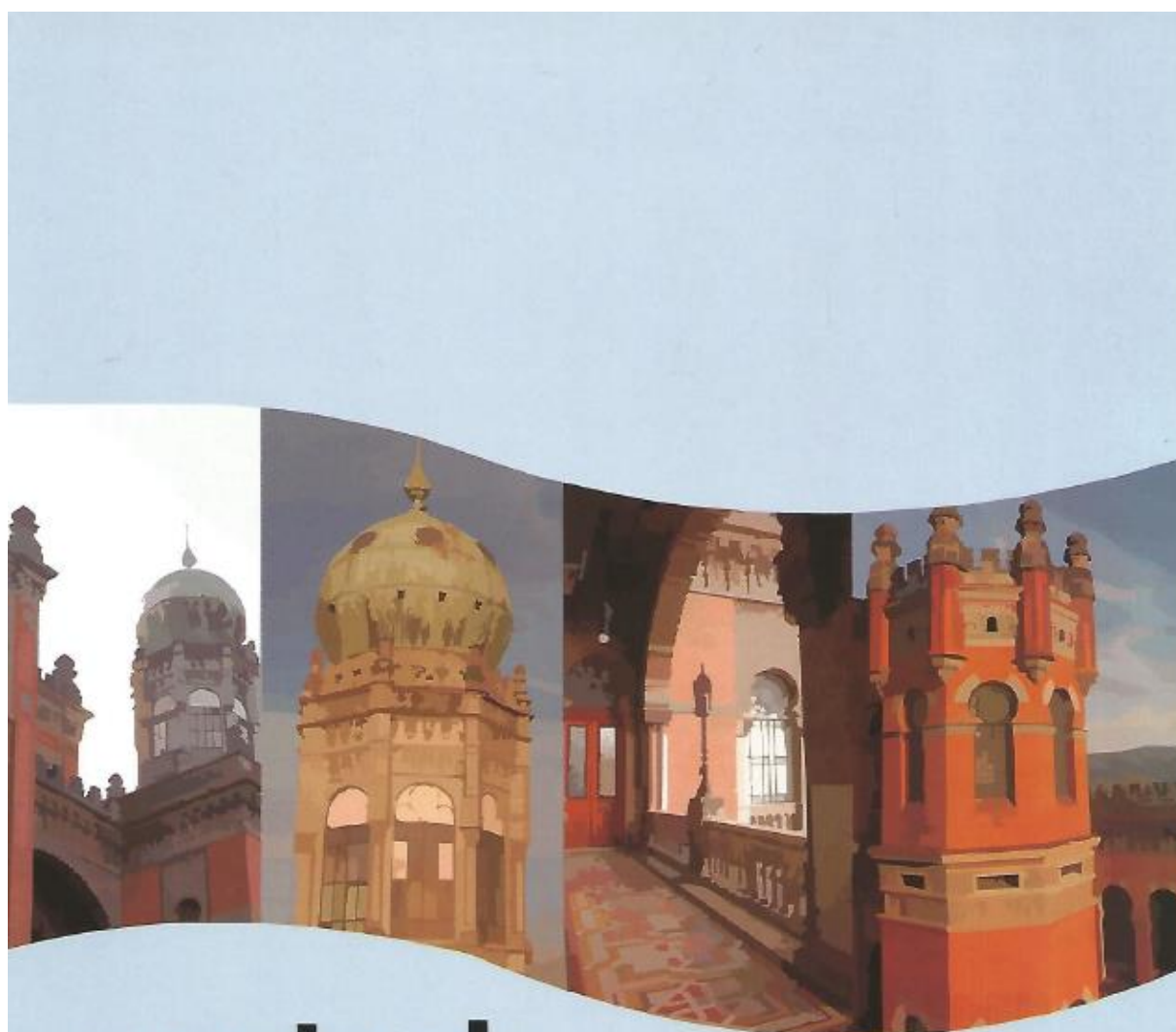
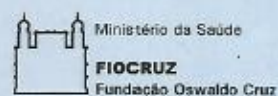
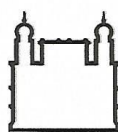




mestrado e doutorado em saúde pública





Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador”

por

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Costa Dias

Rio de Janeiro, agosto de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador”

apresentada por

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria da Graça Luderitz Hoefel

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado

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

Dissertação defendida e aprovada em 28 de agosto de 2014.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

M188 Magalhães, Cláudia Castro Bernardes

Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador. / Cláudia Castro Bernardes Magalhães. -- 2014.

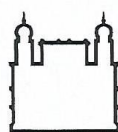
225 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Dias, Elizabeth Costa

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção à Saúde. 3. Saúde da Família - recursos humanos. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

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

Rio de Janeiro, 28 de agosto de 2014.

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

/Fa

DEDICATÓRIA

Com muito carinho, dedico este trabalho aos profissionais da Atenção Primária à Saúde do DF, que permitiram a realização da Observação Participante, sem a qual não teria sido possível o reconhecimento das reais potencialidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no apoio matricial das equipes da Atenção Básica, particularmente sobre temas de Saúde do Trabalhador.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida e por ter sido a coluna que me sustentou ao longo deste Mestrado, sobretudo na produção deste trabalho final.

Ao meu esposo, Inácio, e a meus filhos, Guilherme e Danielle, pelo apoio, compreensão e paciência nos momentos mais desafiadores desta jornada.

Ao meu pai (*in memoriam*), minha mãe, irmãs, sogra e cunhado(a)s, pelas orações e pensamentos positivos para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Aos meus amigos e amigas, que me incentivaram e compreenderam minhas ausências.

À professora-orientadora Elizabeth, pela oportunidade que me deu de desenvolver este tema tão atual, pelos preciosos ensinamentos e também pelo apoio, carinho e respeito que manteve ao longo desse caminho compartilhado.

Às coordenadoras do Mestrado, Ana e Jussara, pela possibilidade que ofereceram de aprendizado e contribuição com o crescimento da Saúde do Trabalhador no Brasil.

Aos professores Jorge Machado, Dais Rocha e Graça Hoefel, pelas valiosas contribuições dadas à finalização deste trabalho.

Às pessoas que contribuíram tecnicamente com esta produção: professora Ana Valéria, Thaís, Élen, Amanda, Fernanda, Tiago, Mônica, Marcela e Liliane.

Aos importantes representantes institucionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que viabilizaram a construção e finalização desta Dissertação: Diretoria do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, gestores da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, em especial Sabrina, Luzia, Lauda e Amanda, bem como às colegas Kelly e Janilce.

Aos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que aceitaram contribuir com esta pesquisa e me acolheram em seus locais de trabalho.

EPÍGRAFE

Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto. [...] Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. [...] Isso faz da compreensão sempre uma interpretação. Sendo assim, fica evidente que cada leitor é co-autor. [...] Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita.

(BOFF, 2010)

RESUMO

MAGALHÃES, Cláudia Castro Bernardes.

Título: Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador. 225 p. Dissertação (Mestrado em Vigilância em Saúde do Trabalhador). Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/ Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

O estudo tem o propósito de demonstrar o entendimento que profissionais e gestores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do Distrito Federal (DF) têm sobre o Apoio Matricial (AM) para o desenvolvimento de ações de saúde voltadas para os trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos. Buscou-se conhecer as potencialidades, dificuldades e as sugestões para o desenvolvimento dessas atividades. Foram consideradas as normas e prescrições relacionadas ao atual modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta no trabalho em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a APS a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema. A referência principal do estudo está na importância do papel atribuído ao Nasf para o desempenho das duas dimensões do AM, o suporte técnico-pedagógico e o clínico-assistencial, às equipes da APS. Esta pesquisa se justifica pela necessidade de aprofundar o alinhamento entre duas políticas públicas de saúde, a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido a partir da revisão da literatura, da análise documental das atividades desenvolvidas pelas equipes dos Nasf do DF descritas em Relatórios Mensais; dos registros obtidos durante a Observação Participante, das entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores da APS do DF, do questionário aplicado aos profissionais dos Nasf e da reunião de devolução dos resultados parciais obtidos com esse instrumento. O projeto teve aprovação em dois Comitês de Ética em Pesquisa. Foi possível identificar aspectos históricos da implantação dos Nasf no DF, condições de trabalho, relações profissionais, aspectos da organização do processo de trabalho do Nasf e demandas de apoio das equipes da AB a esses Núcleos envolvendo a Saúde do Trabalhador. Foram elaborados dois produtos para o serviço: uma proposta de Fascículo de Saúde do Trabalhador para o Caderno de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde destinado aos Nasf e um Boletim de Saúde do Trabalhador e o desenvolvimento da APS no DF: aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional. Limites do estudo indicam a necessidade de outras pesquisas para aprofundar o reconhecimento dos desafios e potencialidades do AM em ST realizado por Nasf.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Atenção à Saúde do Trabalhador, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Apoio Matricial, Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

MAGALHÃES, Cláudia Castro Bernardes.

Title: Contribution to the Centers of Support to Family Health in order to develop actions on the scope of the Workers' Healthcare. 225 p. Thesis (M. S. in Workers Healthcare Vigilance). Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/ Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

This work aims to demonstrate the understanding that professionals and managers at Centers of Support to Family Health (CSFH) from the Federal District (FD) present on the Matrix Support (MS) to the development of healthcare actions addressed to workers, regarding their inclusion in the productive process. Potential, handicaps and suggestions were surveyed so that to develop these activities. Rules and standards concerning the present model of attention of the Unified Health System (UHS – SUS) were considered and they are based in the work of Healthcare Networks (HN), given that Primary Health Care (PHC) is the preferential access of the systems users. The main reference for the study is the importance of the role assigned to CSFH in the performance of the two dimensions of MS, technical pedagogical support and medical assistential support, to the PHC. The reason to this research is the need to increase the arrangement between two health public policies, the National Policy on Basic Health and the National Policy on the Workers Healthcare. This is an exploratory study, based on literature review, on document analysis of the activities performed by the teams working for CSFH from the FD described on monthly reports; on the records obtained during the Participant Observation, by means of semi-structured interviews performed with FD PHC managers, on a question sheet addressed to the CSFH professionals and on the Meeting of Return of the partial results obtained through this tool. The project was assented by two Research Ethics Committees. It was possible to identify historical aspects of the establishment of the CSFH in the DF, aspects of the work conditions, professional relations, the CSFH organizational work process as well as demands of support of the PHC teams to these Centers dealing with the Workers Health. Two different products were prepared to the service: the proposition of a publishing on Workers Healthcare to the Journal on Basic Health of the Department of Basic Health from the Ministry of Health intended to CSFH and a text on the development of Workers Healthcare (WH) and from PHC in the DF, considering geographical, sociodemographic, epidemiological, historical and organizational aspects. The boundaries of this study imply the necessity of further researches in order to reinforce the understanding of the challenges and potentials of the MS in WH performed by CSFH.

Key words: Workers Health, Workers Health Care, Centers of Support to Family Health, Matrix Support, Primary Health Care, Healthcare Networks.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde.....	40
Quadro 2 – Estrutura do instrumento AMAQ-NASF	47
Quadro 3 – Indicadores de Monitoramento para Nasf que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.....	47
Quadro 4 – Padrões de Qualidade do AMAQ-NASF relativos à Saúde do Trabalhador	48
Quadro 5 – Correspondência entre objetivos específicos e resultados obtidos no estudo.....	67
Quadro 6 - Descrição de resultados não previstos obtidos com o estudo.....	67
Quadro 7 – Relatório de notificação compulsória de doenças e agravos relacionados ao trabalho no DF – período de 2007 a 2012.....	166
Quadro 8 – Relatório de notificação de agravos à saúde do trabalhador no DF em 2013.....	167
Quadro 9 – Regiões de Saúde, Regiões Administrativas e Coordenações de Saúde no SUS-DF.....	170

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativa da População em Idade Ativa – PIA, População Economicamente Ativa – PEA, e taxas de participação por sexo - Distrito Federal – 2008-2012	157
Tabela 2 – Distribuição da População Economicamente Ativa, inativos maiores de 10 anos (em 1.000) e Taxa de Desemprego total do DF, 2012	158
Tabela 3 – Taxa de pessoas ocupadas no DF, por sexo e faixa etária (em%), 2012.....	158
Tabela 4 – Taxa de pessoas desempregadas no DF, por sexo (em %), 2012.....	158
Tabela 5 – Taxa de desemprego, segundo a situação do desemprego – Distrito Federal, 2012.....	159
Tabela 6 – Estimativa da População Ocupada, por setor de atividade econômica (em 1.000) no DF, 2012.....	159
Tabela 7 – Estimativa do número de pessoas ocupadas (em 1.000) no DF, segundo a posição na ocupação, 2012.....	160
Tabela 8 – Estimativa do número de pessoas ocupadas no DF, segundo a jornada de trabalho e sexo no trabalho principal, 2012.....	160
Tabela 9 – Contingente efetivo dos servidores do Complexo Administrativo do Governo do Distrito Federal, 2012	161
Tabela 10 – Número de cooperativas ativas, associados e empregados segundo o ramo de atividade, DF, 2010.....	161
Tabela 11 – Domicílios particulares permanentes e moradores, segundo as principais características, por situação do domicílio, DF, 2011.....	164
Tabela 12 – Transferência fundo a fundo para o DF, por Blocos de financiamento da fonte de 138 do Ministério da Saúde – recursos empregados em 2012	172
Tabela 13 – Distribuição do Quantitativo de profissionais das Equipes de Saúde de Família no DF, dezembro de 2013	177
Tabela 14 – Distribuição do quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde no DF, dezembro de 2013.....	177
Tabela 15 – Distribuição do quantitativo de profissionais das Equipes de Atenção Básica no DF, dezembro 2013	177

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes e Atenção à Saúde.....	24
Figura 2 – Mapa dos municípios da Ride	156
Figura 3 - Distribuição dos desfechos dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Sinan pelo DF, em 2012 e 2013	168
Figura 4 - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal	169
Figura 5 - Média percentual de repasses de recursos para o DF, por fontes de receita – série histórica 2010-2013	172

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AM - Apoio Matricial

AMAQ - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

AT – Acidente de Trabalho

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CAB - Caderno de Atenção Básica

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

Cerest/DF - Centro Distrital de Referência em Saúde do Trabalhador

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CF - Constituição Federal de 1988

CGS - Coordenação Geral de Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

Codeplan - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CRP – Centro de Reabilitação Profissional

CRST ou Cerest - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CT-SST - Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho

DAB - Departamento de Atenção Básica

DIVISA – Diretoria de Vigilância Sanitária

DF - Distrito Federal

Dort– Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DRT – Doenças relacionadas ao trabalho

Disoc – Diretoria de Saúde Ocupacional

EAB - equipe de Atenção Básica

EACS - equipe de Agente Comunitário de Saúde

ESF - equipe de Saúde da Família

ENASF - equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família

eSF - Estratégia de Saúde da Família

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
EPI – Equipamentos de Proteção Individual
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
Gema – Gerência de Monitoramento e Avaliação
GDF - Governo do Distrito Federal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
Nasf - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCMSO – Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PEA – População Economicamente Ativa
PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIA – População em Idade Ativa
PDR - Plano Diretor Regionalizado
PNH - Política Nacional de Humanização
Plansat - Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMA - Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais
PSF - Programa de Saúde da Família
PST - Projeto de Saúde no Território
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RA - Regiões Administrativas

RAS - Rede de Atenção à Saúde

Renast - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

Ride – Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno

SAPS - Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

Sesmt – Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho

SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SF - Saúde da Família

Siab - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH –Sistema de Internação Hospitalar

Sim - Sistema de Informação de Mortalidade

Sinan - Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde

SRTE - Superintendência Regional de Trabalho e Emprego

ST - Saúde de Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

Vigipele - Programa de Vigilância de Agravos de Pele Relacionados ao Trabalho

Visat - Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: o objeto de estudo e sua importância.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 A Atenção Básica no atual modelo de organização do SUS e o cuidado à saúde dos trabalhadores	21
2.2 O Apoio Matricial em saúde no fortalecimento AB e o papel dos Nasf	29
2.3 O cuidado à saúde dos trabalhadores na Atenção Básica: conceitos, possibilidades e desafios	34
2.4 A contribuição dos Nasf na atenção aos trabalhadores	44
3 OBJETIVOS	49
3.1 Objetivo geral.....	49
3.2 Objetivos específicos.....	49
4 PERCURSO DO ESTUDO: métodos e instrumentos	50
4.1 O campo de estudo: Atenção Básica no Distrito Federal	50
4.2 Etapas do estudo.....	50
4.2.1 Revisão da literatura e análise documental.	51
4.2.2 Reconhecimento do campo de pesquisa.....	52
4.2.3 Estudo da rotina de trabalho de uma equipe do Nasf	54
4.3 Aspectos Éticos.....	65
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 Organização do trabalho dos Nasf no DF.....	69
5.1.1 Aspectos históricos e situação atual de trabalho das equipes dos Nasf no DF.....	69
5.1.2 Condições de trabalho e demandas dos profissionais.....	73
5.1.3 Relações profissionais e o trabalho no Nasf	76
5.1.4 Registro e monitoramento das atividades do Nasf	84

5.2	Demandas de apoio das equipes da Atenção Básica aos Nasf envolvendo a Saúde do Trabalhador.....	87
5.3	Dificuldades e potencialidades	94
5.4	Produtos.....	100
5.4.1	<i>Proposta de Fascículo de Saúde do Trabalhador para o Caderno de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-SAS/MS) destinado aos Nasf.....</i>	101
5.4.2	<i>Boletim de Saúde do Trabalhador no Distrito Federal e o desenvolvimento da APS: aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional.....</i>	151
5.4.3	<i>Limites do estudo.....</i>	183
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
	REFERÊNCIAS	187
	APÊNDICES	204

1 INTRODUÇÃO: o objeto de estudo e sua importância

Este estudo tem o propósito de demonstrar o entendimento que profissionais e gestores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do DF têm sobre o apoio matricial (AM) para o desenvolvimento de ações de saúde voltadas para os trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos. Buscou-se conhecer as potencialidades, dificuldades e as sugestões para o desenvolvimento dessas atividades.

Ele está referenciado na importância do papel atribuído ao Nasf para o desempenho das duas dimensões do AM, o suporte técnico-pedagógico e o clínico-assistencial das equipes de Atenção Básica (AB) no atual modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas normas e prescrições destinadas a orientar essas atividades.

De acordo com Portaria nº 4.279/10, que dispõe sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde Brasileiro, a AB tem o papel de organizadora da rede e coordenadora do cuidado em Saúde (BRASIL, 2010e). Este entendimento foi ratificado pelo Decreto nº 7508/11, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, que ainda propõe que a AB seja a principal porta de entrada do SUS, garantindo o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, coordenando o cuidado, continuado e integral, com equidade, facilitando o vínculo, a responsabilização, a humanização e a participação social (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a AB como um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvidas em equipe multiprofissional, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, sendo o contato inicial preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2011d). Importa esclarecer que este documento, diante das diferenças mais terminológicas do que conceituais, adota a equivalência entre os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, o que será seguido no presente estudo. Entretanto, ao se referir aos documentos ministeriais será observado o termo Atenção Básica e ao abordar o estudo de campo desenvolvido no DF será utilizado o termo institucional adotado por este ente federado, Atenção Primária à Saúde.

A PNAB prioriza a estratégia da Saúde da Família (eSF) na organização da AB, com vistas a promover a reorientação das práticas e ações de saúde, objetivando a

melhoria da qualidade de vida dos brasileiros. Na versão mais recente dessa Política, aparece apenas uma referência à necessidade de articulação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), entretanto, sob uma perspectiva teleológica, das 18 atividades listadas como comuns a todos os profissionais da AB, pode-se considerar que a maioria delas tem o potencial de incluir as ações de ST, envolvendo a assistência, a vigilância e a promoção da saúde (BRASIL, 2011d).

As atividades prescritas para serem desenvolvidas pelas equipes da AB propiciam o contato permanente dos profissionais das equipes com a população trabalhadora e o acesso a ambientes e processos de trabalho muitas vezes invisíveis, como os que envolvem o trabalho informal, infantil ou domiciliar, desenvolvidas por trabalhadores que estão à margem da proteção trabalhista e previdenciária (LACERDA-SILVA e DIAS, 2012).

Observa-se, assim, o entrecruzamento entre a PNAB e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que ratifica o papel da AB para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador (ST). Essa atribuição ganha destaque no momento histórico atual, em que se observa o crescimento do trabalho domiciliado, muitas vezes em condições precárias, em decorrência da possibilidade das equipes adentrarem o espaço doméstico da família, vedada a outros agentes de fiscalização do trabalho do Estado (BRASIL, 2012c).

Entretanto, apesar das prescrições legais, essas ações são ainda incipientes. Entre as dificuldades para a implementação de ações de ST na AB, DIAS *et al.* (2009) destacam a verticalidade e a centralização do planejamento da atuação das equipes e o predomínio de atividades assistenciais em detrimento das de vigilância e promoção da saúde. Assim, as questões de saúde decorrentes de processos socioambientais, objeto dos campos da saúde ambiental e da saúde do trabalhador (ST), têm sido tratadas superficialmente e reduzidas à dimensão médico-assistencial.

De acordo com Dias e Lacerda-Silva (2013), para o desenvolvimento de ações direcionadas aos trabalhadores, que contemplem sua inserção no processo produtivo, é necessário o apoio técnico e pedagógico de outros dispositivos do SUS, em especial do Cerest e dos Nasf. Nesse sentido, a PNSTT aponta que o “apoio matricial às equipes da APS para o desenvolvimento de ações de ST pode ser visto, na atualidade, como desafio e oportunidade para a redefinição do papel dos CEREST” (BRASIL, 2012c). Para isto é necessária a adequação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) à proposta da RAS.

Cunha e Campos (2011, p. 964) ensinam que “o Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa”.

É neste contexto que foram instituídos em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS), os Nasf, com o objetivo de potencializar a efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações de AB, em especial para a consolidação da eSF (BRASIL, 2008a).

O trabalho do Nasf se estrutura essencialmente a partir de equipes multiprofissionais, que devem atuar de forma interdisciplinar, estruturando seu trabalho em ferramentas, como a metodologia do AM, ofertando ações de suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referência, que incluem as equipes de Saúde da Família (SF) e as equipes de AB para populações específicas (Consultório de Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais).

Espera-se, com a atuação dos Nasf, ampliar a resolutividade das equipes de referência e garantir o cuidado em áreas habitualmente não contempladas nas ações mais comuns da AB. Podem compor os Nasf as seguintes ocupações: assistente social, professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação(arte educador), sanitarista, médico veterinário e oito especialidades médicas, inclusive médico do trabalho (BRASIL, 2014a).

