILVA, T.L e. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na atenção primária. In: Dias EC, Silva TL, organizadores. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed; 2013.

DIAS, E.C; SILVA, T.L e; ALMEIDA, M.H.C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 20 (1): p. 15-24, 2012.

DIAS, E.C; SILVA, T.L e. **O agente comunitário de saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas** – guia do ACS. Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2012.

FACCHINI, L.A; NOBRE, L.C.C; FARIA, N.M.X . Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.

FAUSTO M.C.R; MATTA G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro; EPSJV FIOCRUZ, 2007.

FERRAZ, L; AERTZ, D.R.G. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.2** Rio de Janeiro Abr./Jun 2005.

FRANCH I.C. La atención primaria de salud, un agente clave de la salud laboral. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martins. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 47. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2013. 143p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 58. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2014. 253p.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 80 p.

HILDEBRAND, S.M. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal**: 1997 a 2006. 2008. 318 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências da

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Disponível

em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php> 2013. Acesso em 10.02.2015.  
Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

JARDIM, T.A; 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.

LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl.2, p. 7-19, 1997.

LACAZ, F.A.C. Vigilância em saúde do trabalhador como elemento constitutivo da saúde do trabalhador no sistema único de saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais. In In: CORRÊA, MJM; PINHEIRO, TMM; MERLO, ARC. (Organizadores). **Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

LACAZ, F.A.C; SANTOS, A.P.L. Saúde da família e saúde do trabalhador: estudo de caso sobre apoio matricial no Cerest de Amparo (SP). In: Dias EC, Silva TL, organizadores. **Saúde do Trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed; 2013.

LEAO, L.H da C; VASCONCELLOS, L.C.F de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, mar. 2011

LOPES, S.R.S; PIOVESAN, E.T.A; MELO, L.O; PEREIRA, M.F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Rev. Cien. Saúde**. 18: p. 147-55, 2007.

MACHADO, J.M.H. Vigilância em saúde do trabalhador: conceitos e pressupostos. In: CORRÊA, M.J.M; PINHEIRO, T.M.M; MERLO, A.R.C. (Organizadores). **Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

MACHADO, J.M.H; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl.1, p. 74-87, 1994.

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

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E.V. **Uma nova agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MENDES, R; DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador**. Rev. Saúde Pulb, São Paulo, v.25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo. Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.

MINAYO-GOMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MONKEN, M; BARCELLOS, C; PORTO, M.F.S. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: GOMEZ, C.M; MACHADO, J.M.F; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MOROSINI, V.M; CORBO, A.A; 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.

NOBRE, L.C DA C; GALVÃO, A.M.F; CARDIM, A; MENDES, T.T. Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: práticas e desafios. In: NOBRE, L.C DA C; PENA, P; BAPTISTA, R. (Organizadores). **A saúde do trabalhador na Bahia: histórias, conquistas e desafios**. Salvador. Edufba/SESAB/CESAT, 2011.

NORONHA, J. C.; PENNA, G. O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 4- 9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares.

OLIVEIRA, MMD. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 3 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

OLIVEIRA, P.A.B; MENDES, J.M. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl.2, p. 73-83, 1997.

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

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PINHEIRO, T.M.M. **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. 1996. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

QUINTANA, P.B; ROSCHKE, M.A.C; RIBEIRO, E.C.O. Educacion Permanente, Proceso de Trabajo y calidad de Servicio em Salud. In: HADDAD-Q J; ROSCHKE, M.A.C; DAVINI, M.C, editores. **Educacion permanente de personal de salud**. Washington, D.C.: OPS; 1994.

RIBEIRO, F.S.N. Metodologia Progressiva e Integrada de Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - Teorias e Práticas**. CORREA; M.J.M, PINHEIRO, T.M.M, MERLO, A.R.C. (Organizadores) Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2013.