Em seu processo de trabalho, os profissionais dos Nasf devem ter uma concepção ampliada de saúde, incluindo análises e ações que contemplem os aspectos sociais, subjetivos e biológicos, promovendo abordagens tanto individuais, quanto coletivas sobre riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2014a).As equipes de Nasf são corresponsáveis, juntamente às equipes de referência, pela população adscrita. Dessa forma, as ENASF são entendidas como um dispositivo capaz de potencializar a integralidade do cuidado, ampliar a resolutividade da AB e também de outros níveis de atenção do SUS, bem como intervir na prática hegemônica de desresponsabilização pelos usuários, intervindo na cultura automatizada dos encaminhamentos.

A atuação do Nasf também pode contribuir para a discussão junto aos gestores sobre os indicadores de saúde, especialmente aqueles que evidenciem a qualidade do cuidado prestado à população (SILVA *et al.*, 2012), bem como para auxiliar na articulação com outros pontos da rede ou fora dela, objetivando garantir a continuidade

do cuidado, constituindo-se em importante retaguarda especializada para as equipes de SF (BRASIL, 2014a).

O Caderno de Atenção Básica nº 27 (CAB 27), editado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), estabeleceu diretrizes para a implantação e atuação das equipes do Nasf, tendo sido organizado um capítulo específico para orientar cada área de atuação (BRASIL, 2010a). Entretanto ainda eram tímidas as definições e a sistematização dos procedimentos envolvendo a atuação no âmbito da saúde dos trabalhadores.

No sentido de superar essa deficiência, o DAB/SAS/MS editou recentemente um novo Caderno de Atenção Básica direcionado aos Nasf, o CAB 39, com o volume 1 intitulado “Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”, em que ficam caracterizadas as estratégias que o Nasf deve adotar em seu processo de trabalho, no sentido de contribuir com a conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral, a partir da AB. Nesse sentido, um dos papéis atribuídos a esse Núcleo, diante de sua maior mobilidade e da visão do conjunto das equipes apoiadas, é o protagonismo na articulação cooperativa e horizontal entre os pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2014a).

Dias e Lacerda-Silva (2013) consideram que “as equipes do Nasf devem atuar de forma integrada aos Cerest e apoiar as equipes de SF no desenvolvimento de ações de cuidado aos trabalhadores [...]”. As autoras enfatizam que é atribuição do Cerest prover apoio técnico especializado enquanto núcleo de inteligência e centro articulador das ações de ST na RAS. Destacam ainda que, desde a Portaria nº 1.679/02, esse suporte do Cerest deveria se traduzir em ações de acompanhamento dos profissionais da rede de serviços, o que foi ratificado pela Portaria nº 2728/09.

É nesse cenário que o presente estudo busca identificar o entendimento que profissionais e gestores do Nasf têm sobre o AM em ST e as potencialidades e fatores críticos para a realização dessa atividade.

A pergunta de pesquisa é: Como os profissionais dos Nasf do DF compreendem e realizam o Apoio Matricial em saúde do trabalhador junto às equipes da Atenção Básica?

O estudo buscou identificar obstáculos encontrados pelas equipes dos Nasf do DF no desenvolvimento das atividades de AM e, desse modo, contribuir para que as equipes da AB possam cuidar dos usuários trabalhadores e produzir uma nova forma de

lidar com os riscos e agravos relacionados ao trabalho que se apresentam em seus territórios de abrangência. O estudo é norteado pelas seguintes questões:

- Como os profissionais e gestores do Nsf percebem as relações entre saúde, trabalho e ambiente?
- Quais as principais demandas envolvendo essas relações que chegam ao Nsf, trazidas pelas equipes da AB?
- Os profissionais do Nsf se sentem preparados para realizar AM em ST?
- Quais as potencialidades e desafios enfrentados no matriciamento em ST?
- Quais as sugestões para melhor qualificar a atenção à ST prestada pelo Nsf junto à AB de modo a garantir a continuidade e o fortalecimento dessas ações?

A escolha do DF como campo de estudo decorreu do fato de a pesquisadora ser servidora do Cerest/DF desde o ano de 2005, tendo atuado como técnica e gestora.

Espera-se que o conhecimento produzido a partir desta investigação possa contribuir para o desenvolvimento do matriciamento, das ações de atenção à saúde dos trabalhadores, que considerem sua inserção nos processos produtivos, bem como traga subsídios para fomentar a construção de um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador no DF, compromisso assumido pela atual gestão da AB do DF, com ênfase na qualificação dos profissionais que atuam nesses Núcleos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A partir das perguntas norteadoras do estudo, foi realizada revisão da literatura técnica-científica, buscando conhecer o contexto histórico-conceitual e normativo do desenvolvimento da AB no SUS, a criação dos Nasf e aspectos conceituais e normativos sobre a atenção integral à saúde dos trabalhadores, com ênfase no papel atribuído à AB e ao Nasf.

Os resultados dessa busca estão sintetizados a seguir, organizados em quatro eixos:

- Atenção Básica no atual modelo de organização do SUS e o cuidado à saúde dos trabalhadores;
- Papel dos Nasf no AM em saúde;
- Conceitos, possibilidades e desafios sobre o cuidado à saúde dos trabalhadores na Atenção Básica e;
- Contribuição dos Nasf para a atenção à saúde dos trabalhadores.

2.1. A Atenção Básica no atual modelo de organização do SUS e o cuidado à saúde dos trabalhadores

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) abrange os cuidados essenciais levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e representa o primeiro ponto de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde (OMS, 1978).

Starfield (2002) apresenta características que apontam diferenças essenciais entre a atenção primária e a atenção secundária e terciária, bem como analisa atributos, padrões e indicadores propostos em avaliações do alcance da APS. A partir de uma Revisão Bibliográfica, contemplando diferentes países e em tempos diversos, Mendes (2011) conclui que “há evidências robustas sobre os impactos positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde”:

[...] são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar consequentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e

regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias, e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde. (MENDES, 2011).

Destaca-se o esforço do Brasil no sentido da construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime após a promulgação da Constituição Federal de 1988, demonstrado pela adoção de uma proposta de organização dos sistemas municipais em torno da APS.

Castro e Machado (2012) 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 diferenciase da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença.

Mendes (2011) relata que houve oito ciclos de expansão da APS no Brasil, ocorridos desde o início do século XX. Mas foi em 1994 que o MS agregou à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a equipe do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando o trabalho em equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, definindo-a como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação.

A proposta do PSF adotava a perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada, que se apóiam na organização territorial para planejar sua atuação. Em 1988 o PSF passou a ser denominado de estratégia de Saúde da Família, para diferenciá-lo da ideia de programa, tendo permanecido a ênfase no caráter substitutivo e a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, retratado em ações específicas, como a extensão da cobertura e/ou criação de incentivos financeiros específicos para grupos vulneráveis, a parceria com o Ministério da Educação para qualificação dos profissionais da eSF e a inserção da eSF em macropolíticas do governo federal - como o acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (CASTRO e MACHADO, 2012).

Entretanto, Castro e Machado (2012) relatam que, de 2003 a 2005 houve no âmbito do MS distintas visões com relação ao modelo de AB, inclusive questionamentos sobre a eSF ser a única possibilidade para sua reorganização. Mas,

segundo as citadas autoras, a partir de 2006 foi reafirmada a centralidade da eSF na política nacional de AB.

Nesse sentido, ratificou-se que a atenção com foco na família estabelece vínculos e relação de confiança, considera o ambiente físico e social em que vivem, amplia a compreensão do processo saúde-doença como resultante de condições sociais de vida e de trabalho e torna visíveis necessidades da população que ultrapassam as práticas curativas (BRASIL, 2008d).

É nesse espaço coletivo que comunidade, lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, e técnicos de outros serviços públicos presentes no território entre outros, podem se apropriar, reformular, estabelecer prioridades e responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade (BRASIL, 2008d).

A PNAB define Atenção Básica como: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011d, Anexo).

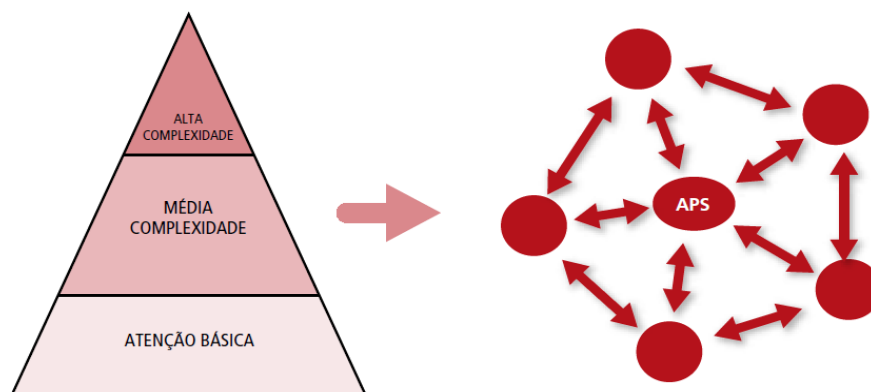
Ao ser definida como a porta preferencial de entrada para o sistema de saúde, a APS se torna um ponto privilegiado de atenção, assumindo o papel de centro comunicador e ordenador das redes, bem como de coordenação do cuidado de forma compartilhada com os usuários e outros serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2011d). Essas características tornam a APS capaz de integrar as ações no âmbito do SUS, resultando na ampliação da capacidade de resposta do sistema, decorrente da otimização dos recursos para solução dos problemas.

Para tanto, a AB tem o território adstrito como seu primeiro fundamento citado pela PNAB, de forma a “permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território [...]” (BRASIL, 2011d). É uma diretriz da PNAB:

[...] estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2011d).

A Portaria nº 4.279/10 (BRASIL, 2010e) estabelece diretrizes para a estruturação da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Esse documento alerta para a evidente dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual, somada ao desafio da atenção à tripla carga de doenças que caracteriza o perfil epidemiológico brasileiro. Aponta, ainda, que “a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede” é um potente mecanismo na busca da integralidade do cuidado: “A Rede de Atenção à Saúde 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, 2010e). Na Figura 1, Mendes (2011) demonstra a singularidade da RAS quando comparada aos sistemas de saúde tradicionais.

Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES (2011).

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 APS, 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.

Conceitualmente, os pontos de atenção secundária e terciária são nós das RAS sem que se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RASs (MENDES, 2011).

A partir desse conceito, conclui-se que os pontos de atenção à saúde não são necessariamente iguais a estabelecimentos de saúde. Mendes (2011) cita como exemplo um hospital que, por ser uma unidade de saúde que oferta muitos produtos diferenciados, pode conter vários pontos de atenção à saúde de diversas redes temáticas. Ou seja, conforme a natureza da rede temática de atenção à saúde, definem-se os pontos de atenção secundária e terciária, que são, em geral, constituídos por unidades hospitalares ou ambulatoriais, estas últimas, podendo estar situadas no hospital ou fora dele.

A integralidade é um dos princípios estruturantes da organização dos serviços no SUS na Constituição Federal, sendo compreendida como ações e serviços integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198). Para Mendes (2011) a integralidade significa:

[...] a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

De forma semelhante, o CAB 39, fundamentado em Mattos (2001), apresenta alguns dos sentidos possíveis para a integralidade:

- No âmbito das práticas profissionais: com a busca do olhar integral sobre o usuário, considerando diferentes dimensões da sua vida, ou uma prática não reducionista na relação entre profissionais de saúde e usuários;
- No modo de organizar os serviços: significando a base para a implementação de redes, entendendo que, para suprir as diferentes necessidades dos usuários, é preciso a integração de diversos pontos de atenção, com padrões tecnológicos próprios, sem os quais não seria possível atender a todas as necessidades dos usuários em um único serviço;

- No âmbito das políticas públicas, tanto as de saúde (em especial, quando são mais generosas, inclusivas e abrangentes) quanto por meio da intersetorialidade (BRASIL, 2014a).

Observa-se que todas essas abordagens da integralidade tangenciam de alguma forma o processo de trabalho em saúde, que usualmente compõe o setor de serviços. Pena e Minayo-Gomez (2010), ensinam que este setor existe desde a antiguidade e não resultou de uma revolução, como a industrial. Minayo-Gomes e Thendim-Costa (1997), apontam que o processo de trabalho na área de serviços apresenta elementos análogos às relações estabelecidas no trabalho industrial, “mas o componente de alta significância, definidor de suas atividades, é a relação que se estabelece entre os trabalhadores e os clientes/ usuários/consumidores”. Trata-se de uma relação mais direta, que frequentemente resulta em um produto intangível e, por isso, incomensurável, sendo que envolve conceitos bem analisados por Pena e Minayo-Gomez (2010), como simultaneidade, copresença, autosserviço e gestão emocional.

De acordo com Faria e outros (2009), no trabalho em saúde o profissional atua sobre alguma matéria-prima ou material já previamente elaborado ou, ainda, certo estado ou condição pessoal ou social, utilizando algum meio de produção (instrumentos de trabalho, conhecimentos e habilidades), objetivando transformá-lo em resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas.

Nesse sentido, 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 AM, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde do Território (PST).

O citado autor acredita, ainda, que repercutem na qualidade do apoio e na assistência prestadas as questões relacionadas à divisão do trabalho e à forma da organização dos processos de trabalho dos Nasf, especialmente a grande variedade na conformação dos espaços rotineiros, mas privilegiados, de discussão e planejamento. Sobre os determinantes na organização dos processos de trabalho, aponta que há interferência de elementos internos (demanda) e externos (cumprimento de metas e

cobranças institucionais), que impactam significativamente no modo de fazer dos profissionais.

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Essas são características muito presentes na AB e no PSF. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho. (FARIA *et al.*, 2009).

A problematização do processo de trabalho possibilita o reconhecimento de necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais pautadas nas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009c). Nesse sentido, a PNAB destaca que, além da dimensão pedagógica, a educação permanente deve ser valorizada como uma importante “estratégia de gestão”, mediante seu potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, de forma bastante próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários (BRASIL, 2011d).

A humanização, entendida como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, com o objetivo de aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, está entre os princípios da AB na busca da produção da atenção integral, sendo atribuição de todos os seus profissionais (BRASIL, 2011d). A noção de humanização trouxe “um diferencial para as relações e responsabilidades entre usuário-profissional qualificando o trabalho em saúde” (HILDEBRAND, 2008, p. 100).

No âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde apresenta diversos dispositivos para o fortalecimento de redes de saúde, descritos nas *Cartilhas da PNH*, documentos que têm função multiplicadora de tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde. Como exemplo, a Clínica Ampliada pressupõe uma ampliação nas práticas clínicas e da saúde coletiva, deslocando o foco de intervenção da doença ou dos procedimentos e realocando no sujeito. Trata, portanto, de considerar e saber interpretar o contexto do usuário, de intervir e tratar sujeitos com foco na produção de autonomia do usuário e do profissional. Ampliar a clínica significa também construir relações baseadas no diálogo e no compartilhamento de saberes e poderes. A proposta se amplia para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho em equipe, ao construir uma relação clínica que

seja uma experiência de troca de saberes entre sujeitos, mediante a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde (BRASIL, 2010c).

Outro dispositivo da PNH é o Projeto Terapêutico Singular (PTS): “[...] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário.” (BRASIL, 2008d, p. 40). Geralmente o PTS é dedicado a situações mais complexas, tendo sido bastante desenvolvido no campo da saúde mental. O processo de elaboração de um PTS pressupõe trabalho compartilhado, corresponsável e valorização do saber de todos os membros da equipe, dos usuários e de sua rede de apoio.

O termo Singular é mais adequado que Individual, posto que também pode abordar o coletivo, além de afirmar a busca pela singularidade como elemento central de articulação (BRASIL, 2008d).

Oliveira, citado por Dias e Lacerda-Silva (2013), entende que a formulação e operacionalização do PTS demandam a realização de três movimentos simultâneos: coprodução da problematização, coprodução do projeto e cogestão de avaliação do processo.

Uma importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o matriciamento, na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades. Diante do interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior, potencializando esse espaço para a educação permanente (BRASIL, 2008d).

Os PTS também representam um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que aplicam seus saberes em uma condição complexa, com diversas variáveis, que nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar.

Por sua vez, o PST é mais uma ferramenta que pode contribuir para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2008d).

De acordo com as prescrições do CAB nº 39, a construção da primeira fase desse dispositivo é de responsabilidade das equipes de saúde da AB e começa com a identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. O segundo passo é a elaboração e consolidação de um entendimento mais aprofundado da

situação/necessidade em saúde. Esse modelo permite que as demandas sejam elaboradas em espaços coletivos de discussão, em que seja analisada a priorização das necessidades de saúde a partir dos determinantes sociais (BRASIL, 2014a).

Desta forma, entende-se que os princípios e diretrizes da APS, a organização da atenção privilegiando a composição de equipes de referência e equipes de apoio atuando de modo compartilhado, bem como a incorporação dos dispositivos da PNH nas práticas de cuidado, favorecem a interdisciplinariedade, a corresponsabilidade, a longitudinalidade, a autonomia e o cuidado integral em saúde. Este último, uma diretriz também no campo da ST.

2.2 O Apoio Matricial em saúde no fortalecimento da AB e o papel do Nasf

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.

Alguns programas do Ministério da Saúde também incorporaram essa perspectiva, como o HumanizaSUS¹. O objetivo do AM em saúde é: “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (CAMPOS e DOMITTI, 2007 p. 399).

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 a “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.

¹ O HumanizaSUS é uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, envolvendo os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão (BRASIL, 2009g).

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.

Cunha e Campos (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 e DOMITTI, 2007, p.400).

Apoio Matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em Apoio Matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. (CAMPOS e 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 e 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 e 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 a 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 e CUNHA, 2011, p.969).

O ponto de partida parece ser o reconhecimento de que existe uma cultura dominante caracterizada pelo “enrijecimento de fronteiras de conhecimento” que tem relação com “reserva de mercado”, o que dificulta a implantação da proposta de AM, mas também indica a necessidade de reformas frente ao esgotamento desse tipo de arranjo gerencial (CAMPOS e CUNHA, 2011).

Sabe-se que o modelo atual de formação de profissionais de saúde ainda está pautado no modelo hegemônico biomédico, que é fragmentado e não privilegia a atuação interdisciplinar nos moldes da PNAB, dificultando a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e a intervenção efetiva sobre seus condicionantes. Nesse sentido, Nascimento e Oliveira (2010) aponta a necessidade da

revisão crítica sobre os processos educativos e formativos conduzidos pelas Instituições de Ensino Superior, no sentido da efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, que postulam a formação dos profissionais de saúde voltada para o sistema de saúde vigente no país, que tem como eixos a integralidade e o trabalho em equipe.

Em que pese a proposição de novas diretrizes de programas propostos pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, voltados para mudanças curriculares e de formação nos serviços de saúde orientados principalmente para a eSF (como os de Reorientação da Formação Profissional em Saúde -Pró-Saúde- e de Educação pelo Trabalho para a Saúde -PET-Saúde), ainda há necessidade de reflexão e problematização do contexto, no sentido da construção do trabalho compartilhado e da cogestão entre as equipes.

O estudo de Castro e Machado (2012) esclarece que houve no Ministério da Saúde uma proposta de equipes matriciais em 2004, denominada Núcleo de Saúde Integral, com objetivo de harmonizar as distintas visões no âmbito do MS sobre a necessidade de ampliar a abrangência e qualificar as ações da eSF. Essa proposta estava centrada no desenvolvimento de cinco áreas (Alimentação e Nutrição; Atividade Física; Reabilitação; Saúde Mental e Serviço Social) e foi revisada com a criação do Nasf em 2008, o que cristalizou o enfrentamento de antigas questões relacionadas à flexibilização do modelo adotado de AB, tendo sido reafirmada a ESF como porta de entrada no sistema de saúde, mas abrindo espaço para incorporação de outros profissionais na lógica do AM.

Os Nasf fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica) (BRASIL, 2011d, Anexo I).

O CAB nº27, primeira publicação ministerial que focou o processo de trabalho dos Nasf, apresentou os princípios e diretrizes para a atuação das equipes Nasf. Nesta publicação, houve detalhamento de algumas áreas estratégicas para atuação desses Núcleos: saúde mental, alimentação e nutrição, direitos sociais e práticas integrativas em saúde, entre outras. Esse Caderno propôs ferramentas tecnológicas, já testadas no Brasil, para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf, como a Clínica Ampliada, o AM, o PTS, o PST e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010a).

A PNAB destaca a responsabilidade compartilhada entre o Nasf e as equipes vinculadas e prevê:

[...] a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, 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, 2011d).

Um papel importante desses Núcleos diz respeito ao fomento da articulação intra e intersetorial:

[...] devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias. (BRASIL, 2011d, Anexo I).

Sobre a constituição dos Nasf, a PNAB estabelece que sejam equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e definidas de acordo com as prioridades de cada território e das equipes a serem apoiadas (BRASIL, 2011d). A Portaria nº 3.124/12, definiu parâmetros de vinculação dos Nasf de Modalidades 1 e 2 às ESF e/ou equipe de AB para populações específicas e cria a Modalidade Nasf 3. A diferença entre esses três tipos de Nasf está, sobretudo na soma da carga horária mínima dos profissionais, que deve acumular 200, 120 e 80 horas semanais, respectivamente, bem como a quantidade de equipes de SF a eles vinculadas (BRASIL, 2012d). Em relação à norma anterior, a redução no número de equipes a serem apoiadas aponta para a ampliação do trabalho de apoio prestado pelos Nasf, garantindo maior vinculação e presença destas equipes junto às equipes de referência. A criação do Nasf 3, permitiu que pequenos municípios também possam contar com profissionais apoiadores, ampliando assim a capacidade de cuidado e resolutividade das equipes de referência e o acesso dos usuários. Esses critérios foram ratificados em 2013 pela Portaria 245 (BRASIL, 2013d).

Recentemente o Ministério da Saúde editou o CAB 39, que apresenta revisão de importantes conceitos para a operacionalização das diretrizes da AB pelos Nasf e também instruções para elaboração de projeto de implantação desses Núcleos, inclusive quanto à escolha de seus componentes e a necessária sensibilização de gestores e profissionais de toda a AB para a construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o novo modelo de trabalho, promovendo o mínimo de equívocos nas relações (BRASIL, 2014a). Esse documento descreve, ainda, possíveis atividades que

os Nasf devem oferecer às equipes vinculadas e relata exemplos de ações concretas que utilizam ferramentas/estratégias genéricas para colocar em prática o AM. Destaca-se do CAB 39 a orientação para que os Nasf sejam protagonistas no reconhecimento das redes de apoio e de referência das equipes matriciadas, bem como na articulação intra e intersetorial, com vistas à consolidação da integralidade da atenção, mas sem se sobrepor às equipes de AB.

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, 2014a).

Por sua vez, a dimensão assistencial do AM prestado pelo Nasf deve invocar a coresponsabilização 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 ampliar o repertório de ações, ampliando o acesso da população e a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2014a).