RIGOTTO, R.M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. **Rev Bras Epidemiol**. 4(6), p.388-404, 2003

ROVERE, M.R. Gestion de La Educacion Permanente: uma relectura desde uma perspectiva estratégica. **Educ. Med. Salud**. v. 27: 489-515, 1993.

SANTORUM, K.M.T. **Pelas fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em Saúde do Trabalhador.** 2006. 173 f. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, V.C; SOARES, C.B; CAMPOS, C.M.S. A relação trabalho saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, p.777-781, 2007.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências.** 7. ed.São Paulo: Cortez, 2010a.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do sul.** São Paulo: Cortez, 2010b.

SANTOS. B.S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política.** São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, M. **Território e sociedade** – entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SILVA, J.A. **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.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comum Saúde Educ.** 6(10):75-83, 2006.

SILVA, T.L e. 2009. **Contribuição ao processo de capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador.** 2009. Dissertação (Mestre em Saúde Pública e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Rio de Janeiro.

- SILVA, T.L e. et al. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. **Interface - Comunicação, saúde, educação**. v.18 no.49 Botucatu Apr./June 2014 Epub Mar 10, 2014.
- SILVA, T.L e; DIAS, E.C; RIBEIRO, E.C.O. Saberes e práticas do Agente comunitário de Saúde na atenção à Saúde do Trabalhador. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 2011. 15(38).
- SOUZA, J.P DE; LEAL, M.H; FONTOURA, O DE M; SCHERER, I.C. A importância da atenção básica de saúde como ordenadora das redes de atenção à saúde e coordenadora do cuidado da saúde do trabalhador. In: Dias, EC; Silva, TL (organizadores). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.
- SOUZA, K.R DE; FALLEIROS, I. Confluências de uma trajetória crítica das relações de saúde, trabalho e direito: para uma práxis educativa em saúde do trabalhador. In: OLIVEIRA, MHB de; VASCONCELLOS, LCF de. (Organizadores). **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro. Educam, 2011.
- SOUZA, M.G; MANDU, E.N.T; ELIAS, A.N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**. v.22(3):772-9, 2013.
- STARFIELD, B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. **Rev. Panam. Salud Publica / Pan Am. J. Public Health**, v. 12, n. 6, p. 384-387, 2002.
- TAMBELLINI, A.T; CÂMARA, V.M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**.v.3(2):47-59, 1998.
- TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância da Saúde: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. v.5(7):10-23. 15, 2004.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo. Cortez, 2011.
- VASCONCELLOS, L.C.F DE; GUTIERREZ, P.R; NUNES, E. DE F; IENO, G.M. DE L; SENNA, J. DE F; KULESZA, T. M. O processo de construção das ações de Saúde do Trabalhador na atenção básica (1990-2002). In: Dias EC, Silva TL, organizadores. **Saúde do**

**Trabalhador na atenção primária à saúde:** possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed; 2013.

VASCONCELLOS, L.C.F DE; ALMEIDA, CVB DE; GUEDES, DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. In: CORRÊA, MJM; PINHEIRO, TMM; MERLO, ARC. (Organizadores). **Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde:** teorias e práticas. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

VASCONCELLOS, L.C.F de; OLIVEIRA, M.H.B de. **O sujeito sanitário na perspectiva do direito.** Rio de Janeiro, 2011. No Prelo.

VASCONCELLOS, L.C.F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Rev. bras. Saúde ocup.,** São Paulo, 38 (128): 179-198, 2013.

VASCONCELLOS, L.C.F; RIBEIRO, F.S.N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública,** v.13, n.2, p. 269-275, 1997.

VASCONCELLOS, L.C.F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:** apontamentos para uma Política de Estado. Tese (Doutor em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, M.C.F. **Contribuições para o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde do trabalhador domiciliar, na atenção primária à saúde, no município de Juiz de Fora.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública). FIOCRUZ: Rio de Janeiro, RJ, 2009b.