2.3 O cuidado à saúde dos trabalhadores na Atenção Básica: conceitos, possibilidades e desafios

O objeto da ST pode ser definido como sendo o processo saúde-doença em sua relação com o trabalho. A ST representa um esforço de compreensão deste processo e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão do trabalho numa perspectiva teleológica. Ela rompe com a concepção hegemônica que estabelece vínculo causal entre a doença e um ou mais agentes causais ou fatores de risco do ambiente de trabalho, reduzindo sua determinação ao processo produtivo, sem considerar a subjetividade (MENDES e DIAS, 1991).

Observa-se que a preocupação com a saúde no meio ambiente do trabalho vem de longa data e no plano internacional se encontra demonstrada em tratados tidos como de direitos humanos, celebrados entre países membros das Organizações Internacionais.

As primeiras normas internacionais do trabalho se revestiram de razões sociais, mas também de motivos econômicos, como a competitividade. O Direito Internacional do Trabalho tem como mais importante fonte formal as normas promulgadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Enquanto estado-membro deste organismo internacional, há décadas o Brasil ratifica tratados multilaterais, que são referências para fundamentação de normativos nacionais, conduzidos pelo setor trabalho e não pelo setor saúde, sobretudo com a edição e atualização das Normas Regulamentadoras², competência estabelecida desde a edição da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943. (BRASIL, 1943, Capítulo V, Título II).

De fato, Starfield (2002) aponta que, para que os serviços otimizem a saúde, deve-se observar a “constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual”. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença ganhou força no Brasil, com o movimento da Reforma Sanitária. O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, aponta a contribuição de fatores relacionados ao trabalho na determinação da saúde e defende o trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 5).

No texto constitucional de 1988, a saúde foi incorporada ao rol dos direitos sociais, juntamente com o trabalho, que se converteu em um dos fundamentos da República e primado da ordem social. O direito à saúde aparece pela primeira vez numa Constituição brasileira “como direito positivado, direito individual e direito coletivo” (BRASIL, 2005a, p. 15).

Oart. 7º, XXII, da Carta Magna define a saúde do trabalhador como um dos direitos sociais dos trabalhadores urbanos e rurais, a ser viabilizado pela “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (BRASIL, 1988). Assim, como um direito humano, a saúde do trabalhador deve ser

²A CLT, editada em 1943, é o marco legal que respalda as ações de saúde do trabalhador no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego. A Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 (BRASIL, 1978), editada por este Ministério, aprovou as primeiras 28 Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho (NR).

observada tanto pelo empregador quanto pelo Estado em sua atividade regulatória, executiva e de fiscalização.

A Constituição Federal de 1988 (CF) também se tornou o mais importante marco legal para o novo *status* de proteção normativa à saúde do trabalhador, ao ser entendida como uma espécie do gênero saúde geral. O inciso II do art. 200 da CF estabeleceu que a execução de ações de saúde do trabalhador é atribuição do SUS (BRASIL, 1988), o que estendeu a responsabilidade das três esferas do governo em relação à atenção à saúde do trabalhador. Fortaleceu-se um novo paradigma de atuação do Estado, diante da invisibilidade do trabalho realizado à margem do tradicional objeto restrito da regulação e da inspeção promovidas pelo setor trabalho, posto que as ações do SUS têm caráter universal, não se restringindo aos empregados com relação formal de contrato de trabalho. Em muitas situações de trabalho o setor saúde é a única presença do Estado.

A competência constitucional do SUS no campo da ST foi regulamentada pelo art. 6º da Lei nº 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde, que ratifica, conceitua e explicita a abrangência da ST, bem como dispõe sobre as atribuições do SUS nesse campo da saúde (BRASIL, 1990), destacando-se a relevância dessa regulamentação ante ao seu alcance nacional, como norma de caráter geral.

A municipalização da saúde também se institucionalizou com a CF, criando espaço favorável ao surgimento de alternativas para o enfrentamento do modelo de atenção hegemônico, tais como a descentralização da gestão e dos recursos e organização da atenção a partir das necessidades locais. De acordo com Gomes e Lacaz (2005), isso fez com que alguns planos de ação fossem implantados em importantes municípios brasileiros com o objetivo de incorporar a atenção à ST na rede de serviços, sendo que a concretização mais evidente desses planos foi a implementação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

A partir da promulgação da Lei 8080/90 importantes normas infra legais foram implementadas para a regulamentação da ST pelo Ministério da Saúde, bem como leis e outros normativos por parte de alguns estados e municípios. A proposta de uma nova abordagem no campo da ST centrada na AB foi gradativamente incorporada, com maior ênfase às ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é um dos componentes da Vigilância em Saúde, assim definida pela Portaria 1.378/2013:

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui 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.

[...] Art. 4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para: [...] VI - a vigilância da saúde do trabalhador (BRASIL, 2013g).

Machado (2013) esclarece que a relação do processo de trabalho com a saúde se constitui no objeto central de intervenção das ações de Visat. O documento *Diretrizes para implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS* (BRASIL, 2012a), editado pelo Ministério da Saúde, conceitua a Visat, apresenta seus princípios norteadores, pressupostos, fundamentos, orientações para o desenvolvimento de ações e o marco regulatório nacional. Propõe ações e atribuições dos profissionais envolvidos e da rede assistencial bem como a integração com outros setores da vigilância em saúde.

As ações de Visat destacadas nesse documento incluem: vigilância da situação de saúde dos trabalhadores, intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora (inclusive inspeção sanitária), monitoramento da intervenção, divulgação sistemática de informações e educação em saúde do trabalhador.

Com relação à Atenção Primária em Saúde, o citado documento aponta a necessidade das equipes de vigilância, incluindo a Visat, prestarem a retaguarda técnica e AM para as seguintes ações:

- a) Identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e dos processos produtivos no território de abrangência.
- b) Identificar e notificar as situações de risco e os agravos relacionados ao trabalho.
- c) Estabelecer articulação com as instâncias de referência específicas de Visat para a promoção da saúde do trabalhador.
- d) Desenvolver ações de educação em saúde, particularmente nas situações onde forem identificados riscos relacionados ao trabalho. (BRASIL, 2012a, p. 11).

A Portaria nº 1.378/2013 ratifica a importância do desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde com as demais ações e serviços ofertados pelo SUS, com objetivo de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2013g).

Um histórico das principais normas e documentos editados pelo Ministério da Saúde no âmbito da ST, a partir da CF e da Lei 8.080/90 foram sistematizadas em um quadro (Apêndice A).

Vasconcellos e outros (2013) destacam que, no período entre 1990 e 1994, no âmbito do Ministério da Saúde, buscava-se criar a cultura de saúde do trabalhador no

interior do SUS, mas ainda não constava na agenda da área técnica do Ministério da Saúde iniciativas para inclusão da ST no rol das ações da AB.

As aproximações da Saúde do Trabalhador com a Atenção Básica dependiam de mais evidência, até hoje não totalmente alcançada, em que a primeira trata do objeto “trabalho” como conteúdo transversal a todas as ações de saúde e a segunda trata da reorientação do modelo assistencial, em que a categoria trabalho deveria estar presente como determinante primordial (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

O distanciamento entre as duas áreas foi mantido até 1999, quando, durante um Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, duas menções foram feitas, uma sobre a inclusão da ST nas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e outra propunha a inserção do tema ST nas capacitações das equipes, contudo, não obteve maiores desdobramentos na efetivação das propostas pelos setores envolvidos (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

A elaboração do CAB Nº 5 em 2001 foi o primeiro resultado promissor, tendo sido criado em seguida um módulo instrucional de ST para a AB, concebido para ser instrumento de qualificação dos profissionais da SF. Concomitantemente, iniciou-se a elaboração de um documento-base de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que fazia menção à AB em todas as suas diretrizes, mas nunca foi publicado. A partir desse documento, em 2000 foi editado pelo Ministério da Saúde o Plano de Ação em Saúde do Trabalhador (PAST) para o biênio 2001-2002, contemplando diversos destaques para a AB (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

Ainda em 2000 ocorreu o Encontro Nacional dos Programas de Saúde do Trabalhador, em que houve a proposta de redirecionamento das estratégias de implementação da ST no SUS, a partir da criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST, tendo como uma das missões a capacitação da rede de serviços, inclusive da AB, mantendo a vinculação com o modelo de atenção da Reforma Sanitária (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

Em 2002 realizou-se uma avaliação da capacitação em ST dirigida à AB e a criação do módulo instrucional de capacitação da rede básica de Saúde do SUS em ST, utilizando abordagem problematizadora, este foi testado em Tocantins e posteriormente aplicado em várias regiões do país. Em seguida houve a tentativa de publicação de uma Cartilha para o ACS, o que não ocorreu devido a mudanças estruturais e conflitos relacionados à criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast (VASCONCELLOS *et al.*, 2013).

Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010, p.456) relatam a capacitação de centenas de profissionais durante mais de 15 anos, nos três níveis de gestão do SUS, por meio de cursos presenciais e de formação de multiplicadores, que resultou no desenvolvimento de “passos para uma pedagogia de vigilância”.

O Quadro 1 apresenta alguns dos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, para apoiar a formação dos profissionais do SUS em ST, com destaque para as equipes da AB:

Quadro 1 – Documentos técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde.

Documento / Ano	Descrição	Objetivo
Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / 2001.	Instrumento direcionado a orientar os profissionais de saúde, com destaque para os que atuam na AB.	Qualificar a atenção à saúde do trabalhador quanto à caracterização das relações entre as doenças e as ocupações, à prevenção, à vigilância e à assistência.
Módulo Instrucional para a Capacitação da Rede Básica do SUS em ST/ 2002.	Instrumento utilizado em curso introdutório dos trabalhadores da saúde de nível superior contratados para atuar no nível local.	Qualificar os profissionais para reconhecerem a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença no desenvolvimento de suas ações, de acordo com os princípios de regionalização e descentralização.
Caderno de Atenção Básica nº 5 (CAB nº5)/ 2002.	Elaborado para apoiar a capacitação dos profissionais que atuam na AB, com destaque para as equipes de saúde da família,	Promover a inserção dos usuários trabalhadores na rede básica do SUS, mediante a ampliação da resolutividade das equipes da AB
Série de publicações Complexidade Diferenciada / 2006	12 Protocolos Clínicos que oferecem recomendações e parâmetros para o diagnóstico, tratamento e prevenção de Acidentes de Trabalho (AT) e doenças relacionadas ao trabalho (DRT).	Preparar os profissionais de saúde para atender aos trabalhadores com suspeita de agravos à saúde relacionados ao trabalho, incluindo os procedimentos entre o primeiro atendimento até a notificação.
Cuidando da saúde dos trabalhadores: a atuação dos ACS / 2011	Cartilha elaborada como parte de devolução de resultados do estudo realizado com os ACS de Betim/ MG.	Auxiliar as equipes técnicas e gestores a incorporar de forma sistemática e organizada as ações de saúde do trabalhador na APS.
O Agente comunitário de saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas / 2012	Manual que se destina a apoiar os processos de qualificação da atuação do ACS no desenvolvimento do cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas.	Demonstra a necessidade de que as equipes da APS desenvolvam minimamente as ações consideradas essenciais para o planejamento, execução e acompanhamento da promoção, proteção, vigilância e assistência aos trabalhadores.

Fonte: elaborado pela autora, a partir de: BRASIL, 2001b, BRASIL, 2002c, BRASIL, 2002d, BRASIL, 2013b, LACERDA-SILVA e DIAS, 2011, LACERDA-SILVA e DIAS, 2012.

Observa-se que o desenvolvimento de ações de ST pelas equipes da AB é relativamente recente, mas conta com expressiva produção técnica e científica, que registra a experiência desenvolvida nos âmbito dos serviços de saúde e na esfera acadêmica, como citado a seguir.

Os desafios e possibilidades do AM às equipes de Atenção Primária para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador foram discutidos por Lacerda-Silva e Dias (2013). As autoras relataram haver, por um lado, evidências na literatura técnica-científica de que os profissionais da APS ainda não incorporaram em suas práticas o papel que o trabalho ocupa na determinação do processo saúde/doença dos indivíduos e coletividades. Por outro lado, experiências bem-sucedidas e institucionalizadas demonstram a repercussão do apoio técnico adequado na qualificação e ampliação da capacidade de manejo e resolução dos problemas relativos à saúde do trabalhador que surgem no cotidiano das equipes. As autoras citadas destacam que o ponto de partida para a organização do AM em ST deve ser a identificação e o conhecimento das experiências em desenvolvimento na rede, concomitantemente ao conhecimento sobre o funcionamento da APS pela equipe apoiadora. A análise da situação de saúde dos territórios é fundamental para a organização dos cuidados direcionados aos trabalhadores na APS, que podem se desenvolver por intermédio de metodologias como o PTS, o Plano de Cuidado e o Plano de Intervenção em Ambientes de Trabalho, sendo essa última uma proposta que viabiliza as ações de vigilância em saúde do trabalhador, tendo como foco principal as atividades produtivas domiciliares.

Pessoa e outros (2013) apresentaram reflexões e resultados preliminares de estudos de caso de experiências de atenção à saúde dos trabalhadores na APS desenvolvidas em três municípios de diferentes estados. A pesquisa foi realizada em quatro fases, em que entrevista semi estruturada, grupo focal e observação participante foram as técnicas utilizadas para obtenção de dados e informações. Ficou demonstrado que os profissionais da APS realizam ações de saúde do trabalhador e percebem essas intervenções como transversais em suas atividades rotineiras. Foram consideradas indutoras e facilitadoras das ações a presença de instâncias apoiadoras, como os Cerest, as Referências Técnicas em ST e os Nasf. Ao final apresentaram-se recomendações para o avanço rumo à qualificação das ações da APS, incluindo os problemas relacionados ao trabalho.

A descrição do papel da gestão estadual do SUS de Belo Horizonte na implantação das ações de saúde do trabalhador na APS foi realizada por Ribeiro e outros (2013). Revelaram-se as estratégias adotadas a partir de um diagnóstico situacional. Foram definidas três fases para a implantação do projeto de aprimoramento da gestão da Política de ST, que ainda não estão totalmente concluídas. Os autores apontaram as ações que a APS deve ser capaz de realizar, mediante a designação e fortalecimento das Referências Técnicas em saúde do trabalhador macrorregionais, definição de elenco mínimo de ações dos Cerest Regionais e ampliação dos processos de educação permanente que visam a construção de ações de saúde do trabalhador.

Almeida e Reis (2013) descrevem e analisam as estratégias e atividades desenvolvidas pelo Cerest de Betim (MG) para a consolidação das ações de Saúde do Trabalhador no município e microrregião, inclusive para a implantação do AM no âmbito da APS.

Amaral-Dias, Bertolini e Pimenta (2013) apresentam relato de uma experiência considerada bem-sucedida, vivenciada pelas autoras no Cerest do município de Amparo (SP), por um período de cinco anos. Para concretizar as ações de ST na AB, esse serviço adotou o modelo de matriciamento das equipes, estruturado em um conjunto de ações permanentes.

Um estudo de caso sobre o AM nesse mesmo Cerest de Amparo (SP) foi conduzido por Lacaz e Santos (2013), em período seguinte ao da experiência anteriormente mencionada. Apesar dos desafios encontrados, os autores referenciados concluem que o trabalho desenvolvido pelo citado Cerest poderá contribuir para auxiliar no processo de descentralização e apoio continuado às ações de Saúde do Trabalhador como parte da eSF, fornecendo retaguarda técnica e periódica aos profissionais.

A Universidade Federal de Juiz de Fora, em parceria com o Departamento de Saúde do Trabalhador da rede pública do Município, realizou estudo-piloto conduzido por Vieira, Dias e Mattos (2013), com o objetivo de caracterizar e descrever a magnitude do trabalho domiciliar em área de abrangência das ESF em determinado bairro. Identificou-se o potencial da eSF para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador e de atuação interinstitucional.

Wingester (2013) desenvolveu estudo que resultou na proposição de linhas de ação para a atenção integral à saúde do cortador de cana. Um fluxograma descreve os caminhos percorridos por dentro da rede pelos usuários, destacando-se que todos os

pontos da RAS são responsáveis por incorporar questões importantes e básicas relacionadas à saúde-trabalho-doença.

Uma experiência de integração da saúde do trabalhador com a APS em área de passivo ambiental foi descrita por Nobre, Mascarenhas e D'Arede (2013). O Projeto contemplava eixos de assistência, vigilância e educação em saúde, direcionado a ex-trabalhadores e população potencialmente expostos ao amianto. O processo foi construído de forma participativa, com progressivo envolvimento da gestão e de pontos de atenção da rede SUS dos municípios atingidos.

Raymundo, Veiga e Santos (2013) apresentaram recomendações para o desenvolvimento de ações de prevenção e erradicação do trabalho infantil e proteção dos trabalhadores adolescente no âmbito da AB, locus de fundamental importância, uma vez que são os profissionais que melhor conhecem as dinâmicas das famílias.

Destaca-se, ainda, um estudo realizado sobre o desenvolvimento de Telessaúde e ações de saúde do trabalhador no âmbito da APS realizado por Brant e Guimarães (2013), que conclui apresentando o grande desafio de ampliar o acesso e a qualidade a tecnologias computacionais e comunicacionais no âmbito do SUS, em especial na APS.

O Ministério da Saúde também têm fomentado iniciativas para capacitação de profissionais de saúde na temática de ST. Destaca-se do conjunto dessas obras o papel dos ACS na implantação de ações de ST, considerando a contribuição desses trabalhadores na produção de informações que proporcionam à equipe de saúde a elaboração do Diagnóstico Situacional em ST no território (LACERDA-SILVA e DIAS, 2012).

Uma síntese de ações de Visat que devem ser incorporadas ao processo de trabalho das equipes da APS, em que é decisiva a participação do ACS, foi apresentada por Dias e Lacerda-Silva:

- a) mapeamento dos processos produtivos do território e identificação dos riscos e perigos à saúde associados às atividades;
- b) identificação do perfil ocupacional e de trabalhadores mais vulneráveis (desempregados, trabalho infantil, trabalho domiciliar, entre outros);
- c) notificação no Sinan de agravos relacionados ao trabalho e acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores para definição de ações prioritárias;
- d) articulação intrasetorial para a vigilância dos processos e ambientes de trabalho; e
- e) promoção da saúde, com ênfase no empoderamento dos trabalhadores e orientações sobre a prevenção de riscos e perigos (DIAS e LACERDA-SILVA, 2013b).

Observa-se uma crescente produção de experiências e pesquisas no sentido de demonstrar a necessidade do reconhecimento da saúde do trabalhador no âmbito da APS. A seguir será apresentado conteúdo relacionado à possibilidade da mediação do Nasf nesse processo.

2.4 A contribuição dos Nasf na atenção aos trabalhadores

A PNAB estabelece que os Nasf devem atuar de forma integrada na RAS, inclusive com os Cerest, no sentido de garantir a implementação da PNSTT. 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).

Para um melhor planejamento do desenvolvimento das atividades do Nasf, o CAB 39 recomenda a análise da situação demográfica, social e de saúde do território adstrito e estão indicados alguns recursos que podem ser utilizados para a identificação dos problemas de saúde dos usuários, como os registros de atendimentos das equipes (prontuário), a observação dos agentes comunitários de saúde (visita domiciliar) e os registros do acolhimento nas unidades de urgência e hospitalares. A atitude proativa de identificar questões relacionadas ao trabalho em cada uma dessas ações é fundamental na busca do cuidado integral à saúde dos trabalhadores na APS.

O diagnóstico inicial, elaborado quando da construção do projeto de implantação do Nasf, é um guia que deve ser apropriado pelos profissionais desse Núcleo, no sentido do reconhecimento do território. Para aprofundar essas informações pode-se programar o reconhecimento do local com roteiro de observação que contemple o olhar das equipes matriciadas e dos distintos especialistas do Nasf (BRASIL, 2014a).

A discussão dessas informações com as equipes de AB contribuirá para construção de ações mais coordenadas e adequadas à realidade local. O CAB 39 apresenta alguns elementos a serem observados em um roteiro de análise do território (BRASIL, 2014a). Vale destacar a importância do olhar da equipe estar atento para as questões relativas à saúde do trabalhador.

Verifica-se 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.

Nesse sentido, além do AM assistencial, devem ser garantidas ações de apoio ao desenvolvimento da Visat no âmbito da APS, como o “suporte técnico para investigação de agravos de saúde do trabalhador de notificação compulsória, apoio à construção, mapeamento e análise do perfil produtivo de morbimortalidade da população trabalhadora e vigilância de ambientes e processos de trabalho de forma integrada com a Vigilância em Saúde e outros setores” (DIAS e LACERDA-SILVA, 2013b). O cardápio de ações das ENASF deve contemplar essas iniciativas, considerando a centralidade do matriciamento no processo de trabalho desses Núcleos.

Observa-se que o PTS 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 busca da atenção integral, Dias e outros (2010) propõem o reconhecimento do trabalho como “oportunidade de saúde, considerando que não existe doença inerente ao trabalho [...]. Nesse sentido, é essencial *empoderar* os trabalhadores para que eles participem do cuidado – individual e coletivamente – da saúde e das lutas pela melhoria das condições de vida e trabalho” (DIAS *et al.*, 2010, p. 49). A comunidade incluída e participante das decisões das ações no nível local representa uma corresponsabilização ao longo do processo de implementação de políticas. Assim, também a interlocução dos serviços de saúde com os trabalhadores amplia a abrangência das negociações pela transformação das condições de trabalho de forma mais eficaz e perene.

Nesse sentido, o PST parece ser uma nova proposta para o desenvolvimento de ações de vigilância e de promoção da ST. O Nasf tem o PST como uma de suas ferramentas de trabalho e, portanto, é um parceiro potencial para a construção de iniciativas de ST junto às equipes da AB. Entretanto, Lacerda-Silva e Dias apontam que, em geral, as equipes de SF e de ACS não estão sensibilizadas nem preparadas para essas ações, o que enfatiza o papel dos apoiadores em ST. As citadas autoras acreditam que essas ações devem ser desenvolvidas de forma articulada com os demais componentes da vigilância em saúde (DIAS e LACERDA-SILVA, 2013).

O Ministério da Saúde estruturou o desenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a partir de diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento.

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde (BRASIL, 2013c).

No documento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF), a qualidade em saúde é definida como “o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores” (BRASIL, 2013f).

O Padrão é a declaração da qualidade esperada. O seu sentido é afirmativo ou positivo, expressando expectativas e desejos a serem alcançados. Caracterizam-se por refletir o foco na AB no usuário e induzir a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2013f).

Assim, os Padrões de Qualidade são de importante abrangência e ampliam a visão do sistema e das ações em saúde. Para a avaliação desses Padrões, foi proposto um modelo de Matriz de Intervenção, que deve ser preenchida observando os seguintes critérios: Descrição da situação problema; Objetivos e metas; Estratégias para alcançar os objetivos e metas; Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução); Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades; Resultados esperados; Responsáveis; Prazos e Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados (Brasil, 2013c).

Os padrões do AMAQ-NASF agrupam-se em duas unidades de análise – gestão e equipes, definidos pela relação direta com as práticas e competências dos envolvidos, e esses estão organizados em três dimensões que se desdobram em seis subdimensões e estas em padrões que abrangem o esperado em termos de qualidade para o Nasf, como demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2– Estrutura do instrumento AMAQ-NASF.

Unidades de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação do NASF no Município
	Gestão da AB/NASF	B – Apoio à organização do trabalho do NASF
		C – Educação Permanente
		D – Monitoramento e Avaliação
EQUIPE NASF	Organização do processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde	E – Organização do Processo de Trabalho do NASF
		F – Atenção Integral à Saúde

Fonte: AMAQ – NASF.

Foram estabelecidos para os Nasf o emprego de cinco indicadores de monitoramento “que têm a função de induzir a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às equipes” (BRASIL, 2013c), como pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 – Indicadores de Monitoramento para Nasf que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.

Indicadores de Monitoramento
1. Proporção de usuários atendidos pela equipe Nasf
2. Proporção de atendimentos realizados pelo Nasf em conjunto* com a equipe SF
3. Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo Nasf em conjunto com a equipe SF
4. Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo* realizados pelo Nasf
5. Proporção de reuniões para discussão de caso clínico/PTS

Fonte: Manual Instrutivo do PMAC da Atenção Básica, Brasil, 2013c.

Em relação à ST, o AMAQ-NASF propõe dois Padrões (3.49 e 3.50) a serem avaliados pelos Núcleos, sendo que ambos compõem a Dimensão Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, Subdimensão F (BRASIL, 2013f). Ocorre que os Padrões de ST não compõem a lista dos Padrões Essenciais, que reduzem a pontuação da avaliação externa caso não sejam alcançados, nem a dos Padrões Estratégicos, que têm peso maior na matriz de pontuação do processo de certificação.

O Quadro 4 apresenta as definições dos dois Padrões de Qualidade sobre ST e a descrição dos itens que devem ser observados durante o processo de avaliação dos Nasf.

Quadro 4 – Padrões de Qualidade do AMAQ-NASF relativos à Saúde do Trabalhador

3.49	O NASF atua na identificação dos processos produtivos e dos riscos e agravos relacionados ao trabalho a que estão sujeitos os usuários do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O planejamento das ações da equipe AB deve considerar, na definição de prioridades, as informações sobre as atividades produtivas desenvolvidas no território (utilizando as bases de dados do SUS, da Previdência Social e Ministério do Trabalho), o perfil dos trabalhadores (quem e quantos são) e o perfil epidemiológico (de que adoecem e morrem os trabalhadores da área adscrita). Devido às especificidades de cada território, é essencial identificar a população trabalhadora considerando gênero, raça-cor, idade, nível de escolaridade, renda, tipo de vínculo empregatício, acesso ao SUS etc. Neste sentido o NASF pode atuar no desenvolvimento das seguintes ações e atividades: a detecção precoce da perda de saúde dos trabalhadores; a identificação dos agravos relacionados ao trabalho; a avaliação dos riscos ocupacionais a que esta população está exposta; o controle e/ou mitigação da exposição aos riscos ocupacionais; a avaliação da eficácia das medidas preventivas, curativas e reabilitadoras; e o fomento à participação social.		
3.50	O NASF auxilia as equipes da AB na notificação compulsória dos agravos (doenças e acidentes) relacionados ao trabalho.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Como exemplos aos agravos possíveis de notificação: acidentes de trabalho grave, fatal e com crianças e adolescentes economicamente ativos; Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/DORT; câncer relacionado ao trabalho; Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR; acidente com material biológico; transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho; pneumoconioses; intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho (agrotóxicos, metais pesados etc.); dermatoses ocupacionais. Além disso, o NASF deve incentivar o preenchimento do campo “ocupação” nos sistemas de informação nacional.		

Fonte: Manual Instrutivo do PMAC da Atenção Básica, Brasil, 2013c

Observa-se importante desafio para os Cerest no sentido de apoiar os Nasf, capacitando-os a prover apoio técnico e pedagógico para avançar no desenvolvimento das ações propostas de ST junto às Equipes de Saúde da Família. Esse papel do Cerest é explicitado no Cap. IV da PNSTT e inclui suporte técnico, de educação permanente, de AM, de centro articulador das ações de ST, assumindo a retaguarda técnica especializada e se tornando polo irradiador de ações e experiências (BRASIL, 2012c).

Dias e Lacerda-Silva alertam que, para que os Cerest cumpram bem seu papel, é necessário que “mudem o olhar” e “mergulhem” no SUS, junto com as equipes da AB para ouvir e reconhecer nas suas experiências cotidianas, como estas identificam e lidam com as questões das relações trabalho –saúde – doença e ambiente.” (DIAS e LACERDA-SILVA, 2013).

Dessa forma, faz-se necessário aprofundar o estudo do processo de trabalho dos Nasf, identificando potencialidades e dificuldades para o AM no campo da ST.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Conhecer como pensam e agem os profissionais e gestores do Nasf sobre as relações entre saúde e trabalho; as demandas de saúde do trabalhador das equipes da AB, e apontar potencialidades, dificuldades e sugestões para o matriciamento dessas ações.

3.2 Objetivos específicos:

- Compreender o que pensam e como agem os profissionais e gestores dos Nasf sobre as questões de saúde e doença relacionadas ao trabalho trazidas pelas equipes da APS;
- Identificar as principais demandas referentes ao processo saúde-doença relacionadas ao trabalho e trazidas pelas equipes da AP às equipes dos Nasf;
- Identificar as potencialidades, desafios e sugestões das equipes do Nasf para o desenvolvimento do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador pelas equipes a AB.

4 PERCURSO DO ESTUDO: métodos e instrumentos

Trata-se de estudo exploratório, posto que o tema escolhido é ainda pouco conhecido e com reduzidos registros na literatura, que envolveu as seguintes estratégias metodológicas: análise documental sobre as atividades desenvolvidas pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ENASF) do DF descritas em Relatórios mensais; Observação Participante, entrevistas semi estruturadas realizadas com gestores da APS do DF, questionário aplicado aos profissionais dos Nasf e uma reunião de devolução dos resultados parciais obtidos com esse instrumento, descritas a seguir.

4.1 O campo de estudo: Atenção Básica no Distrito Federal

Ao se analisar a percepção de profissionais e gestores da saúde sobre a aplicação de novas metodologias de trabalho associadas a conteúdos pouco abordados em suas formações e experiências, faz-se necessário identificar algumas características locais que contextualizem o ponto a partir do qual esses sujeitos contemplam, vivem e se reconhecem como atores na prestação de serviços à comunidade em que desenvolvem seu trabalho.

Nesse sentido, as informações recolhidas sobre o campo de estudo, o DF, foram organizadas como um produto dessa Dissertação, destinado a subsidiar propostas institucionais de acolhimento a novos servidores, assim como processos de educação permanente que venham a ser desenvolvidos no âmbito da APS ou da saúde do trabalhador.

Esse conteúdo está organizado no *“Produto 2 –Boletim de Saúde do Trabalhador e o desenvolvimento da APS no Distrito Federal: aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional.”*.

4.2 Etapas do estudo

A pesquisa iniciou-se com a revisão da literatura e análise documental para aproximação do processo de trabalho da ENASF. Em seguida, procedeu-se a aproximação com o campo de pesquisa, quando se iniciou o estudo da rotina de trabalho de uma ENASF do DF.

Para tanto, foram realizadas: Observação Participante do trabalho do Nasf; as entrevistas com gestoras do nível central da APS do DF e a aplicação de questionário aos profissionais dos Nasf, que serão detalhadas a seguir. .

4.2.1 Revisão da literatura e análise documental

Foi realizada revisão da literatura sobre o tema nas bases de dados disponíveis no portal da Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME/OPAS/OMS, acessado por intermédio do sítio: www.bireme.br. Foi utilizado o unitermo “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” na opção “Assunto”. Foram encontrados 37 registros entre títulos e resumos, sendo 27 em Bases de Dados Internacionais (19 artigos, duas monografias e seis teses) e dez em Bases de Dados Nacionais (artigos monografias e teses; documento de Diretrizes do Ministério da Saúde; relato de experiência, de Oficina e de Projeto). Todos os textos estavam disponibilizados em língua portuguesa e com datas de publicação a partir de 2009. Não foram adotados filtros de língua nem de período, bem como de aspectos clínicos, limite de idades/condição de vida, de país/região ou tipo de documento, uma vez que o reduzido número de registros permitiu a análise do resumo de todos os textos das coleções e bases de dados apresentadas, publicados em todas as datas apontadas (nenhuma ultrapassou cinco anos). Na análise dos resumos, utilizaram-se como critério de exclusão os textos que não abordavam o processo de trabalho dos Nasf.

Assim, dos 27 textos registrados em Bases de Dados Internacionais que têm origem na base LILACS, três foram excluídos [um sobre a formação em saúde (Pró-saúde); um sobre temas de saúde pública em Congressos de Atividade Física; um estudo de caso de gestantes adolescentes de baixa renda assistidas pelo Nasf]. Dos dez registros das Bases de Dados Nacionais, cinco foram excluídos, dois por serem documentos disponibilizados em formato de vídeo e folder de divulgação de Programa e três textos não estavam disponíveis.

Procedeu-se uma busca avançada no mesmo portal, com os termos “núcleo de apoio à saúde da família” e “saúde do trabalhador”. Foi identificado apenas um artigo publicado em 2011, na Base de Dados Internacional LILACS, em língua portuguesa, com o tema da inserção do terapeuta ocupacional nos Nasf.

A partir da leitura dos resumos, os textos foram selecionados considerando a adequação às linhas teóricas que embasam o tema pesquisado. Também foram utilizadas

outras referências bibliográficas de artigos e livros disponíveis e lidos sobre o tema da pesquisa.

Após a leitura das publicações selecionadas, o conteúdo de interesse foi organizado segundo as categorias: a) funcionamento e estrutura da AB; b) papel e atribuições do Nasf; c) transversalidade da ST na AB.

Com relação às normas editadas pelo gestor federal do SUS sobre ST na AB e o papel atribuído aos Nasf nesta temática, buscou-se evidenciar as interfaces, atribuições e responsabilidades previstas nas orientações prescritas sobre a atenção integral à saúde do trabalhador no âmbito da AB.

O critério de inclusão foi definido por publicações a partir do ano 2002, quando foi editada a Portaria GM/MS nº 1.679, que fez referência pela primeira vez à Renast. A partir deste breve histórico das normas relativas à ST e AB, pôde-se compreender a importância de antecedentes na produção das atuais Diretrizes e Estratégias para consolidação do modelo de AB no sistema de saúde brasileiro.

A análise dos Relatórios Mensais das atividades realizadas em um mês pelas dez equipes de Nasf do DF permitiu uma importante aproximação com a descrição teórica do processo de trabalho presente nestes Núcleos, o que contribuiu para a elaboração dos instrumentos utilizados nas entrevistas e questionários aplicados neste estudo.

Vale destacar que, durante o desenvolvimento desta pesquisa, foram necessárias outras buscas para atualização das publicações nas bases de dados. Para aprofundar o conhecimento sobre o objeto de estudo e preparar os instrumentos para coleta dos dados e a entrada em campo, realizou-se o reconhecimento inicial do processo de trabalho dos Nasf, com destaque para o AM que exercem junto às equipes de referência da AB.

4.2.2 Reconhecimento do campo de pesquisa

Inicialmente foi realizada visita à gestão do nível central da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) em dezembro de 2012, para apresentar os objetivos do estudo e a proposta de um trabalho conjunto, formalizado por meio da assinatura do Termo de Autorização de realização de Pesquisa e assunção da corresponsabilidade pela Subsecretária da SAPS, exigência da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Aprovado o Projeto de Pesquisa pela banca de qualificação em maio de 2012, foram feitos os ajustes solicitados e submetido na Plataforma Brasil. O Projeto foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) em 23 de julho de 2013, pelo Parecer de nº 349.965. Para atender às normas da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF), o projeto foi submetido ao CEP da instituição, tendo sido aprovado em 19 de agosto de 2013, pelo Parecer nº 364.165.

Após a aprovação dos gestores Regionais da APS buscou-se a autorização das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - ENASF. Uma das equipes recusou-se a participar no estudo, devido a mudanças que estavam ocorrendo no processo de trabalho. Posteriormente, esta pesquisadora esteve presencialmente no local e, após explicar sobre a pesquisa, obteve a adesão de quatro profissionais daquele Nasf.

No desenrolar do estudo a gestão do nível central da SAPS solicitou que a investigação de campo fosse iniciada em outubro de 2013, tendo em vista que no mês de setembro todas as ENASF estariam produzindo a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica –fascículo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF).¹

Nesse ínterim, a pesquisadora acompanhou as gestoras do nível central da APS na Oficina de Apresentação do Diagnóstico Situacional, realizada no auditório da sede de uma das Regiões Administrativas do DF (RA), aqui denominada de RAT, o que contribuiu para ampliar o conhecimento sobre o processo de trabalho da APS em uma RA em que a renda per capita é um quarto da renda média do DF (DISTRITO FEDERAL, 2013c).

Desde 2007 a gestão do nível central da APS do DF recomenda que esses encontros aconteçam uma vez por semestre em cada Coordenação Geral de Saúde (CGS). O objetivo é, a partir do diagnóstico e avaliação da situação da Regional, propor melhorias com a responsabilização de gestores do nível central e regional da APS, de gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos profissionais da equipe de Saúde da Família - ESF. Nesse encontro, a gerente da UBS apresentou o histórico da RA T, a divisão do território, as parcerias, os avanços, as dificuldades e desafios. Em seguida, as ESF e ENASF apresentaram os dados do território e os fatores de risco presentes; o diagnóstico da situação de saúde da população, em que utilizaram mapas das áreas com marcadores dos domicílios onde há pessoas com condições que exigem atenção do setor saúde; as práticas desenvolvidas, inclusive o AM que recebem; os fatores complicadores de sua atuação; as dificuldades e os desafios das equipes.

Também foi acompanhada a equipe de gestão da SAPS na Oficina de implantação do Nasf e capacitação dos novos profissionais, que aconteceu em uma Clínica da Família de outra RA, aqui denominada UBS vermelha, em que estavam sendo acolhidos os novos profissionais que comporiam equipes de Nasf e discutido o processo de trabalho.

Essas duas experiências subsidiaram esta o processo de revisão dos roteiros do Diário de Campo a ser utilizado na Observação Participante, das entrevistas programadas e do questionário.

4.2.3 Estudo da rotina de trabalho de uma equipe do Nasf

Para o estudo da rotina de trabalho de uma equipe do Nasf foram realizadas:

- a) Observação Participante do trabalho do Nasf;
- b) Entrevista com gestoras do nível central da APS do DF;
- c) Aplicação do questionário aos profissionais dos Nasf.

Serão descritas a seguir cada uma dessas atividades e os instrumentos adotados

a) Observação Participante do trabalho do Nasf.

A Observação Participante foi adotada como método para aproximação com a maneira como os profissionais se relacionam, como surgem as demandas para o Nasf e como são construídas as intervenções e práticas em suas rotinas, o que contribuiu para alcançar objetivos específicos relacionados ao conhecimento e descrição do processo de trabalho dos Nasf. O diálogo estabelecido com os profissionais se constitui em um espaço privilegiado neste estudo.

Essa técnica permite chegar ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo (GIL, 2008) e demandou preparação cuidadosa, atenção e sensibilidade. “A possibilidade de vir a clarificar aspectos observados e anotados em posterior entrevista e em observações mais focalizadas, constitui um ganho excepcional em face de outras técnicas de investigação” (CORREIA, 2009, p. 35).

Observou-se de forma mais sistemática o processo de trabalho de uma equipe de Nasf, tendo sido registrado o envolvimento dos profissionais nas ações de forma individual ou coletiva no Diário de Campo.

A escolha do Nasf onde seria realizaria a Observação Participante levou em consideração a indicação da gestão da SAPS, como sendo um dos núcleos que mais atuavam com a metodologia do AM, critério fundante do objetivo desta pesquisa. Também foi indicado o Nasf de outra RA mais distante do centro de Brasília, mas, devido ao atraso anteriormente mencionado do início do trabalho de campo, optou-se por realizar a Observação em apenas uma equipe, tendo sido escolhida a sediada na UBS mais próxima. Na maioria das vezes o deslocamento desta pesquisadora ocorreu em carro próprio.

A Observação Participante foi uma técnica complementar na busca de compreensão mais aprofundada da realidade do Nasf visitado. Para responder aos propósitos preestabelecidos, as informações foram registradas em Diário de Campo, a partir de um roteiro de observação, elaborado com o objetivo de documentar os dados obtidos sobre o objeto de estudo e a trajetória da investigação.

O Diário de Campo é uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde a pesquisa se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos, a partir do registro de informações que não serão coletadas nos contatos e nas entrevistas formais. As anotações descritivas realizadas em Diário de Campo pretendem revelar principalmente os fenômenos sociais, avançando na explicação e compreensão do campo de estudo em seu contexto, captando seu dinamismo e suas relações. Assim, o Diário não é apenas objeto de registro, mas também de reflexão. Esta pesquisadora atuou como participante-observadora da vivência de acontecimentos e acompanhamento de rotinas cotidianas, porém, com poucas intervenções diretas.

Dessa forma, foram descritas as peculiaridades e contextos relativos ao tema do estudo e encontrados na dinâmica de atuação do Nasf, com destaque para a caracterização do AM no processo de trabalho desse Núcleo. As informações do Diário foram digitadas para facilitar a análise dos registros.

Devido à solicitação anteriormente explicada da gestão da SAPS, o contato com a ENASF escolhida para acompanhar o processo de trabalho teve início no dia primeiro de outubro de 2013. Esta pesquisadora se apresentou primeiramente à gestão da UBS, tendo sido encaminhada em seguida à sala do Nasf, onde foi muito bem recebida. Dos seis profissionais que compõem esta ENASF, estavam presentes quatro, sendo um de cada categoria: médica, nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta. A ausência dos demais profissionais se deu por um deles estar em férias e outro em atividade de mobilização da categoria por melhor salário.

Após mútua apresentação, as profissionais do Nasf confirmaram que foram sondadas por uma gestora do nível central da APS sobre a concordância em participar do estudo, tendo aceitado o convite. Importa destacar que a fisioterapeuta e psicóloga desta ENASF participaram da Oficina de acolhimento dos novos componentes dos Nasf do DF, relatada anteriormente. Esta pesquisadora explanou sobre o tema da pesquisa e seus objetivos. Indagou sobre a conclusão da AMAQ-NASF em setembro, tendo sido informado pela equipe que o prazo se estendeu para o mês de outubro.

Este dia era uma terça feira pela manhã, um dos dois turnos da semana reservado para as reuniões semanais ordinárias da ENASF. Assim, estava programada reunião de planejamento da equipe, porém, houve uma troca para o dia anterior e neste momento estava sendo produzido o Relatório Mensal das Atividades do Nasf, documento que foi apresentado à pesquisadora como sendo um modelo elaborado pela gestão do nível central da APS no DF, que é enviado por meio eletrônico para a coordenação central e regional da APS (esta encaminha para sua Gerência que coordena os Nasf e também para os gerentes das UBS). Houve interesse em conhecer melhor este instrumento de registro e a pesquisadora solicitou que avaliassem a possibilidade de lhe enviar por meio eletrônico, o que ocorreu na mesma data. Foi esclarecido que o modelo de Relatório havia mudado naquele mês e que achavam que estava confusa a forma de registro das atividades, além de não contemplar toda a diversidade de ações do Nasf.

Inicialmente, esta pesquisadora propôs que, enquanto os profissionais preenchessem o referido Relatório ela se ocuparia em fazer os registros das condições de trabalho daquela sala da equipe, o que descontraíu este primeiro encontro. Após 40 minutos, solicitou-se que os profissionais presentes relatassem o histórico daquele Nasf, a introdução de cada componente na equipe e como organizam o trabalho. Foi autorizada a gravação deste relato, com objetivo de registrar detalhes que a escrita não permite, em que pese terem considerado que poderiam ficar mais inibidas. Durante este relato, as profissionais se revezavam no computador e a psicóloga necessitou deixar a sala para atender a uma demanda da UBS, retornando em seguida.

Ao final do primeiro encontro com a ENASF F, foi elaborada uma agenda das atividades da equipe que a pesquisadora poderia acompanhar. Para manter o sigilo das Unidades e equipes apoiadas por esta ENASF, foram escolhidos aleatoriamente nomes de cores e flores para designá-las. Desta forma, as duas UBS onde esta ENASF atua serão identificadas pelas cores roxa e lilás e as três ESF acompanhadas pela pesquisadora pelas flores Girassol, Margarida e Jasmim. Estabeleceu-se que a

Observação Participante seria realizada até o final de outubro, uma vez que seria necessário dedicar o tempo restante ao desenvolvimento das demais etapas deste estudo.

Foram realizados 11 encontros de Observação Participante, com duração total de 37h45. O Apêndice B caracteriza em detalhes cada um desses momentos. O critério de inclusão das atividades que foram acompanhadas por esta pesquisadora foi pactuado no primeiro encontro com a ENASF, considerando o objetivo de observar a maior diversidade possível de atividades da equipe e dos profissionais isoladamente. Foram considerados como critérios de exclusão os atendimentos individuais, por questões éticas, e as atividades em que a presença da pesquisadora pudesse gerar constrangimentos, seja com usuários ou profissionais da saúde.

Importa considerar que a ENASF acompanha duas ESF rurais, contudo, não foi possível a esta pesquisadora acompanhar esses encontros, uma vez que o veículo solicitado pela equipe não estava disponível no dia agendado para a visita a uma das áreas rurais e a outra ESF rural desmarcou o encontro com o Nasf.

b) Entrevista com gestoras do nível central da APS do DF

Foram entrevistadas gestoras do nível central da APS do DF. A escolha da entrevista baseou-se no fato de ser a mais flexível das técnicas de coleta de dados (GIL, 2008) e possibilitar a busca de informações contidas na fala dos sujeitos (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2011).

Considerando que se trata de uma pesquisa exploratória, em que não se conhece a abrangência ou a variabilidade das possíveis respostas, optou-se nesse estudo por entrevistas semiestruturadas que, sendo mais dinâmicas, puderam capturar a riqueza das opiniões, além das questões inicialmente apresentadas.