VIEIRA, M.C.F. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador:** uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009 [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2009a.

VIEIRA, M.C.F; DIAS, E.C; MATTOS, R DE C. Contribuição da atenção primária à saúde para a saúde do trabalhador no domicílio. In: Dias, EC; Silva, TL (organizadores). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde:** Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

VIEIRA, M.C.F; DIAS, E.C; MATTOS, R.C. Contribuição da atenção primária à Saúde do Trabalhador no domicílio. In: Dias, EC; Silva, TL (organizadores). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde:** Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

VILASBÔAS, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano VIII, n. 16, p. 63-67, 2007.

VILELA, R.A.G. **Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho: a experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba; construindo prevenção e desvelando a impunidade.** 2002. 386f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

VITÓRIA DA CONQUISTA, **Plano municipal de saúde 2014-2017.** Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista, 2014.

VITÓRIA DA CONQUISTA, Relatório anual de gestão – Cerest. Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista, 2013.

ZANCHETTA, MS; LEITE, LS; PERREAULT, M; LEFEBVRE, H. **Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde** - estudo etnográfico. Online Braz J Nurs [Internet]. 2005

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS

**Elaboração de um projeto pedagógico de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde em Vigilância à Saúde do Trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos**

Idade	_____ anos
Sexo	Masculino          Feminino
Tempo de formado	_____ anos e _____ meses
Tempo na Atenção Básica	_____ anos e _____ meses
Você trabalha em	Zona urbana          Zona rural
Capacitação em Saúde do Trabalhador	Sim          Não

Selecione com um X as ações de Saúde do Trabalhador que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica e as que você desenvolve em sua rotina de trabalho:

	Ações de Saúde do Trabalhador que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica	Ações de Saúde do Trabalhador que você desenvolve em sua rotina de trabalho
c) Identificação dos usuários que são trabalhadores na área de abrangência da sua equipe de saúde da família		

d) Mapeamento da atividade produtiva do território da área de abrangência da sua equipe de saúde da família		
e) Identificação dos principais fatores de risco para a saúde presentes no trabalho (trabalhadores do setor formal ou informal)		
f) Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho e seus desdobramentos (orientação dos trabalhadores e encaminhamentos trabalhistas e previdenciários)		
g) Notificação de agravo relacionado ao trabalho (Sinan)		
h) Ações educativas relacionadas ao trabalho direcionadas a promoção e proteção da saúde no trabalho		

Sobre o trabalho dos ACS, selecione com um X as ações que podem ser desenvolvidas por eles:

i) Identificar e registrar na ficha A as pessoas que trabalham e a ocupação de todos os membros da família	
j) Observar cuidadosamente o espaço domiciliar e o entorno, em busca de atividades produtivas desenvolvidas no território e identificar os possíveis riscos/perigos, a ele relacionados, a que podem estar expostos o trabalhador, a família e a comunidade	
k) Orientar de forma ética o trabalhador sobre os riscos e perigos à sua saúde e sobre a garantia de direitos previdenciários, trabalhistas e sociais	
l) Realizar registro das informações sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho e repassar essas informações à equipe	
m) Buscar estabelecer a relação entre queixas dos membros das famílias de sua área de atuação com o tipo de trabalho que desenvolvem, bem como o perfil de atividades produtivas desenvolvidas no território e levar ao conhecimento da equipe	
n) Identificar e mapear as atividades produtivas instaladas no território de atuação das equipes (exemplo: fábricas, açougues, lojas)	
o) Identificar trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou que sofreram acidentes no trabalho, em especial aqueles com sequelas graves	
p) Discutir com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento, com base no conhecimento das necessidades dos trabalhadores	

Como capacitar e apoiar o trabalho dos ACS?

---

---

---

---

De que forma o Cerest, o NASF e a Vigilância em Saúde podem auxiliar os agentes de saúde na execução dessas ações de Saúde do Trabalhador?