Para participar da entrevista foram convidadas duas servidoras ocupantes de cargos de gestão do nível central da SAPS da SES/DF, escolhidas intencionalmente, considerando a relevância de seus papéis informativo, decisório e de construção de relações interpessoais no âmbito da APS do DF.

Na organização do roteiro da entrevista semiestruturada, buscou-se evoluir dos assuntos mais gerais para os mais específicos. Procurou-se elaborar as perguntas de forma breve, clara, específica e com vocabulário apropriado, para que os entrevistados

entendessem o que se pretendia saber. O roteiro da entrevista foi fundamentado nas questões norteadoras desta pesquisa, a partir de uma ordem lógica.

As entrevistas com as gestoras do nível central da APS foram realizadas pela pesquisadora. As transcrições foram feitas por profissional especializado e revisadas pela autora da pesquisa.

O Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e o Roteiro da Entrevista utilizados nessa técnica compõem os Apêndices C1 e C2, respectivamente.

c) Aplicação do questionário a os profissionais dos Nasf.

Para o universo inicial de profissionais das onze equipes de Nasf do DF, optou-se pela aplicação de questionário, uma vez que se pretendia alcançar maior número de participantes. Este instrumento foi testado com quatro servidoras, sendo uma a ex-coordenadora dos Nasf no DF, duas profissionais de Nasf que não aceitaram participar da pesquisa e uma servidora que esteve lotada em um Nasf, mas atualmente está atuando em uma ESF. As considerações pertinentes foram incorporadas ao instrumento.

No Projeto de Pesquisa haviam sido planejadas entrevistas com oito profissionais dos Nasf, considerando os critérios de seleção elencados para a amostra. Mediante a identificação de que esses critérios adotados não representariam diferenças significantes entre os demais profissionais do universo dos Nasf, optou-se por adotar o questionário, posto que permite alcançar um número maior de participantes.

De acordo com Gil (2008), o questionário é uma técnica de investigação que deve traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. Apesar da vantagem anunciada anteriormente, sabe-se que o conteúdo das questões pode ter significado diferente para cada participante.

Para elaboração do questionário, alguns modelos disponíveis na literatura foram analisados. O principal guia utilizado foram os Padrões de Qualidade 3.49 e 3.50 dispostos no documento do Ministério da Saúde anteriormente citado, denominado “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família - AMAQ – NASF” (BRASIL, 2013e).

A organização das questões do questionário de pesquisa resultou da conjugação da análise desses Padrões de Qualidade com instrumentos utilizados em outras pesquisas sobre ST. Identificou-se como modelo o Questionário Fase 1 aplicado no

estudo sobre a percepção de profissionais de nível superior da Atenção Primária quanto ao desenvolvimento de ações de ST, de Chiavegatto (2010).

A aplicação deste instrumento pretendia demonstrar as percepções dos profissionais dos Nasf do DF sobre as relações saúde, trabalho e ambiente; a importância do Nasf na atenção à ST no SUS; que tipo de demandas de ST surgem para esses Núcleos; quais as atitudes e atividades que vivenciam nesse campo; quais os desafios para o matriciamento de ST junto à AB e quais as proposições para uma melhor qualificação dessa atenção.

À época da elaboração do Projeto de pesquisa, havia sido acordado que a apresentação da pesquisa aos profissionais dos Nasf ocorreria em uma das reuniões mensais em que os especialistas se encontravam com a Coordenação central dos Nasf no DF. Ocorre que, na ocasião da pesquisa de campo, não havia nenhum servidor designado para esta função e as reuniões mensais estavam suspensas.

Assim, a gestão do nível central da SAPS antecipou-se na apresentação da pesquisa para os Nasf e gestores regionais, no sentido de obter autorizações para o participarem desta pesquisa.

Posteriormente foram disponibilizados os endereços eletrônicos das onze ENASF para um primeiro contato direto desta pesquisadora. Desta forma, foi encaminhada mensagem para todos os Núcleos do DF, na qual foram descritos os objetivos do estudo e solicitado que os interessados em participar respondessem com mensagem de seu e-mail particular, informando o telefone de contato para o agendamento de um encontro com esta pesquisadora.

Em decorrência de uma baixa adesão no prazo dado de uma semana, a pesquisadora contatou os Nasf pelo telefone de suas UBS-sede, solicitando a inserção do tema na pauta das reuniões semanais ordinárias, ou seja, um encontro de meia hora para que fosse possível esclarecer questões relativas à pesquisa. O deslocamento para as UBS também ocorreu em veículo próprio da pesquisadora, exceto em duas localidades consideradas mais violentas, em que foi solicitado carro oficial da SES/DF.

A programação dessas visitas aos Nasf incluía a apresentação desta autora e dos componentes do Nasf e explanação sobre o tema, objetivos e métodos de pesquisa. Em todas as reuniões houve um equívoco inicial sobre o entendimento do objeto de estudo, sendo que os profissionais supunham que se tratava de pesquisa sobre a saúde dos trabalhadores dos Nasf. Nesse sentido, foi necessário contextualizar a inserção da ST no

SUS, bem como a questão da invisibilidade do trabalho como determinante social da saúde.

Todos os profissionais dos Nasf do DF foram convidados a responder ao questionário e, para aqueles que aceitaram participar, foi solicitada a leitura e assinatura em duas vias do TCLE, que foi ajustado para essa técnica. Entretanto, alguns componentes das equipes não estavam presentes. Um membro dessas ENASF se encarregou de explicar a pesquisa para os ausentes e, mediante o aceite, colher a assinatura do TCLE, que foi deixado sob sua guarda. Posteriormente esta pesquisadora entrou em contato com os ausentes e ficou acertada a entrega dos Termos assinados.

Considerando que o instrumento é autoaplicável e, devido à distância geográfica entre os onze Nasf e a falta de tempo hábil para aplicar o questionário pessoalmente, optou-se por enviá-los para os e-mails que foram disponibilizados na visita a cada Núcleo. Apenas em uma equipe o instrumento foi preenchido fisicamente, na presença da pesquisadora.

Sabe-se que a ausência do pesquisador na aplicação do questionário pode dificultar o auxílio ao respondente, caso apresente dúvidas na compreensão dos enunciados das questões. Nesse sentido, a partir das contribuições de uma das servidoras que realizou o pré-teste, foi elaborado um Guia para auxiliar na resposta do questionário, sendo que este relatava os objetivos da pesquisa, explicava a organização do questionário e apresentava alguns conceitos e siglas utilizados no instrumento. Esse documento foi anexado à mensagem de envio do questionário. Além do Guia, foi repassado o contato telefônico da pesquisadora, para dirimir qualquer dúvida sobre o questionário.

Foi acordado o prazo de dois dias para que devolvessem o instrumento preenchido por intermédio do e-mail da pesquisadora. Foram necessários alguns telefonemas e mensagens para os que não entregaram no prazo estabelecido, quando se ofereceu nova data para resposta. Tornou-se necessário encerrar este segundo prazo devido à proximidade da reunião de devolução dos resultados que já estava agendada. Estabeleceu-se que aqueles que não responderam até a segunda data, não participariam da pesquisa, ainda que tivessem firmado seu consentimento. Esta abordagem pessoal permitiu que a taxa de adesão fosse de 71%.

O questionário de pesquisa apresenta um cabeçalho de identificação dos participantes, exceto seu nome, o que permitiu a elaboração do perfil da amostra. As perguntas foram organizadas em quatro Blocos.

O Bloco 1 possui dez questões que objetivaram conhecer a periodicidade com que as ações de ST, descritas em cada questão, acontecem no cotidiano do trabalho das equipes. O Bloco dois contém oito questões que apresentam possíveis dificuldades para o desenvolvimento de ações de ST pelos Nasf. Os entrevistados deveriam responder qual o grau de concordância que têm em cada questão. As dez questões do Bloco três buscavam dimensionar a importância da participação dos Nasf no desenvolvimento de cada uma das ações de ST listadas. O Bloco 4 teve o propósito de recolher contribuições dos participantes, para a elaboração de uma proposta de capacitação em ST para a APS. Foram apresentados conteúdos que deveriam ter sido classificados de 1 a 5 em ordem de importância.

Em decorrência do reduzido prazo para conclusão desta Dissertação, foi contratado estatístico para a tabulação dos resultados obtidos com a aplicação deste instrumento de pesquisa, bem como para agrupar e totalizar dados dos Relatórios de Atividades enviados pelas ENASF para esta pesquisadora.

O TCLE utilizado na aplicação deste instrumento, o “Guia para responder ao questionário para profissionais do Nasf sobre a abordagem de questões de saúde relacionadas ao trabalho” e o modelo do questionário foram inseridos nesta Dissertação como os Apêndices D1 a D3.

As análises das questões objetivas foram realizadas por intermédio dos *softwares* Excel e Ambiente R³, que é de domínio público. Em todos os quatro blocos havia ao final uma questão aberta, o que garantiu espaço aos participantes para a descrição de conteúdos não contemplados nas questões objetivas.

Importa destacar que uma das servidoras que realizou o teste do questionário relatou que teria respondido de forma diferente se não tivesse ouvido a contextualização feita sobre o tema saúde do trabalhador. De início houve a preocupação de que a explanação feita antes de responderem ao questionário pudesse introduzir um viés na pesquisa. Entretanto, verificou-se que não seria possível deixar de contextualizar o tema, mediante o entendimento inicial de que se tratava de estudo sobre a saúde do servidor do Nasf.

Ademais, o tempo disponibilizado para esta explanação não permitiria a mudança brusca de pensamentos, podendo ter ocorrido apenas o desvelamento de

³ O “R”, como é chamado este *software*, pode ser obtido gratuitamente no endereço da internet: <<http://cran.r-project.org>>

realidades do domínio dos participantes, que se encontravam amortecidos pela visão encurtada sobre as repercussões do trabalho na vida das pessoas.

Todo o processo de coleta de dados, desde o primeiro contato com as ENASF, envio dos questionários, aplicação das entrevistas, gravação, digitação do material, geração dos resultados e reunião de devolução do consolidado dos achados preliminares do questionário, durou cerca de três meses.

Sistematização e análise dos conteúdos

O material gravado obtido na Observação Participante, entrevistas e reunião de devolução de resultados do questionário foi transcrito, sistematizado e analisado pela pesquisadora, tendo sido categorizados para melhor valorizar, compreender e interpretar os dados. Foi priorizada a busca da lógica peculiar e interna dos participantes, por intermédio da descoberta dos códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2011).

Adotou-se a Análise de Conteúdo, um concreto e operacional método de investigação, desenvolvido por Laurence Bardin, composto por um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, em que, por intermédio de testes surgem espontaneamente associação de palavras. Nesse método as categorias de análise emergem da leitura flutuante do material e, portanto, exige a organização da análise em pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. Em seguida ocorre a codificação de resultados, as categorizações e as inferências. (BARDIN, 2009).

Posteriormente, utilizou-se da triangulação de análise, a partir dos atos normativos, dos registros na literatura e dos dados primários obtidos nesta pesquisa (visitas exploratórias, observação participante, entrevistas, questionário e reunião de devolução dos resultados do questionário). Os achados foram catalogados em temas estruturantes, definidos a partir das perguntas orientadoras do estudo. Ao final, realizou-se uma última análise complementando-a com referências pertinentes.

Foram identificadas e analisadas as percepções sobre as relações entre saúde, trabalho e ambiente. Procedeu-se o agrupamento em matriz de análise dos conteúdos identificados sobre as concepções que gestores e profissionais têm a respeito do desenvolvimento da ST no âmbito da APS. Utilizou-se um quadro que apresentou, para

cada demanda do campo da ST que chega a esses Núcleos, de um lado as possíveis atividades de ST que os entrevistados já desenvolvem e de outro as dificuldades relatadas.

Os dados encontrados foram comparados a informações de outras pesquisas já realizadas. Assim, foram aprofundados os estudos da fundamentação teórica para dar consistência à discussão. A análise dos dados obtidos evidenciou as principais concepções que os participantes da pesquisa têm à respeito do matriciamento da ST no âmbito da APS. Também permitiu conhecer se gestores e profissionais têm colaborado para a efetivação das diretrizes sobre o tema, expressas na PNAB e na PNSTT.

d) Reunião de devolução

Os resultados obtidos a partir do questionário aplicado foram discutidos com os profissionais dos Nasf, gestores da APS e dos Cerest/DF, o que ensejou o início de parceria entre serviços de Saúde do Trabalhador e da APS na SES/DF.

A devolução de resultados da pesquisa aos participantes é um dever ético, embora, nas falas dos profissionais contatados não pareça ser um procedimento comum dos pesquisadores cujos campos de estudo foram as ENASF do DF.

Dessa forma, esta etapa da pesquisa teve o objetivo ético de devolver dados coletados por intermédio do questionário de pesquisa, mas também se buscou avançar no sentido de compreender lacunas que o instrumento utilizado não foi capaz de abordar diante dos objetivos do estudo. Foi possível, ainda, colher sugestões decorrentes do debate a respeito das ações de intervenção.

Desde o momento do convite à participação no estudo, foi mencionado que os profissionais seriam convidados para uma reunião devolutiva, após a consolidação dos dados do questionário aplicado. Nesse sentido, com mais de um mês de antecedência, esta pesquisadora enviou mensagem à gestão do nível central da APS do DF, formalizando o convite para este encontro a todos os profissionais dos Nasf, independentemente de terem ou não respondido ao questionário. Entretanto, a gestão central da APS determinou que participariam apenas três representantes de cada Nasf, evitando a paralisação completa das atividades das equipes nas RA. A indicação dos nomes dos representantes de cada ENASF ficou sob responsabilidade da equipe, mediante interesse pessoal e disponibilidade das agendas. Assim, dos 62 componentes

dos Nasf, 33 foram autorizados a participar da reunião, 23 confirmaram presença e 16 compareceram.

Além dos profissionais dos Nasf, também foram convidados os representantes do nível central da APS e dos três Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do DF, tendo comparecido sete gestores, sendo cinco da APS e dois dos Cerest.

A reunião devolutiva foi programada para ocorrer das 8h às 11h30 do dia 26 de novembro de 2013. Neste dia houve uma paralisação dos motoristas de ônibus no DF, o que justificou a ausência de três profissionais e fez prorrogar o início do encontro para 9h30.

De acordo com a programação prevista, o encontro teve início com um café da manhã de acolhida, custeado por esta pesquisadora. Solicitou-se a assinatura em lista de frequência, quando se entregou uma pasta com caneta, papel em branco, programação da reunião e documento com a síntese preliminar dos resultados do consolidado dos questionários respondidos. Na abertura foi informado que seria necessário utilizar gravador, para que não se perdessem importantes falas dos presentes. Para tanto, um TCLE específico foi lido e colhidas assinaturas em duas vias, sendo uma via para o participante. Não houve recusa à gravação.

Em seguida solicitou-se a apresentação dos participantes e houve uma coincidência que favoreceu o encontro, uma vez que foi o primeiro contato da nova Coordenadora dos Nasf da gestão do nível central da APS do DF com componentes de diferentes Núcleos.

Na sequência, foi discutida a programação da reunião, tendo em vista o atraso para seu início. O encontro foi conduzido por esta pesquisadora, apoiada gentilmente por uma servidora do Cerest/DF. Iniciou com a leitura da síntese dos resultados e após o primeiro bloco de questões decidiu-se por antecipar a apresentação em *power point*, que revelou os principais resultados em forma de tabelas e gráficos, a partir dos quais fez-se a leitura dialogada, estimulando a interação do grupo, discutindo-se de forma participativa as questões na medida em que vão sendo apresentadas. Esta pesquisadora estimulou a discussão com perguntas relativas às questões do questionário.

Foram esclarecidas dúvidas sobre as interpretações dos resultados, sendo que houve importante interação dos participantes, tendo sido uma estratégia que auxiliou a refletir sobre a interface AB e ST.

Ao final, solicitou-se uma avaliação oral do encontro, com encerramento às 12 horas. A reunião foi avaliada positivamente pelos presentes. Foi entregue a cada participante uma carta assinada por esta pesquisadora, agradecendo a participação.

A programação deste encontro, o TCLE adaptado para o evento e a carta de agradecimento estão disponibilizados nos Apêndices E1 a E3.

4.3 Aspectos Éticos

Foram seguidas as recomendações da Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996a). 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.

Os possíveis riscos sociais e morais presentes nos instrumentos de pesquisa utilizados foram minimizados por um cuidado na garantia aos entrevistados do anonimato e sigilo com os dados obtidos, criando-se um ambiente favorável à sua confidencialidade no momento de aplicação das técnicas utilizadas nesta pesquisa.

Com o objetivo de devolver o consolidado do questionário aplicado, propiciando a participação ativa dos sujeitos da pesquisa com suas impressões acerca dos resultados encontrados em relação à realidade que vivem, a reunião do Grupo de Discussão foi gravada.

Havia gestores da APS e da ST, bem como profissionais das ENASF do DF, que leram e assinaram o TCLE em duas vias (Apêndice D1).

Foram utilizados códigos para os participantes e os serviços citados no estudo, ou seja, dados que favoreceriam sua identificação foram omitidos no texto da Dissertação, o que será observado em possíveis publicações que derivem da pesquisa.

Para evitar a identificação dos serviços e participantes da pesquisa, foram adotadas as seguintes designações: as duas gestoras entrevistadas serão denominadas de Gestora 1 e Gestora 2; as nove RA que possuem ENASF foram identificadas por letras de R a Z; as quatro UBS pelas cores: vermelho, roxo e lilás e laranja; as onze ENASF pelas letras de A a K, as três ESF pelas flores: Girassol, Margarida, Jasmim. Os trabalhadores da saúde dos Nasf estão identificados por sua especialidade, sendo que na ENASF da Observação Participante foi adotada a letra S (Sujeito de pesquisa) seguida de um número: S1, S2, S3, S4, S5 e S6. Importa destacar que, na consolidação dos

questionários, os médicos especialistas dos Nasf foram agrupados na denominação única de médicos, para evitar a identificação, posto que são quatro especialidades distintas, distribuídas em apenas seis ENASF.

Os participantes da pesquisa não tiveram outros benefícios diretos que não uma oportunidade de reflexão sobre seu processo de trabalho e possível sensação de contribuição para a superação de fatores críticos da área. Por outro lado, o trabalho tem potencial para trazer benefícios institucionais e sociais muito relevantes a partir da identificação de demandas de apoio técnico, pedagógico e institucional, que necessitam ser desenvolvidos para a qualificação das atividades das equipes de AB do DF.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentados no Quadro 5 os resultados obtidos mediante os objetivos específicos do estudo. Por sua vez, o Quadro 6 apresenta resultados não previstos nos objetivos, que surgiram em decorrência da natureza exploratória da pesquisa.

Quadro 5 – Correspondência entre objetivos específicos e resultados obtidos no estudo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS OBTIDOS
Compreender o que pensam e como agem os profissionais e gestores dos Nasf sobre as questões de saúde e doença relacionadas ao trabalho trazidas pelas equipes da APS.	Elaboração de síntese sobre a opinião dos gestores da AB do DF e profissionais dos Nasf quanto à importância da atenção à ST no âmbito da AB, com destaque para a percepção das repercussões do trabalho na vida dos usuários do SUS e às competências normativas previstas em documentos do MS.
Identificar as principais demandas referentes ao processo saúde-doença relacionadas ao trabalho e trazidas pelas equipes da AP às equipes dos Nasf.	Descrição de questões referidas ao processo saúde-doença relacionadas ao trabalho, como as condições de moradia, a violência e a informalidade, bem como das atividades mais comuns desenvolvidas pelas equipes de Nasf, por demanda ou não das equipes da AB, que têm relação com o processo saúde-trabalho-doença.
Identificar as potencialidades, desafios e sugestões das equipes do Nasf para o desenvolvimento do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador pelas equipes a AB.	Elaboração de proposta para o “Fascículo de Saúde do Trabalhador para o Caderno de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, que se encontra em construção pela equipe do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAB-SAS/MS), atendendo à demanda da própria equipe ao conhecer o trabalho desenvolvido.

Quadro 6 - Descrição de resultados não previstos obtidos com o estudo.

RESULTADOS NÃO PREVISTOS	DESCRIÇÃO
Sistematização da normativa do gestor federal do SUS sobre ST na AB e “papel atribuído ao Nasf” nesta temática.	Descrição das principais interfaces, atribuições e responsabilidades previstas nas orientações normativas presentes em documentos técnicos sobre a atenção integral à ST na AB, com destaque para os Nasf, tendo sido evidenciadas lacunas e ausências.

(Cont.)

(Cont.)

Identificação de importantes questões relativas à saúde do trabalhador da AB, como as condições e processos de trabalho.	Registro de um conjunto de informações recolhidas sobre o histórico da implantação das equipes dos Nasf no DF, a rotina das atividades desenvolvidas, a situação atual de trabalho como as condições e relações de trabalho, bem como as demandas desses profissionais enquanto trabalhadores.
Elaboração do Produto 2 – “Boletim de Saúde do Trabalhador e o desenvolvimento da APS no Distrito Federal: aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional”.	Características gerais do campo de estudo, o DF, foram organizadas como um Boletim, produto dessa Dissertação, destinado a subsidiar propostas institucionais de acolhimento a novos servidores, assim como processos de educação permanente que venham a ser desenvolvidos no âmbito da APS ou da saúde do trabalhador.

A sessão anterior descreveu a diversidade de técnicas utilizadas no estudo, o que resultou na obtenção dos resultados sintetizados nos Quadros 5 e 6. Entretanto, no sentido de permitir melhor compreensão dos conteúdos encontrados, optou-se por apresentá-los por temática e não por métodos e instrumentos utilizados.

Nesse sentido, foram organizadas duas seções para exposição dos resultados. De início, são apresentados os achados referentes aos aspectos históricos e situação atual de trabalho das equipes dos Nasf do DF; as condições de trabalho e demandas dos profissionais do Nasf enquanto trabalhadores; as relações de trabalho e o próprio trabalho nesses Núcleos. Em seguida estão descritas as demandas de apoio das equipes de Atenção Básica (EAB) aos Nasf sobre a ST e, por fim, as dificuldades e potencialidades para o matriciamento do Nasf em ST. Os resultados também estão apresentados no formato de dois produtos, elaborados com a finalidade de apoiar os processos de capacitação dos profissionais das equipes dos serviços de saúde:

a) Fascículo de Saúde do Trabalhador para o Caderno de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que se encontra em construção pela equipe do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAB-SAS/MS), atendendo à demanda da própria equipe ao conhecer o trabalho desenvolvido e

b) Boletim de Saúde do Trabalhador e o desenvolvimento da APS no Distrito Federal: aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional.

Cumprem-se dessa forma, integralmente os objetivos do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, de ensinar o resgate e a sistematização de conhecimentos que se originam no serviço de saúde e a ele retorna de modo a contribuir para o aperfeiçoamento de suas práticas.

Finalizando, serão identificados alguns limites do estudo.

5.1 Organização do trabalho dos Nasf no DF

Nessa subseção, inicialmente serão apresentados os aspectos históricos sobre a implementação dos Nasf no DF até o dezembro de 2013, em particular o Núcleo que foi acompanhado por esta pesquisadora durante a Observação Participante, uma vez que a forma com que se organizaram influencia o processo de trabalho das equipes.

Em seguida, serão relatados os registros feitos sobre as condições de trabalho desta ENASF e, por fim, o processo de trabalho observado e revelado mediante as técnicas empregadas.

5.1.1 Aspectos históricos e situação atual de trabalho das equipes dos Nasf no DF

O processo de implantação dos primeiros Nasf no DF ocorreu em janeiro de 2009, sendo que a primeira equipe foi oficializada um ano depois (RODRIGUEZ, LEÃO E SOUZA, 2014). Não foram identificados documentos com registros históricos sobre os antecedentes, entretanto relatos de gestoras da APS dão conta de que no período em que a Fundação Zerbini intermediava a contratação de profissionais da APS no DF, havia Equipes Matriciais de apoio às ESF, compostas por especialistas como psiquiatra, psicólogo, nutricionista, assistente social e farmacêutico, caracterizando-se como “embriões de Nasf”.

Esta pesquisadora ouviu relatos de componentes de uma dessas equipes, evidenciando-se que a prática de matriciamento já existia antes da implantação do Nasf no DF, tendo se iniciado com uma equipe composta por psiquiatra, psicóloga, assistente social e técnica de enfermagem. Além da realização de capacitação com apoio da Coordenação de Saúde Mental da SES/DF e criação da equipe, foram elaborados instrumentos de registro, como o formulário de consulta compartilhada, e definido o processo de trabalho junto às ESF apoiadas. Relatou-se o aumento do vínculo com a comunidade, a sensibilização dos profissionais para as questões de saúde mental, com

qualificação da identificação dos casos e da abordagem dos usuários; melhoras na adesão aos tratamentos e prevenção de crises. A respeito da relação entre as equipes, foi constatada a abertura de um canal de comunicação entre os profissionais, ampliando-se a capacidade de resolver problemas pelas equipes de ESF, diminuindo-se os encaminhamentos e a demanda reprimida.

Todavia, o processo de implementação dos Nasf no DF não observou todas as etapas definidas pelo Ministério da Saúde, pois a elaboração dos projetos de implantação das equipes não seguiram as diretrizes prescritas: as equipes de SF não participaram das discussões; os especialistas foram designados para os Nasf e somente depois foi redigido Projeto para o cadastramento e recebimento dos recursos do Ministério da Saúde, tendo sido adotado o critério único de disponibilidade de profissionais nas Regionais de Saúde. Esses depoimentos corroboram os achados de Rodriguez, Leão e Souza (2014).

As áreas técnicas participaram exclusivamente na designação de novos servidores, porém, sem discussão do processo de trabalho. Dessa forma, a identificação do perfil profissional para atuação no Nasf foi menos complexo no aproveitamento de servidores antigos, já conhecidos pela gestão. Patrocínio (2012) exemplifica a falta de conhecimento da ENASF de um município do Rio de Janeiro sobre o matriciamento ao relatar que, inicialmente, os profissionais realizavam apenas atendimentos individuais. Também não houve busca por experiências na rede que utilizassem a lógica do matriciamento, como tampouco ocorreu uma investigação das necessidades das equipes. O resultado foi que cada profissional do Nasf desenvolveu suas ações de forma isolada.

No presente estudo, observou-se que a capacitação para o trabalho foi considerada por muitos dos entrevistados como insuficiente, em particular no que se refere à abordagem dos determinantes da saúde, o que reflete na dificuldade para lidar com os problemas decorrentes das condições de vida no território, como a violência. A ausência de um processo de capacitação conduzido de modo sistemático não ensejou as mudanças esperadas no processo de trabalho desses profissionais e, em que pesem os recentes esforços dos gestores da APS, de certo modo isto repercute até os dias atuais. A maioria dos profissionais não se sente preparada para lidar com essas situações e se angustiam ou se envolvem demais ou não se envolvem, repercutindo sobre o cuidado à saúde.

Entre os fatores apontados pelos gestores entrevistados para que os Nasf implantados não estivessem, desde sua criação, alinhados com as diretrizes do

Ministério da Saúde destaca-se a fragilidade da estrutura organizacional da Atenção Primária no DF. Na época, a gestão da AB no nível central estava sob a responsabilidade de duas ou três pessoas: uma Diretoria de Atenção Primária com cinco Gerências e três profissionais na Gerência de Gestão, o que dificultava os processos de educação permanente e orientação, realizados de forma segmentada, muitas vezes sem a participação dos gestores das Regionais, que se sentiam descompromissados com as prescrições feitas.

A falta de um processo de trabalho definido para o Nasf permitia que os profissionais desenvolvessem suas atividades rotineiras nos ambulatórios, embora fossem cadastrados como equipe Nasf, e a SES/DF continuasse a receber os repasses financeiros do Ministério da Saúde. Com a criação da SAPS(DISTRITO FEDERAL, 2010c), foi designada uma servidora para coordenar os Nasf, no sentido de aperfeiçoar o funcionamento das equipes.

Segundo relato de uma das gestoras entrevistadas, no início as equipes eram formadas por profissionais da fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Posteriormente foram incluídos pediatras e ginecologistas que, embora já fossem servidores, fizeram concurso para novo vínculo, mas, de fato, não queriam compor os Nasf, talvez por desconhecimento sobre o que era esperado deles. Entretanto, alguns desses profissionais já tinham experiência em trabalhar com matriciamento, com consulta compartilhada, o que permitiu avançar no trabalho, apesar dos atropelos.

Diferentemente do que ocorreu no DF, na implantação dos 86 Nasf do município de São Paulo no ano de 2008, as cinco Coordenações Regionais de Saúde elencaram as categorias profissionais para compor os Nasf de suas regiões, tendo sido considerados o perfil epidemiológico, a quantificação de serviços instalados e estudos das principais demandas. De forma geral, houve a prioridade de contratação de profissionais de saúde mental, reabilitação, pediatria e ginecologia. Definiram-se, ainda, o perfil e qualificações esperadas dos profissionais, valorizando-se a experiência em Saúde Pública além do processo seletivo com entrevistas realizadas com a Assessoria Técnica da AB, Coordenações Regionais e Instituições Parceiras (SÃO PAULO, 2009).

No município de São Paulo houve um cronograma para acolhimento e capacitação dos novos profissionais dos Nasf, em que se apresentaram as regiões de suas lotações, com seus aspectos econômico-social, demográfico e perfil epidemiológico, bem como os equipamentos de saúde existentes na área. Em seguida, foram realizadas oficinas de integração entre os profissionais do Nasf e ESF vinculadas.

Posteriormente, realizou-se uma grande capacitação com a apresentação das diretrizes do SUS, protocolos da Secretaria Municipal de Saúde e os Programas prioritários (SÃO PAULO, 2009).

No DF, a partir de 2011, foi iniciado um movimento de reorganização do trabalho dos Nasf, desencadeado pelo nível central da APS, juntamente com gestores Regionais. Essa reorganização possibilitou a mudança de lotação para aqueles profissionais que não se identificavam com a proposta de trabalho.

Nesse processo, foram implantadas apenas duas novas equipes de Nasf em 2013, o que explicita o não cumprimento da meta estabelecida no Plano Distrital de Atenção Primária, para o período de 2012-2015, que previa a habilitação de 40 equipes de Nasf até o final de 2013 (DISTRITO FEDERAL, 2012a). Atualmente, a constituição de novas equipes de Nasf depende da realização de concurso para as diversas carreiras do cargo de Especialistas em Saúde. Ao ingressarem no Nasf, os novos profissionais participam de uma Oficina realizada em três encontros, sendo o primeiro com os gestores e representantes das ESF vinculadas, com o objetivo de harmonizar o entendimento sobre os respectivos papéis e responsabilidades na lógica do AM.

Em dezembro de 2013 apenas 11 equipes de Nasf estavam em funcionamento no DF, contando com a participação de 62 profissionais de nível superior, sendo 12 fisioterapeutas; 11 nutricionistas; 10 assistentes sociais; sete fonoaudiólogos; sete terapeutas ocupacionais; seis psicólogos; três farmacêuticos; um médico homeopata; quatro pediatras e um ginecologista. Essas 11 equipes de Nasf têm sob sua responsabilidade o apoio a 110 ESF, ou seja, uma população a ser coberta de cerca de 385.000 pessoas.

Assim, para algumas equipes de Nasf do DF, o número de equipes de SF a serem matriciadas ultrapassa a meta estabelecida pela Portaria nº 3.124/2012 que estabelece a quantidade mínima e máxima de ESF e/ou equipes de AB para populações específicas para cada modalidade de Nasf. Esta Portaria define que para o Nasf1 o mínimo de cinco e máximo de nove ESF; para o Nasf 2, mínimo de três e o máximo de quatro e para o Nasf 3, mínimo de uma e máximo de duas equipes. (BRASIL, 2012d). Esta situação necessita ser adequada pela gestão da AB no DF.

Observa-se que, das 15 Coordenações Gerais de Saúde, oito abrigavam unidades de Nasf e que, das 11 equipes de Nasf existentes, apenas sete estavam cadastradas junto

ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)⁴, coordenado pelo Ministério da Saúde. De acordo com os normativos relativos a esses Núcleos, o Ministério da Saúde tem incentivos financeiros para equipes de Nasf e define o passo a passo para a sua implantação, que inclui o cadastramento dos profissionais no SCNES (BRASIL, 2012d). Esse cadastramento deve ser realizado e atualizado pelas Coordenações de Saúde das Regionais, sendo que a Coordenação dos Nasf monitora esse procedimento.

Serão descritos a seguir aspectos das condições de trabalho dos servidores do Nasf; das relações profissionais e do processo de trabalho; do registro e acompanhamento das atividades desenvolvidas.

5.1.2 Condições de trabalho e demandas dos profissionais

Importa destacar que, nas discussões com os profissionais das equipes da maioria dos locais de realização do estudo, apareceu fortemente a questão das condições de trabalho e as demandas de saúde do trabalhador servidor da APS.

Observou-se que algumas equipes trabalham em condições muito precárias como as instalações físicas dos locais que não são próprios da Secretaria de Saúde, a falta de equipamentos mínimos, de conforto e higiene - como pias e banheiros, tendo sido relatada a presença de mofo entre outros exemplos. Também foram citados: o reduzido espaço físico na UBS de lotação da ENASF, a falta de local próprio para a realização dos atendimentos individuais dos grupos e das reuniões com as ESF, assim como a dificuldade de realizarem visita domiciliar e a não efetivação plena da metodologia de trabalho prevista para o Nasf.

No estudo de Lancman e Barros (2012), foram apontadas divergências sobre a conveniência da ENASF ter sala própria, um fator que pode propiciar o isolamento desta equipe com as ESF e demais profissionais das UBS. Porém, houve unanimidade sobre a falta de espaço para atividades coletivas: “já tivemos que sentar no corredor para fazer reunião”.

⁴O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. Dispõe de um vasto conteúdo de informações, proporcionando ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade, imprescindíveis nos processos de planejamento em saúde, regulação, avaliação, controle e auditoria, bem como dar maior visibilidade ao controle social para o melhor desempenho de suas funções (BRASIL, 2006c).

Uma das equipes relatou que, além da violência e a precária condição de vida da população, os profissionais da APS também trabalham em condições inadequadas, sem espaço físico para abordagens em grupo, consultórios sem pia, inexistência de computador e telefone. Foi relatada, ainda, a dificuldade para se locomoverem até à UBS e frequentes ameaças por parte da população.

Alguns desafios estruturais foram apontados pelos participantes, como a dificuldade no desenvolvimento de ações para o enfrentamento da negligência com crianças e idosos. Nesse sentido, parece haver algum grau de resistência de alguns profissionais em desenvolver atividades fora do espaço da UBS e em regiões de maior vulnerabilidade social, exatamente os locais onde mais se caracteriza a diminuição da capacidade dos indivíduos de se precaverem contra ameaças à saúde.

O enfrentamento dessa realidade parece repercutir na saúde mental dos profissionais da APS. A participante S3 da ENASF observada alertou sobre a alta demanda de acompanhamento psicológico por parte dos próprios servidores das UBS daquela Regional.

Eu acho que a Secretaria peca muito em relação a não dar um apoio de saúde aos servidores, não só de saúde mental. [...] Nós temos um núcleo de saúde do trabalhador (subordinado à Saúde Ocupacional da SES/DF) que, ao meu ver, é muito falho [...] A dificuldade de ter, por exemplo, um atendimento psicológico, psiquiátrico no campo da Secretaria de Saúde. [...] Precisa discutir essa questão, ampliar o atendimento aos servidores, para que eles possam ter esse apoio [...]. Precisa urgente de um núcleo de saúde mental, porque a maior parte do adoecimento que agente tem percebido entre nossos colegas, é da saúde mental não é do campo da saúde física, e que acaba gerando complicações físicas por questões emocionais. (S3).

A profissional S1 relatou que, quando iniciou a implantação da APS e Nasf nessa Regional, o processo de mudança foi muito rápido e “explosivo [...] então muitos profissionais adoeceram mesmo e ainda estão adoecidos” Foi relatada a existência de muitos atestados e licenças e que recebe muitas solicitações para atender aos servidores e tem importante desconforto em lidar com essa realidade, como se observa na fala de S3: “A gente sabe que todos os profissionais da saúde ficam mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, pela sobrecarga de trabalho - tem aquela questão da Síndrome de Burnout [...]”.

Pena e Minayo-Gomez (2010) ressaltam que os trabalhadores do setor de serviços são “portadores de capital simbólico que compõe a sua força de trabalho, cuja produção e gestão desse capital envolvem esforços e cargas de trabalho que podem repercutir na saúde”. Nesse sentido, estes autores concluem pela necessidade de

estabelecer interfaces entre as condições de trabalhador e de consumo saudáveis, “por meio da solidariedade na preservação da saúde, na abordagem ergonômica e na prevenção de riscos”.

O estudo de Leal (2014) evidencia com detalhes singularidades sintomáticas dos trabalhadores da eSF, a partir da revelação de sentimentos vivenciados no enfrentamento de mudanças práticas no processo de trabalho, em que, além do adoecimento, apareceram o sofrimento, a angústia/tristeza, revolta, medo, decepção/frustração, desmotivação, maltrato/desrespeito e esperança/fé.

O documento do município de São Paulo que orienta o trabalho dos Nasf destaca a necessidade de um cuidado técnico e terapêutico para com o ACS, que “deve ser contemplado com espaços de escutas e ações que ‘cuidem do cuidador’, a exemplo da terapia comunitária, ajudando-o a enfrentar e superar os desafios e adversidades de seu território (SÃO PAULO, 2009).

Observa-se a seguir a dificuldade de uma participante desta pesquisa em lidar com as demandas dos próprios servidores:

[...] nós aqui ficamos numa situação difícil, porque [...] *vou ter* ao mesmo tempo uma relação de médico paciente e também de colega? Acho que fica um pouco complicado até do ponto de vista ético, *né*? Eu acho que os próprios colegas servidores ainda não compreenderam muito bem qual é o papel da psicologia no SUS [...] Então eu acho que é algo que transcende a atuação de Nasf. [...] Agora, dizer *pra* você que eu nunca fiz nenhum atendimento eu *vou tá mentido*. O quê que eu faço? Faço orientações: “olha tem em tal lugar, você pode procurar”. Já fiz [...] de um filho de uma servidora, fiz de uma servidora também. Então tenho feito sim alguns atendimentos, mas com esse intuito de avaliação, orientação e encaminhamento. [...](S3).

Verifica-se mais uma vez a precária comunicação entre os serviços da SES/DF na fala seguinte de S3, em que relatou ter sido surpreendida positivamente quando porventura descobriu que há duas psicólogas para o atendimento de servidores no Hospital da Regional.

Ficamos sabendo por acaso que agente *tá* com um apoio mínimo no hospital (da Regional), onde existem no Núcleo de Medicina do Trabalho duas psicólogas, que estão dando apoio psicológico aos servidores. Então, agora fico mais tranquila, porque quando têm aparecido demandas de servidor do ponto de vista psicológico agente tem encaminhado *pra* lá. (S3)

Na revisão bibliográfica de Chiavegatto (2010) também foi encontrada alta frequência de relatos de estresse, Burnout e saúde mental entre médicos generalistas. Essa autora considera esse um ponto importante, pois oferece oportunidade única para

aumentar o interesse dos profissionais da APS nos processos de aprendizagem sobre saúde do trabalhador.

Vale destacar, ainda, o relato das entrevistadas do presente estudo sobre a alta rotatividade dos profissionais da APS, sobretudo de médicos, que parece estar relacionada ao enfrentamento das questões estruturais em que vivem a comunidade onde atuam. Este achado vai ao encontro do Relatório do Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade:

Constata-se que a distribuição, provimento e fixação de profissionais de saúde é inversamente proporcional à problemática de saúde de uma dada população. [...] as áreas de vulnerabilidade de saúde também são as áreas de vulnerabilidade social, financeira, de violência, desintegradas do restante do país. É importante reconhecer que não é somente uma questão de acesso geográfico à saúde (BRASIL, 2012g).

Ao relatarem sobre as dificuldades estruturais que perpassam a efetividade do papel da APS no SUS, Dias e Lacerda-Silva (2013b) identificaram a alta rotatividade dos profissionais, particularmente dos médicos, relacionada à desvalorização social traduzida na ausência de um plano de carreira. Por sua vez, o estudo de Patrocínio (2012) em dois Nasf de municípios do Rio de Janeiro também relata a dificuldade na fixação de profissionais, sendo que, nesse caso o problema parece também estar relacionado à fragilidade dos vínculos de trabalho, com formas precárias de seleção e contratação, além dos baixos valores de remuneração.

5.1.3 *Relações profissionais e o trabalho no Nasf*

As técnicas e instrumentos utilizados por esta pesquisadora permitiram identificar algumas das dificuldades que permeiam o processo de trabalho das equipes de Nasf no DF.

Inicialmente, chamou atenção o relato de que algumas das equipes da eSF da Regional de Saúde observada tenham sido implantadas intempestivamente, sem critérios claramente definidos para a lotação dos servidores.

Esse processo de conversão das equipes de AB tradicionais em ESF parece ter sido marcado por improvisações que geraram conflitos. A implantação da ENASF observada também envolveu disputa de área física da unidade, problemas no fornecimento de equipamentos e materiais para o desenvolvimento das atividades. Lancman e Barros (2012) também relatam falta de materiais para realização de algumas

atividades, bem como local apropriado para a guarda e transporte até os locais das ações.

Importante dificultador do trabalho é a burocracia e instabilidade no fornecimento de transporte da equipe para as atividades externas, o que interfere no planejamento da agenda da equipe, sobretudo para atividades na área rural, uma vez que na área urbana (escolas, domicílio e outras UBS) os profissionais se deslocam com seus próprios veículos.

Em que pese a Lei do regime jurídico dos servidores do DF prever a indenização de transporte para servidor que realiza despesas com a utilização de meio próprio de locomoção para a execução de serviços externos, por força das atribuições próprias do cargo, uma das entrevistadas relatou que os profissionais do Nasf não usufruem desse benefício.

Além do problema com o transporte, existem, ainda, dificuldades relacionadas aos meios de comunicação entre profissionais e entre equipes, que são principalmente por telefone celular pessoal ou e-mail - quando há computador e internet na UBS. Esses achados também foram identificados no estudo de Lancman e Barros (2012).

Observa-se, pelos Relatórios Mensais de Atividades dos Nasf do DF, que existem rotinas no processo de trabalho das ENASF que se repetem, como as reuniões dos profissionais da própria equipe, os encontros entre estes profissionais e as ESF, os grupos temáticos e algumas reuniões institucionais. Entretanto, o atendimento individual e as atividades específicas de cada ocupação são variáveis.

Na opinião dos gestores entrevistados no presente estudo, o trabalho em equipe representa um dos grandes desafios para o trabalho dos Nasf. Entretanto, frequentemente falta definição clara dos papéis, gerando conflitos entre os profissionais. Verificou-se na Observação Participante que o reconhecimento da proposta do Nasf encontra resistência por parte de membros das equipes desses Núcleos pouco familiarizados com a estratégia de AM, e também por parte de profissionais das ESF. Parece haver falha também no reconhecimento da função do gestor, responsável pela condução dos processos de esclarecimento dos papéis dos profissionais, das equipes e dos serviços da APS. Rodriguez, Leão e Souza (2014) apontam repetidos relatos de seus entrevistados (gestores da APS do DF) sobre a ausência de integração entre os diversos profissionais envolvidos nas atividades do Nasf observado no DF, o que se repercutiu por longa data.

Oliveira (2013) observou que as reuniões da ENASF parecem estar desqualificadas pela forma como se organiza o trabalho: “ficam tomadas pelos aspectos burocráticos do trabalho, pois os profissionais aproveitam este momento para o preenchimento de fichas e de folhas de produção, redação de relatórios, entre outros.” A citada autora identificou também a dominação de determinadas categorias profissionais sobre outras, empobrecendo a possibilidade de trocas de saberes e experiências. Nesse sentido, Lancman e Barros (2012) relatam a percepção de ameaça por alguns profissionais, diante do desafio da transdisciplinaridade, em que são testados seus conhecimentos, sendo que, para outros, configura-se um desafio positivo. No citado estudo, identificou-se que alguns profissionais da eSF entendem que o Nasf foi criado para supervisionar o trabalho das equipes.

Oliveira (2013) relata que também parece haver um choque de expectativas relacionado à construção do trabalho: “Os profissionais do Nasf afirmam a dificuldade de aceitação dos profissionais da eSF em trabalhar a partir da ideia de corresponsabilização, solicitando a realização de atendimentos individualizados e especializados, o que condiz com a lógica de encaminhamentos”.

A atividade compartilhada mais valorizada na APS do DF parece ser a reunião programada mensalmente entre os profissionais da EAB e a ENASF. Nas visitas domiciliares os profissionais do Nasf geralmente são acompanhados pelo ACS da microárea. Os grupos também deveriam ser momentos privilegiados de atuação conjunta, sobretudo nas ações educativas e preventivas. Entretanto, neste estudo identificou-se que raramente essa atividade é compartilhada com algum profissional das ESF.

Essa realidade parece ser comum, como relatada por Lancman e Barros (2012). Essas autoras justificam este fato devido à grande demanda de atendimentos clínicos para as ESF, mas também em função das diferenças entre os modelos de gestão do trabalho das duas equipes.

A modalidade assistencial do AM também é realizada pelas ENASF, como avaliações e atendimentos pelos especialistas, em que o profissional identifica se há necessidade de uma intervenção específica. Quanto à origem dos casos atendidos pelos Nasf do DF, uma das entrevistadas acredita que cerca de 90% são encaminhados pelas equipes de SF.