---

---

---

---

---

Outras sugestões:

---

---

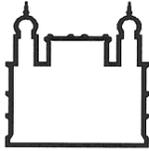
---

## **APÊNDICE B**

Roteiro de participação no grupo focal com os ACS

Explorar as seguintes questões

- 1- Problemas de saúde relacionados ao processo trabalho-saúde-doença e o ambiente no território de atuação
- 2 – Ações desenvolvidas pelos ACS para o enfrentamento desses problemas e o cuidado à saúde dos trabalhadores
- 3 – Dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento dessas ações (abordar função do Cerest e Nasf)
- 4 – Conhecimentos sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador
- 5 – Metodologias de formação em Vigilância em Saúde do Trabalhador
- 6 – Materiais necessários para a formação em Vigilância em Saúde do Trabalhador



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1**

### **Dados de identificação**

**Título do projeto:** Elaboração de um projeto pedagógico de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde em Vigilância à Saúde do Trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos.

**Pesquisadores responsáveis:** Prof.º Dr.º Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Jamilly Gusmão Coelho.

**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

**Telefones para contato:** (77) 9978-9470 / (77) 3421-9334

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**ELABORAÇÃO DE UM PROJETO PEDAGÓGICO DE QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR: A CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA COM OS PRÓPRIOS SUJEITOS.**”, desenvolvida pelo Prof. Dr.º Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, pesquisador da ENSP/FIOCRUZ e Jamilly Gusmão Coelho, aluna da ENSP/FIOCRUZ.

Este estudo está sendo desenvolvido com o objetivo de elaborar um projeto pedagógico de capacitação em Vigilância em Saúde do Trabalhador para os Agentes Comunitários de Saúde a partir da percepção dos próprios sujeitos no município de Vitória da Conquista. As informações coletadas servirão para: Aprender a percepção do ACS sobre as relações trabalho-saúde-doença; Identificar que ações de Saúde do Trabalhador são desenvolvidas pelos ACS em seu território de atuação; Identificar facilidades e dificuldades no desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador pelos ACS; Identificar as necessidades, a partir da fala dos ACS, para a qualificação em VISAT; Aprender a percepção dos enfermeiros sobre a qualificação dos ACS em VISAT; Oportunizar ao protagonista da ação (ACS) o direito de construção do modelo pedagógico de capacitação.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. A entrevistadora

conversará com você sobre o estudo e esclarecerá qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para guardar. No entanto, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Contudo, sua participação é muito importante, pois contribuirá para a construção de um projeto de capacitação para os agentes de saúde.

As informações prestadas por você serão confidenciais e privadas. Na divulgação dos resultados da pesquisa, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido, porque seu nome será transformado em código e não vai aparecer em lugar nenhum. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações a pesquisadora sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de uma entrevista que deverá levar em torno de 20 minutos. Os roteiros serão analisados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terá acesso aos mesmos os pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa incluem uma melhor compreensão das ações de saúde do trabalhador realizadas pelas equipes de saúde da família, para, a partir daí, construir um projeto pedagógico de capacitação para os agentes de saúde. Em geral, este estudo não oferece risco para você, porque as perguntas que serão feitas durante a entrevista não ocasionará nenhum constrangimento.

Este Termo foi redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador, sendo que ambos devem assinar na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade,

da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

*Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ*

*Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210*

*Tel / Fax: 2598-2863 - e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.*

Contato com o pesquisador responsável:

Jamilly Gusmão Coelho – Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Solange Hortélio

Rua Cláudia Botelho, Residencial Mirante Vitória, Bloco 10, apto 204. CEP 45028-190

Candeias- Vitória da Conquista – Bahia

Telefone: (77) 9978-9470 – e-mail: [jamillygusmao@hotmail.com](mailto:jamillygusmao@hotmail.com)

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos - [fadel@ensp.fiocruz.br](mailto:fadel@ensp.fiocruz.br)

ENSP/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – CEP: 21041-210

Manguinhos - Rio de Janeiro

Telefone:(21) 2598-2821 – e-mail: [elfadel@globo.com](mailto:elfadel@globo.com)

---

Assinatura Pesquisador Responsável

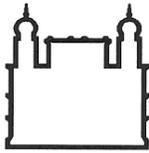
Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do Participante:

Vitória da Conquista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura Participante da Pesquisa



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2**

### **Dados de identificação**

**Título do projeto:** Elaboração de um projeto pedagógico de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde em Vigilância à Saúde do Trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos.