Os profissionais da ENASF observada informaram que muitas vezes aceitam os encaminhamentos para atendimentos sem pactuação anterior ou sem terem sido

obedecidos os fluxos pactuados, mas sempre esclarecendo que não é este o papel do Nasf. No estudo de Patrocínio (2012) atitude inversa foi observada em uma das equipes de Nasf devido à falta de compreensão da modalidade assistencial do AM, ao se recusar a atender aos encaminhamentos de usuários das ESF, o que gerou conflitos no momento inicial de implantação desse Núcleo.

Com relação à organização do trabalho do Nasf F (objeto da Observação Participante), identificou-se que o principal ponto de partida é, de fato, a discussão de casos nas reuniões com as ESF vinculadas ou reuniões da própria ENASF. Esses achados coincidem com os resultados de Lancman e Barros (2012).

Soleman (2012) identificou que o fluxo esperado é que os casos sejam previamente acolhidos e discutidos entre os profissionais das ESF. Porém, também ocorre o fluxo contrário, em que os casos chegam aos Nasf por demanda de outros serviços intra ou intersetoriais e são compartilhados nas reuniões com as ESF.

Na percepção dos gestores da APS do DF, os encaminhamentos para atendimento individual representam cerca de 50% da demanda que chega aos Nasf, o que parece estar relacionado à formação dos especialistas desses Núcleos e dos profissionais da ESF, mais direcionada ao modelo tradicional de atenção.

O estudo de Oliveira (2013) houve relato de dificuldades da ENASF na realização de atendimentos compartilhados devido ao excesso de demandas por atendimentos individualizados, falta de tempo, incompatibilidade de agendas entre os profissionais da equipe de apoio e equipes de referência.

Na opinião de uma das entrevistadas, as ações de matriciamento correspondem a cerca de 30% das atividades dos profissionais dos Nasf. Entretanto, os encontros da ENASF F com as ESF ocupam grande parte da jornada de trabalho dos profissionais do Nasf e parecem ser fundamentais para a concretização do AM. Os profissionais deste Núcleo parecem ter clareza de seu papel, mas não desejam “atropelar” as ESF vinculadas.

Existem, ainda, demandas recorrentes de casos que necessitam intervenções urgentes, com destaque para situações de violência, famílias com dependentes químicos e adoecimento mental. Na atual gestão da APS no DF a orientação é que, mesmo em casos de urgência, o direcionamento dos usuários das ESF para o Nasf deve ser pactuado com estes profissionais.

Essas urgências somadas, à dificuldade de referenciar os usuários para serviços de atenção secundária e manter a coordenação do cuidado, parecem dificultar a discussão de PTS ou de PST.

Como anteriormente mencionado, a discussão de projetos terapêuticos entre ENASF e ESF são momentos importantes para que a equipe consiga perceber suas potencialidades e dificuldades, compartilhar o cuidado e responsabilidades. O processo de discussão do PTS pode ser um importante espaço de aprendizado para todos os envolvidos, pois possibilita que profissionais ultrapassem a barreira da disciplina e consigam ofertar cuidado integral.

No entanto, o processo de elaboração de um PTS exige clima favorável ao diálogo, em que o reconhecimento de limites é decisivo para invenção de possibilidades. É fundamental pensar em novas possibilidades e estar aberto para inventar outros jeitos de cuidar. O PTS exige a horizontalização das relações e o enfrentamento da cultura de poder de uma profissão em relação às outras, o “peso da hierarquia, que tem respaldo não somente na organização, mas também nas valorizações sociais entre as diferentes corporações, pode impedir um diálogo real em que pensamentos e sentimentos possam ser livremente expressados.” (BRASIL, 2008d).

No estudo de Soleman (2012), o principal critério para a definição dos profissionais das ESF e ENASF que devem compor as ações compartilhadas é a pertinência de determinadas categorias na ação, bem como a disponibilidade, não apenas relacionada à agenda, mas também à disposição pessoal dos profissionais para o trabalho compartilhado e para determinadas ações. Lancman e Barros (2012) identificaram que os profissionais do Nasf se dividem em trios de referência para o apoio às ESF.

A realização de rodízio entre as ESF vinculadas é uma orientação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sendo que as diferentes categorias profissionais do Nasf devem apoiar todas as equipes alternando-se entre si (SÃO PAULO, 2009).

No que se refere ao relacionamento das equipes do Nasf com os ACS, identificou-se no DF que estes são os membros das equipes da APS que recebem as orientações de forma mais tranquila e demonstram mais interesse. Segundo um dos entrevistados o agente comunitário vê no profissional do Nasf um “socorro”, para melhorar a qualidade e a resolutividade de seu trabalho.

Os relatos de Lancman e Barros (2012) revelam que os ACS se mostram mais abertos “por se colocarem no lugar do não saber”, enquanto que outros profissionais entendem que, por serem técnicos, têm mais poder de argumentação. As citadas autoras acrescentam que algumas equipes se colocam em uma hierarquia do conhecimento e outras em uma relação mais horizontal. Cunha e Campos (2011) asseveram que “dentro das próprias equipes de saúde existe uma tendência de pouco diálogo interdisciplinar, já que são estruturadas em relações de poder excessivamente assimétricas”.

Sobre o relacionamento dos profissionais do Nasf com os médicos, as entrevistadas expressaram dificuldades recíprocas para realização do atendimento compartilhado, permeadas pela falta de reconhecimento de seus papéis e também de maior resistência por parte desses profissionais.

Quanto ao relacionamento da ENASF com enfermeiros das equipes de SF, a relação flui mais facilmente, uma vez que em geral eles são os Coordenadores das ESF. Entretanto, também não há isenção de conflitos. Na fala de uma gestora, parece que “para eles ainda não deu o estalo sobre o papel do Nasf como apoiador de sua equipe”. Muitas vezes a equipe quer transferir o que é de responsabilidade dela para equipe do Nasf. Verifica-se que ainda não se conseguiu estabelecer o critério de vínculo do usuário com um técnico de referência na APS para o seguimento dos casos.

No estudo de Patrocínio (2012), os entrevistados consideram positiva a relação dos Nasf com as ESF, apesar de ainda faltar um discernimento mais claro do papel dos apoiadores. Essa autora revela que, em um dos Nasf estudados, as agendas dos profissionais do Núcleo são discutidas em conjunto com as ESF, enquanto que no Nasf de outro município, cada especialista elabora sua agenda de forma isolada, sem conhecimento prévio das demandas das equipes vinculadas, refletindo a ausência do trabalho multiprofissional.

Sobre o relacionamento com a gestão das Unidades de Saúde onde as equipes do Nasf estão instaladas, observou-se que o nível central da APS no DF orienta que esses gestores desenvolvam um papel administrativo, que inclui o monitoramento do trabalho do Nasf, mas também que sejam um referencial técnico e de apoio à ENASF. Porém, este entendimento é diferente em cada Regional de Saúde e a situação se agrava quando há omissão do gestor local quanto ao reconhecimento do papel do Nasf.

Esses resultados vêm ao encontro dos achados de Rodriguez, Leão e Souza (2014), em estudo sobre um Nasf do DF, que demonstram o agravamento dessa situação mediante a troca de governo e, conseqüentemente, de gestores.

Por sua vez, o estudo de Patrocínio (2012) revelou desconhecimento de gestores e profissionais sobre a inovadora proposta de trabalho do Nasf quando de sua implantação em um dos municípios do Rio de Janeiro, sendo que isso também foi agravado pela troca de governo e de gestores da saúde, uma vez que o projeto destinado ao Ministério da Saúde para cadastramento das equipes foi elaborado por um grupo e a estruturação da equipe por outras pessoas.

Para facilitar a relação do Nasf com a gestão da APS no nível regional, tem sido sugerida a formação de Colegiados de Gestão com representantes dos Nasf e das outras modalidades de equipes de APS para minimizar e resolver os conflitos.

Identificou-se nesta pesquisa o importante papel da Coordenação dos Nasf no DF, tendo sido elemento decisivo para a permanência de profissionais nas equipes no início da implantação da lógica de AM nesses Núcleos. Vale destacar que essa função esteve sem designação de servidor durante quase todo o ano de 2013.

O documento do município de São Paulo que trata das diretrizes para os Nasf destaca a conquista desse cargo, que tem papel fundamental de “nucleação das equipes Nasf e de facilitador da interação das equipes SF, com foco na promoção da transdisciplinaridade e ordenação do processo de trabalho” (SÃO PAULO, 2009).

Durante a reunião de devolução dos resultados preliminares deste estudo, verificou-se a persistência desses conflitos, evidenciando a necessidade de que tanto as ESF quanto as ENASF precisam avançar juntas no entendimento do que seja matriciamento.

Assim, além da necessidade de fortalecimento das equipes e responsabilização dos gestores, para que o Nasf possa realizar bem seu trabalho, estando assentado na atuação de equipe formada por profissionais que nas respectivas formações acadêmicas tiveram pouca ou nenhuma oportunidade de trabalhar na lógica do AM, é necessário fortalecer processos de educação permanente em serviço, que devem contemplar tanto as equipes da SF como as dos Nasf.

Chiavegatto apresenta importante distinção entre capacitação e educação permanente:

A educação permanente é mais ampla e engloba diversas ações de capacitação cujos resultados promovem mudança organizacional. A capacitação isoladamente pode não resultar na 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 (CHIAVEGATTO, 2010).

Nesse sentido, a psicóloga da ENASF F informou que pretende sugerir que os psicólogos dos Nasf do DF iniciem uma discussão de seus processos de trabalho, inclusive porque há colegas que vieram da iniciativa privada e não foram preparados para atuar na saúde pública.

Foi ressaltada na fala dos participantes da pesquisa a importância do diálogo e da construção conjunta dos processos de trabalho, não apenas com a equipe da UBS, mas com outros pontos de Atenção à Saúde na rede. Observou-se que, na prática, há um desconhecimento dos fluxos e até da existência de pontos de apoio na RAS para as diversas demandas que aparecem aos Nasf, caracterizando a falta de informação e comunicação entre os serviços de saúde.

Patrocínio (2012) também verificou um trabalho de articulação com a rede de atenção ainda incipiente em ambos os Nasf estudados, tendo sido relatado, inclusive, recusa de alguns serviços em receber encaminhamentos de especialistas dos Núcleos, exceto dos serviços de saúde mental.

Cunha e Campos (2011) apontam que, de fato, “verifica-se no SUS pouca permeabilidade de serviços especializados ao contato direto com profissionais da Atenção Básica”.

No DF, foi relatado a esta pesquisadora que as maiores demandas de encaminhamento são solicitações de exames, consultas especializadas, como cirurgia, endocrinologia e pediatria secundária e terciária. Observou-se importante demanda para serviços de saúde mental, sendo que não há Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) na regional de saúde do Nasf acompanhado por esta pesquisadora.

Campos e Cunha (2011) apontam que problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induzem à utilização equivocada dos Nasf como forma substituta, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão de sua função. “Além disso, na medida em que outros serviços especializados ainda não praticam o AM, o trabalho das equipes do Nasf é maior, tanto pelo aprendizado mútuo quanto pelo isolamento que a atenção primária experimenta na relação com a rede assistencial” (CAMPOS e CUNHA, 2011, p. 968).

A respeito da articulação intersetorial, foram descritas iniciativas junto a escolas, Conselhos Tutelares, Centros de Referência Especializados de Assistência Social, Defensoria Pública e Ministério Público, no sentido de solucionar problemas mais relacionados à violência, consumo de drogas e problemas mentais.

Patrocínio (2012) relatou que um dos Nasf estudados ainda não tem contatos formais com outros setores, nem mesmo com escolas, embora os entrevistados as considerem potencial parceiro para as atividades nos territórios.

Lancman e Barros (2012) destacam que a equipe do Nasf por elas estudada articula os recursos e equipamentos não apenas intrasetorialmente, mas também do setor educação, esporte, lazer e até da comunidade, por intermédio de reuniões, contatos telefônicos, discussão e acompanhamento de casos.

5.1.4 Registro e monitoramento das atividades do Nasf

Sobre o registro e acompanhamento das atividades das equipes do Nasf, os profissionais disponibilizam sua programação semanal para os gestores regionais e para as equipes de SF vinculadas e utilizam o formulário de registro da produção comum para toda rede, o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que é individual e exige código específico da especialidade, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações, para sua validação. A produção registrada no BPA é lançada do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) do Ministério da Saúde, para efeito de faturamento. Entretanto, o SIA-SUS não disponibiliza códigos para todos os procedimentos realizados pelos profissionais do Nasf, como o atendimento compartilhado. Vale destacar que, de acordo com relato de uma das gestoras entrevistadas, as informações do BPA não são analisadas pela Subsecretaria de Atenção Primária, ficando restritas à Subsecretaria de Planejamento, Avaliação e Controle da SES/DF.

O documento de diretrizes para os Nasf do município de São Paulo informa sobre a existência de um aplicativo em Excel denominado SIGMA, em que são digitadas todas as atividades desenvolvidas por esses Núcleos, tendo sido criados formulários para o registro dos procedimentos com registro BPA e para as atividades em grupo, além do instrumento de consolidação das informações, semelhante à ficha D das ESF (SÃO PAULO, 2009).

Rodriguez, Leão e Souza (2014) conduziram pesquisa qualitativa sobre o monitoramento e supervisão de um Nasf do DF e destacaram que a esfera de gestão federal do SUS parece acompanhar os Nasf exclusivamente pelo SCNES, sistema que disponibiliza apenas informações de cadastro desses serviços, sendo atribuído ao nível municipal o monitoramento sistemático das atividades desenvolvidas pelos Nasf, podendo propor seus próprios indicadores. O Ministério da Saúde pretende modificar

essa realidade com a implementação do PMAQ, que disponibiliza desde 2013 um módulo específico de autoavaliação para os Nasf.

Em 2013 o Ministério da Saúde publicou o Manual da AMAQ-NASF. Apesar de apenas duas equipes do Nasf do DF terem aderido ao PMAQ, em 2013, a orientação da gestão do nível central da APS é que todos os Nasf realizem a autoavaliação proposta nesse instrumento do Ministério da Saúde.

Quanto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), as informações recolhidas são de que não há nenhum formulário específico para os Nasf. Embora seja utilizada a ficha das ESF, denominada Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação - PMA-2, é possível identificar apenas a equipe e não o especialista responsável. Os profissionais podem registrar os atendimentos individuais, em grupo e as visitas, porém, não há campo para indicar se as atividades foram compartilhadas. Desse modo, esses registros não permitem avaliar os profissionais, sobretudo nas atividades de educação em saúde, em que são agregadas as produtividades de todos os profissionais da eSF.

Assim, Rodriguez, Leão e Souza (2014) verificaram em 2011 que não havia no DF um sistema de registro que contemplasse todas as ações realizadas pelos Nasf em nenhuma das três esferas de gestão do SUS. Essa realidade, somada à falta de pessoal para análise dos dados, se refletia na ausência de indicadores específicos para acompanhar o trabalho desses Núcleos.

Essa observação também foi apontada em estudo nos municípios do estado do Rio de Janeiro (PATROCÍNIO, 2012), em que um dos gestores entrevistados critica a criação do Nasf pelo Ministério da Saúde, sem oferecer aos municípios um sistema de informação para registro e análise do trabalho dessa equipe.

Nesse sentido, com o objetivo de melhorar os registros e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos profissionais, a Coordenação dos Nasf elaborou em 2011 um modelo de Relatório Mensal de atividades. Dessa forma, todo mês as ENASF relatam suas atividades nesse documento, que é encaminhado para os gestores das UBS e da APS dos níveis regional e central, sem que haja consolidação dos dados informados. Assim, tentativas de monitoramento das ações dos Nasf, conduzidas especialmente pela Coordenação dos Nasf, fundamentam-se exclusivamente nesse formulário, que está sendo novamente revisado em reuniões com as ENASF, com objetivo de estabelecer intervalos de metas a serem alcançadas, considerando-se as atividades desenvolvidas e a carga horária dos profissionais.

Porém, não há Relatório Anual e a participação na elaboração do planejamento das atividades da UBS ocorre apenas se e quando a gestão regional convida. Também não existem metas e indicadores para acompanhar os Nasf.

Os entrevistados de Rodriguez, Leão e Souza (2014) foram unânimes ao apontar que, qualquer que seja o registro da produção dos Nasf, há necessidade de pactuação do instrumento e dos mecanismos de avaliação com os profissionais e gestores envolvidos. Esse estudo apontou o entendimento de que mesmo quando há indicadores, nem sempre são eficazes para subsidiar a tomada de decisões, por falta de comprometimento dos profissionais com a informação gerada e o consequente descrédito nela.

Nascimento e Oliveira (2010) acreditam que a proposta do Nasf busca romper com a lógica de alcance de metas numéricas e procedimentos pré-determinados sem a devida reflexão sobre a qualidade das ações, o aumento da capacidade resolutiva das equipes e o esforço necessário para o enfrentamento das condições relacionadas à morbimortalidade dos usuários e comunidade.

O documento norteador dos Nasf do município de São Paulo parece propor medidas intermediárias, vez que demonstra a necessidade de padronizar o trabalho nesses Núcleos, tendo sido definidos alguns parâmetros para organização das agendas e das atividades com as devidas adequações locais, mas prioriza a qualidade das ações (SÃO PAULO, 2009).

As atividades foram distribuídas em quatro eixos: ações compartilhadas, atendimento específico, ações intersetoriais e outras atividades. Foram propostos intervalos de metas para atuação da equipe como um todo, mas também para as diferentes categorias profissionais, com divisão proporcional da carga horária para cada modalidade de ação, sendo que há ficha de registro específica para cada uma das categorias profissionais. (SÃO PAULO, 2009).

Entretanto, no DF permanece a inexistência de um sistema de informação que contemple as necessidades de registros dos profissionais da AB, o que deve ser solucionado com a progressiva implantação do e-SUS⁵ da AB, um sistema do Ministério da Saúde com coleta de dados simplificada.

⁵ O e-SUS Atenção Básica é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar as informações em nível nacional, que faz referência ao processo de informatização qualificada do setor saúde, em busca de um SUS eletrônico. Sua implantação exigirá o estabelecimento de novos fluxos de informação, eficiência no processamento de dados, definição de indicadores mensuráveis para análise e discussão dos resultados obtidos pela AB. Fonte: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>

No sentido de aprimorar o acompanhamento das atividades das equipes da APS, a Gerência de Monitoramento e Avaliação (Gema) do nível central da APS no DF fez tentativas em 2006 e 2008 de demonstrar a necessidade de mudanças no sistema de monitoramento das equipes da APS. Em 2013 essa Gerência iniciou um novo projeto-piloto de planejamento conjunto em cinco Regionais de Saúde, a partir do diagnóstico local utilizando uma matriz de intervenção. Foi eleita uma UBS em cada Regional de Saúde para atuação direta da Gema, em parceria com a Gerência de Gestão, uma vez que estavam previstas mudanças no processo de trabalho. Em duas dessas Regionais de Saúde houve uma parceria da SES/DF com a Fiocruz de Brasília, a Universidade de Brasília e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, para o desenvolvimento de Apoio Institucional. De acordo com uma das entrevistadas, nessa nova proposta de monitoramento, a cada reunião local são registradas as demandas em uma matriz espelhada na matriz da AMAQ, tanto para as equipes e gestão da UBS quanto para a gestão da APS nos níveis regional e central. Até o momento final desta pesquisa, os resultados dessas iniciativas ainda não estavam sistematizados pela gestão da APS no DF.

5.2 Demandas de apoio das equipes da Atenção Básica aos Nasf envolvendo a Saúde do Trabalhador

Entre os problemas e demandas de intervenções no campo da saúde do trabalhador, uma das equipes da eSF definiu seu território como “cidade-dormitório”, com expansão da construção de quitinetes que abrigam trabalhadores sazonais, atraídos pela reconstrução do Estádio Nacional Mané Garrincha, bem como trabalhadores do setor de transporte, como caminhoneiros. Entre as demandas desses usuários destacam-se as lombalgias e os acidentes de trabalho. Na população adscrita predominam mulheres, uma vez que os homens “ou foram assassinados, ou presos ou estão trabalhando”. O mapa da área contempla, além dos domicílios, estabelecimentos como igrejas, creches, escolas, bares e comércio.

As dificuldades relatadas incluem o não preenchimento da Ficha D⁶ pelos ACS nas visitas que realizam. Embora existam erros de comando no registro de dados na

⁶ A Ficha D é um dos instrumentos mensais de coleta diária de dados da APS e se aplica a todos os profissionais das ESF, sendo que há campos específicos para determinadas categorias. Objetiva registrar

Ficha D, Dias, Lacerda-Silva e Almeida (2012) consideram que nela devem ser registradas as atividades, procedimentos e notificações que propiciem análise de situação de ST, como os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Outra questão é o relato da falta de retorno da consolidação dos dados coletados e enviados à pela Vigilância Epidemiológica, relativos às notificações efetuadas pelas equipes.

Verifica-se a importância do reconhecimento das repercussões do trabalho na vida dos trabalhadores e também da comunidade, como apontado por Dias e Lacerda-Silva:

Assim, quando se propõe contemplar as questões de Saúde do Trabalhador é necessário incorporar a este diagnóstico inicial duas informações básicas: que atividades produtivas são desenvolvidas nesse território e quem são os trabalhadores que ali residem (e, idealmente, ali trabalham). E, se possível, de que adoecem e morrem os trabalhadores que compõem a população adscrita no território de uma equipe de saúde. (DIAS e LACERDA-SILVA, 2013b).

Outra ESF descreveu seu território e o perfil da população de sua área, relatando a presença de um aterro sanitário, local de ocorrência de casos de acidentes com perfurações e macerações de dedos e mãos, nos trabalhadores que raramente utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPI). No território de outra ESF destacou-se a presença de famílias de imigrantes que exploram o lixão, observando-se crescimento populacional e urbanístico desordenado, poucos trabalhadores com vínculo formal de emprego, altas taxas de analfabetismo, violência, uso de drogas, negligência com as crianças.

Em outro território, descrito como sendo área de invasão e considerada a região mais pobre do DF, observam-se problemas estruturais de saneamento básico, com 2600 domicílios em barracos de madeirite construídos sobre um aterro sanitário. A população é flutuante e está em expansão desordenada, o que dificulta o cadastramento pelos ACS.

Sobre o atendimento de trabalhadores com queixas clínicas possivelmente relacionadas ao trabalho, uma das entrevistadas entende que o reconhecimento pelos profissionais do Nasf depende de haver uma capacitação prévia em ST.