**Pesquisadores responsáveis:** Prof.º Dr.º. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Jamilly Gusmão Coelho.

**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

**Telefones para contato:** (77) 9978-9470 / (77) 3421-9334

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**ELABORAÇÃO DE UM PROJETO PEDAGÓGICO DE QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR: A CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA COM OS PRÓPRIOS SUJEITOS.**”, desenvolvida pelo Prof. Dr.º. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, pesquisador da ENSP/FIOCRUZ e Jamilly Gusmão Coelho, aluna da ENSP/FIOCRUZ.

Este estudo está sendo desenvolvido com o objetivo de elaborar um projeto pedagógico de capacitação em Vigilância em Saúde do Trabalhador para os Agentes Comunitários de Saúde a partir da percepção dos próprios sujeitos no município de Vitória da Conquista. As informações coletadas servirão para: Apreender a percepção do ACS sobre as relações trabalho-saúde-doença; Identificar que ações de Saúde do Trabalhador são desenvolvidas pelos ACS em seu território de atuação; Identificar facilidades e dificuldades no desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador pelos ACS; Identificar as necessidades, a partir da fala dos ACS, para a qualificação em VISAT; Apreender a percepção dos enfermeiros sobre a qualificação dos ACS em VISAT; Oportunizar ao protagonista da ação (ACS) o direito de construção do modelo pedagógico de capacitação.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. A entrevistadora

conversará com você sobre o estudo e esclarecerá qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para guardar. No entanto, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Contudo, sua participação é muito importante, pois contribuirá para a construção de um projeto de capacitação para os agentes de saúde.

As informações prestadas por você serão confidenciais e privadas. Na divulgação dos resultados da pesquisa, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido, porque seu nome será transformado em código e não vai aparecer em lugar nenhum. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações a pesquisadora sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal mediado pela pesquisadora, com duração aproximada de 1 hora, onde serão feitas perguntas de um roteiro elaborado previamente. As falas serão gravadas por um gravador digital e transcritas posteriormente. Os roteiros e as gravações serão analisados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa incluem uma melhor compreensão das ações de saúde do trabalhador realizadas pelas equipes de saúde da família, para, a partir daí, construir um projeto pedagógico de capacitação para os agentes de saúde. Em geral, este estudo não oferece risco para você, porque as perguntas que serão feitas durante o grupo focal não ocasionará nenhum constrangimento.

Este Termo foi redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador, sendo que ambos devem assinar na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

*Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ*

*Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210*

*Tel / Fax: 2598-2863 - e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.*

Contato com o pesquisador responsável:

Jamilly Gusmão Coelho – Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Solange Hortélio

Rua Cláudia Botelho, Residencial Mirante Vitória, Bloco 10, apto 204. CEP 45028-190

Candeias- Vitória da Conquista – Bahia

Telefone: (77) 9978-9470 – e-mail: [jamillygusmao@hotmail.com](mailto:jamillygusmao@hotmail.com)

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos - [fadel@ensp.fiocruz.br](mailto:fadel@ensp.fiocruz.br)

ENSP/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – CEP: 21041-210

Manguinhos - Rio de Janeiro

Telefone:(21) 2598-2821 – e-mail: [elfadel@globo.com](mailto:elfadel@globo.com)

---

Assinatura Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do Participante:

Vitória da Conquista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura Participante da Pesquisa