Entretanto, na aplicação do questionário do presente estudo aos profissionais dos Nasf, esta pesquisadora encontrou amplo domínio das respostas “Concordo Totalmente”

atividades, procedimentos e notificações de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Os dados destas fichas devem ser inseridos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde. Fonte: SIAB-Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 1998d).

e “Concordo Parcialmente” para todas as questões que envolvem a participação dos Nasf no desenvolvimento de ações de ST, mediante sua prática de trabalho. Assim, a grande maioria dos entrevistados (98%) respondeu ser “Importante” ou “Indispensável” conhecer o diagnóstico da situação de saúde da população das equipes que apoia e avaliar o perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho que acometem os trabalhadores. O mesmo percentual foi identificado para a questão relativa à análise coletiva das demandas que envolvem as relações entre o trabalho e o processo de saúde-doença dos trabalhadores usuários do SUS e planejar as respostas.

Para 95% dos participantes deste estudo, incentivar a identificação pela ESF das características da população trabalhadora de seus territórios também é “Indispensável” ou “Importante”. Acrescenta-se que 22, 91% dos respondentes consideram “Importante” ou “Indispensável” a vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, com incentivo ao preenchimento do campo “ocupação” nos Sistemas de Informação.

Alto nível de concordância também foi identificado em relação a participar do planejamento, articulação e/ou execução de programas, projetos e/ou ações de vigilância, seja dos fatores de risco ocupacionais, por meio do apoio ao mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas nos territórios das equipes que seu Nasf apoia, bem como a orientação para a redução da exposição a estes fatores. Importância semelhante foi dada a ações de assistência à saúde do trabalhador, como apoio à conclusão dos diagnósticos e ao estabelecimento da relação dos agravos (doenças e acidentes) com o trabalho.

Observou-se, ainda, que 95% dos participantes consideram “Indispensável” ou “Importante” as ações de orientação e educação em ST, como o fornecimento de informações trabalhistas e previdenciárias. Quanto à questão que trata à Promoção da Saúde do Trabalhador, que envolve a participação em ações intersetoriais de enfrentamento ao trabalho infantil, 95% dos participantes consideram como “Importante” ou “Indispensável”. A questão que ficou com menor porcentagem de opiniões positivas (87%) se refere a estimular a participação social dos trabalhadores e suas representações no SUS.

Na questão aberta deste Bloco de questões, os participantes listaram outras ações de ST a serem acompanhadas pelos Nasf, como “Grupo de Dor”, classificada como “Importante”, e “Sensibilização das ESF”, classificadas como “Indispensável”.

Porém, ao serem questionados sobre a periodicidade com que essas mesmas ações são realizadas, revelaram-se baixas porcentagens das respostas positivas (“Sempre” e “Frequentemente”) dos profissionais dos Nasf evidenciando reduzida atuação em questões de ST. Importa destacar que o incentivo à Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho foi considerado uma ação não aplicável ao âmbito do Nasf por 20,5% dos participantes.

Ou seja, em termos concretos, observa-se uma prática distanciada da aplicação de normativos que integram a ST e a AB, como a PNSTT, PNAB e a Portaria nº 1.378/13 (BRASIL, 2013g), que prevê a coordenação das ações de Vigilância em Saúde – inclusive a Vigilância em Saúde do Trabalhador - com as ações e serviços ofertados pelo SUS.

Estes resultados vão ao encontro dos achados de Chiavegatto (2010):

Apesar de não haver dúvidas quanto ao reconhecimento por parte dos profissionais que atuam na APS quanto à importância do desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador [...], os resultados apontam para uma baixa frequência em relação ao desenvolvimento destas ações na prática, exceto para as ações de atendimento a portadores de agravos relacionados ao trabalho (ações assistenciais são historicamente privilegiadas no sistema de saúde brasileiro) e a identificação da população trabalhadora em determinado território. A análise dos dados [...] permite afirmar que os profissionais da APS desenvolvem ações de Saúde do Trabalhador em uma frequência que pode ser considerada inferior à esperada dado o alto nível de concordância quanto à sua importância e o reconhecimento do papel da atenção primária no seu desenvolvimento, isoladamente ou em conjunto com referências técnicas (CHIAVEGATTO, 2010).

Embora considere um fato “irreversível” a incorporação de ações de saúde do trabalhador na rotina da APS, a citada autora identifica a persistência de deficiências na formação e capacitação dos profissionais da AB para identificar e lidar com as formas de adoecimento relacionadas ao trabalho e as questões relacionadas ao referenciamento de pacientes, a serviços mais complexos, defendendo que “falta 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” (CHIAVEGATTO, 2010).

É possível que essa seja uma das respostas ao questionamento no sentido contrário, feito por uma das gestoras da APS do DF de que, se os profissionais da atenção primária nem sequer reconhecem as questões de ST como problema, como falar em matriciamento?

Importa destacar a pesquisa de Formiga e Ribeiro (2012), que comparou a experiência acadêmica em fisioterapia com a proposta do Ministério da Saúde para o

Nasf e identificou que a maioria dos professores de uma das Instituições de Ensino que foram objeto do estudo tem como foco de atuação o trabalho de orientação postural e exercícios laborais junto a trabalhadores de *lan-house*, padaria, lojas, cartórios, escolas, fábricas, salão de beleza, grupos de ocupações como pescadores, empregados de supermercados e ACS. O objetivo dessas ações é a prevenção de alterações posturais e lesões ocupacionais. Embora as autoras destaquem que esta atuação consta na proposta do Nasf em um sentido mais amplo, o do autocuidado, nenhum dos trabalhos científicos analisados sobre experiências da fisioterapia na AB mencionou o desenvolvimento de atividades preventivas em ambientes de trabalho.

A respeito das atuações mais demandadas em ST, de acordo com as gestoras entrevistadas, elas estão direcionadas a psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional. Foram relatadas outras questões frequentes, que se referem à necessidade de manter o equilíbrio entre trabalho-família-escola, bem como a identificação de trabalhadores doentes que não se afastam do trabalho, como aqueles que já sofreram derrame ou estão em processo de reabilitação.

Entre as atividades que o Nasf poderia desenvolver, os entrevistados identificam a necessidade de ampliação do olhar para ST nos locais em que desenvolvem suas práticas (escola, asilo) e também outros espaços: fábricas, borracharia, bares – locais de maior acesso à população masculina. Entretanto, não foram observadas iniciativas consistentes da equipe do Nasf para o desenvolvimento de atividades nos estabelecimentos existentes nos territórios das equipes vinculadas.

Dias e Lacerda-Silva (2013b) asseveram que a lógica de adscrição do território apenas pelo critério domiciliar precisa ser mudada, “de modo a permitir o acesso aos serviços de saúde de trabalhadores que não residem, mas trabalham no local e ali passam tempo significativo de suas vidas.” Esse entendimento também é defendido no âmbito da APS, como destacado no estudo promovido pelo Ministério da Saúde em 2005, sobre a avaliação da implementação da eSF em dez grandes centros urbanos:

A adscrição das famílias às ESF permite estruturar o sistema municipal de Saúde regionalizado e hierarquizado, mas deve ser compatibilizado aos fluxos habituais das pessoas nos espaços urbanos, principalmente em metrópoles. A adscrição domiciliar dificulta a provisão de assistência para trabalhadores, em particular nas cidades ditas “dormitórios” das regiões metropolitanas. [...] É recomendável estudar a possibilidade de adscrição por local de trabalho ou por meio de inscrição individual em USF próximas aos locais de trabalho. [...] É recomendável estimular o funcionamento das USF em horário que possibilite o acesso dos trabalhadores. (BRASIL, 2005b).

Na Observação Participante, esta pesquisadora registrou como exemplos da ampliação do olhar sobre diagnóstico situacional do território a identificação de processos produtivos que podem levar ao aumento da pressão arterial e estresse e de locais que servem alimentação inadequada aos trabalhadores; do estabelecimento da relação entre os agravos e o trabalho (a exemplo das lombalgias) e de outros determinantes e condicionantes da ST (como acidente de trajeto e violência), que evidenciam a necessidade de articulação intra e intersetorial. Machado (2013) destaca a importante articulação da ST com temas transversais como o câncer, a violência urbana e a saúde mental. Acrescenta a interface necessária com a visão sanitaria dos profissionais do SUS nas ações de Visat, quando consideram e se aproximam dos condicionantes da saúde: “A potencialidade dessa integração é ampla e se constitui em um fator de transformação do modelo assistencial”.

No questionário desta pesquisa, o Bloco 4 de perguntas buscou conhecer a opinião dos participantes quanto a conteúdos para elaboração de uma proposta de capacitação em ST para APS, sendo que 71% dos respondentes consideraram o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador como o conteúdo mais importante, seguido pelo diagnóstico e tratamento de agravos relacionados ao trabalho, com 42% ; o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador com 38% ; vigilância em saúde do trabalhador, com 36%; e, por fim, direitos previdenciários e trabalhistas, com 15%.

Neste Bloco também havia uma questão aberta, para que os participantes pudessem contribuir citando outros conteúdos que gostariam de ver presentes em um curso de capacitação sobre ST. Esses resultados foram sistematizados em sete temas:

1. Assistência à Saúde do Trabalhador: Principais sinais e sintomas de agravos à saúde do trabalhador detectáveis na Atenção Primária; Reciclagem sobre quadros inflamatórios como tendinites, bursites, dorsalgia, etc.; Identificação, diagnóstico, encaminhamentos e tratamento da saúde mental do trabalhador; Saúde emocional e saúde do trabalhador; Relação trabalho e adoecimento na perspectiva de ocupações específicas; Impacto biopsíquico do adoecimento para o trabalhador; Organização e prestação de assistência aos trabalhadores no SUS: capacitação para profissionais atuantes na rede; Identificação das principais doenças e agravos relacionados ao trabalho; Reabilitação do trabalhador e Principais Doenças Ocupacionais.

2. Vigilância em Saúde do Trabalhador: Relatório Situacional sobre os agravos à saúde do trabalhador em cada RA do DF; Exposição à ruídos em ambientes/empresas de grande porte; Como e tempo de uso dos EPIs; Análise ergonômica; Ergonomia; Mapeamento.
3. Orientação e Educação em Saúde do Trabalhador: Relatórios e intervenções possíveis em perícias do INSS no que diz respeito a afastamento do trabalho e recolocação profissional; Técnicas de motivação do trabalhador para aderir à mudança de comportamento no processo trabalho x doença; Trazer informações sobre o seguro obrigatório DPVAT; Orientação aos usuários e se conhecem o prejuízo ao longo da vida, como as perdas auditivas induzidas por ruídos.
4. Promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador: Experiências exitosas no cuidado à ST; Prevenção de acidentes e doenças ocupacionais; Como atuar na prevenção de doenças relacionadas à saúde do trabalhador; Orientação e educação para prevenção de agravos à saúde do trabalhador; Como promover a saúde de trabalhador à nível de APS; O trabalho infantil e a construção da dignidade humana; Temas, como: ginástica laboral (exercícios para diminuir a sobrecarga muscular durante a atividade ocupacional); Além do diagnóstico e tratamento a prevenção de agravos relacionados ao trabalho; Como promover a saúde do trabalhador e sua qualidade de vida; Sensibilização.
5. Educação Permanente: Aspectos mais importantes para o desenvolvimento de ações entre Nasf e ESF; Como capacitar melhor as ESF em saúde do trabalhador; Definições e esclarecimentos sobre a ação dos Nasf no âmbito da APS; Formas de incluir a APS no fluxo das redes de atenção à saúde do trabalhador (o papel do Nasf e APS nesse contexto).
6. Legislação: Toda legislação e importância para o funcionamento do SUS.
7. Participação Social: Importância da participação do trabalhador nos conselhos de saúde em todas as esferas.

Dias e Lacerda-Silva propõem que as práticas das equipes de saúde da APS registradas na literatura técnica que envolvem ações de cuidado diferenciado aos usuários trabalhadores (considerando sua inserção nos processos produtivos) sejam organizadas em seis grandes eixos:

- a) diagnóstico situacional, que inclui o levantamento e/ou a identificação das atividades produtivas desenvolvidas em um dado território;
- b) caracterização do perfil demográfico dos usuários-trabalhadores que residem no território e o perfil epidemiológico traduzido nos agravos e nas formas de adoecimento prevalentes;
- c) o planejamento das ações, com a priorização de intervenções sobre os problemas de saúde de maior frequência, risco e vulnerabilidade;
- d) definição dos procedimentos de assistência ao trabalhador vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho, organizados em linhas de cuidado;
- e) ações educativas e de promoção da saúde, com orientação sobre fatores de risco para a saúde e medidas de proteção e direitos previdenciários; e
- f) ações caracterizadas como de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DIAS; LACERDA-SILVA, 2013b).

A partir dos resultados obtidos neste estudo, foi possível organizar em um quadro sugestões de ações de ST a serem desenvolvidas no âmbito da AB, com definição de atividades para os diferentes atores envolvidos, destacando-se as atribuições de AM pelos Nasf junto às EAB. Este quadro compõe o Produto 1 desta Dissertação, que é uma proposta de fascículo de ST para o Caderno de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

5.3 Dificuldades e potencialidades

Serão apontadas nessa Subseção algumas dificuldades e potencialidades identificadas, no sentido de colaborar com a elaboração de estratégias para o enfrentamento dos desafios e fortalecimento da capacidade de superação das dificuldades.

Dificuldades:

A seguir serão pontuadas algumas dificuldades evidenciadas com a aplicação das diferentes técnicas de pesquisa utilizadas, que permeiam o trabalho na APS de uma forma geral e antecedem o desenvolvimento do matriciamento em ST pelos Nasf:

1. Falta de participação dos atores locais no início da habilitação das equipes, repercutindo até hoje no discernimento dos papéis das equipes de referência, equipes de AM, gestores e usuários;
2. Falhas no cumprimento do planejamento das ações por falta de condições físicas (espaço para atividades), logísticas (transporte e segurança) ou materiais (material educativo e para atividade física);
3. Deficiências na formação e capacitação dos profissionais da AB para o trabalho em equipe e compartilhado, na lógica do AM;
4. Reduzida compreensão, sobretudo dos atores locais, quanto à metodologia do AM;
5. Dificuldades em algumas relações multiprofissionais;
6. Tímida manifestação de interesse da gestão local na compreensão e apoio das atividades dos Nasf;
7. Predominância de cultura de cumprimento de metas de produtividade no âmbito das equipes vinculadas, em detrimento da dedicação ao desenvolvimento das ferramentas do AM, que demandam mais tempo para que ocorra a “transferência tecnológica” cooperativa e horizontal até que se ganhe autonomia;
8. Dificuldades no encaminhamento de casos para outros pontos especializados da RAS.

Oliveira (2013) identificou fragilidade ou mesmo inviabilização da interdisciplinaridade, devido a aspectos decorrentes da organização do trabalho, como a excessiva burocratização, a demasiada valorização da produção quantitativa de ações, a instauração de relações desiguais e a instituição de modos de gerenciar pouco pautados na ideia de cogestão. Oliveira (2013) relatou que os profissionais parecem se sentir impotentes diante dos determinantes e condicionantes envolvidos no processo de adoecimento, gerando sentimentos de frustração e angústia.

Formiga e Ribeiro (2012) apontaram algumas dificuldades que perpassam a formação profissional para atuar na AB e interferem também no desempenho, diante do processo de trabalho do Nasf, que foram reveladas pelos professores das Instituições de Ensino que participaram do estudo. São elas: falta de estrutura física para realização das atividades; reduzido número de profissionais capacitados para atuação na AB; desconhecimento dos usuários, gestores e de outros profissionais da saúde sobre as potencialidades da atuação do fisioterapeuta na AB; estranhamento dos alunos quando

se deparam com o modelo da AB; deficiência no relacionamento do profissional da ENASF com as ESF; rotatividade dos profissionais nas ESF; falta de adesão da Comunidade, principalmente para as atividades coletivas; ausência de trabalhos que busquem os indicadores locais de saúde; pouco avanço na formação dos fisioterapeutas, uma vez que ainda prevalece o tecnicismo, a reabilitação, atenção individual e centrada na doença, voltada para os setores secundário e terciário; necessidade de capacitação dos profissionais da AB e grande quantidade de usuários que não consegue o acesso aos serviços, principalmente secundários e terciários, o que pressiona o atendimento dos especialistas da AB, impossibilitando de realizar ações de prevenção e promoção da saúde.

Soleman (2012) identificou que nem todos os profissionais inseridos nos Nasf têm clareza acerca de seu papel de apoiador, o que reforça dúvidas e gera conflitos, uma vez que existe uma expectativa de que a ENASF supra a carência de suporte assistencial antes projetada para o nível secundário de atenção. Acredita que a pressão da demanda compromete a formação de vínculo entre os profissionais em decorrência do tempo que disponibilizam para cada equipe vinculada, bem como do tempo destinado ao desenvolvimento das atividades, restringindo o trabalho às prioridades mais urgentes a serem cuidadas. Soleman (2012) assevera que atuar por demanda contradiz a lógica da eSF, na qual o planejamento das ações deve partir do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da área de atuação, para se ter uma compreensão ampliada do processo de saúde e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Outras dificuldades foram apontadas por Soleman (2012), como o baixo entendimento acerca da proposta ou a não aceitação da mesma, com consequente cisão entre ENASF e ESF, que resulta em não responsabilização pelos processos; a falta de estrutura e espaço físico nas UBS para a realização do trabalho do Nasf; as metas de produção que são incompatíveis com a realidade local e com o trabalho de matriciamento e a falta de suporte da RAS, principalmente no nível secundário de atenção.

O estudo de Farias (2012) indica entendimentos de que há grande dificuldade de adesão da população às atividades em grupo, revelando-se uma contradição que necessita ser enfrentada, pois o Ministério da Saúde direciona o trabalho dos profissionais do Nasf prioritariamente para ações coletivas, com foco na promoção da

saúde, mas é inegável a presença marcante do modelo biomédico individualista na cultura brasileira.

Esse autor acrescenta que os profissionais também não conhecem em profundidade a dimensão da promoção da saúde, mantendo um enfoque mais individual e relacionado à prevenção de doenças. Dessa forma, Farias (2012) constata que, por um lado, a formação dos profissionais ainda é fortemente fundamentada no modelo biomédico, na atenção clínico-assistencial, com ênfase no tratamento de indivíduos e menor nos aspectos políticos e sociais e, por outro lado, as capacitações no serviço não ocorrem com frequência devido à falta de disponibilidade de tempo dos profissionais das ESF.

De acordo com Farias (2012), há dificuldades para articular ações do Nasf com outros profissionais de saúde, não sendo percebida uma relação de trabalho em equipe. Outras dificuldades foram apontadas pela citada autora, como a existência de demanda elevada, a falta de infraestrutura das UBS, falta de recursos materiais, desorganização dentro das UBS, falta de apoio institucional, dificuldade em construir um trabalho integrado entre ENASF e ESF, insatisfação dos profissionais com suas práticas, falta de preparo dos profissionais.

Na pesquisa de Bei (2012), apontou-se um contexto em que há urgências e demandas incessantes; falta de profissionais; carência de recursos; pobreza econômica; prática de “passagem de casos”; falta de apoio dos gestores; descaracterização da eSF; descontinuidades e rupturas nos projetos desenvolvidos e pressões de diversas direções.

Delfini (2010) destaca como dificuldades o predomínio da lógica do encaminhamento; contínua cobrança de produção, excessiva rigidez das agendas que dão pouca abertura para espaços de diálogo, gerando sobrecarga de tarefas e a existência de profissionais que se sentem pouco capacitados ou dispostos a lidar com as políticas públicas de saúde.

Potencialidades:

A sistematização dos resultados permitiu identificar potencialidades do processo de trabalho do Nasf para o desenvolvimento do matriciamento em ST, que foram organizadas nos temas apresentados a seguir.

1. Assistência à Saúde do Trabalhador:

- 1.1 Possibilidade de ampliação do cardápio de ações especializadas de ST ofertadas no âmbito da AB, inclusive pela valorização de categorias profissionais tradicionalmente vinculadas aos níveis secundário e terciário de atenção;
- 1.2 Existência de lacunas na diversidade de atuação profissional para o desenvolvimento de ações de ST de forma transversal aos temas habitualmente demandados pelas EAB.
2. Vigilância em Saúde do Trabalhador:
 - 2.1 Interesse comum dos campos da AB e ST em melhorar os registros das notificações compulsórias, por intermédio da Ficha “D” do Siab.
3. Orientação e Educação em Saúde do Trabalhador:
 - 3.1 Tendência de fortalecimento do trabalho dos Nasf com grupos, estratégia que beneficia a identificação de problemas relacionados ao trabalho, bem como o planejamento e execução de ações no sentido da atenção integral aos trabalhadores locais.
4. Promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador:
 - 4.1 Possibilidade de ampliação do olhar da gestão e das equipes diante da invisibilidade do trabalho como determinante da saúde;
 - 4.2 Possibilidade de avançar rumo ao planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho, com destaque para melhor utilização de informações obtidas no mapeamento e diagnóstico do território e instituição de grupo;
 - 4.3 Sensibilização de gestores e profissionais para abordagem de AM em ST pelos Nasf em locais com riscos mais evidentes para a saúde dos trabalhadores;
 - 4.4 Flexibilidade de tempo e abertura dos profissionais do Nasf para a articulação de parcerias intra e intersetoriais que contribuam para a maior resolubilidade dos problemas de ST na AB.
5. Educação Permanente:
 - 5.1 Implantação de novos Nasf na lógica do AM, Clínica Ampliada, PST e PTS proporcionará a criação de oportunidades para a construção de intervenções em ST, pautadas no compartilhamento de saberes e experiências, a partir de recursos institucionais e comunitários;

5.2 Amadurecimento do diálogo entre as equipes nas reuniões de matriciamento, possibilitando desencadear um processo de sensibilização para o reconhecimento das questões de saúde do trabalhador nos temas abordados e atividades compartilhadas;

5.3 Expectativa positiva dos gestores e profissionais da AB para a qualificação das ações de ST já desenvolvidas pelas equipes;

5.4 Início da elaboração de projeto de capacitação permanente para os profissionais da AB, que pretende incorporar as questões de ST;

5.5 Possibilidade de inserção do tema ST de forma transversal nas capacitações já programadas de outras áreas e programas.

6. Legislação

6.1 Aproximação das normas e diretrizes dos campos da AB e ST, particularmente pela busca da atenção integral por intermédio da aplicação de ferramentas da PNH;

6.2 Prescrições cada vez mais evidentes de atribuições relacionadas ao desenvolvimento da ST para os profissionais da AB;

6.3 Potencialização das ferramentas já disponibilizadas em favor da saúde dos profissionais da AB enquanto trabalhadores, como regulamentos e normas, a exemplo das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (Protocolo nº 8/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS), PNH e PNEP. Acrescenta-se a possibilidade de participação dos servidores nas três instâncias das Mesas de Negociação Permanente e dos Conselhos de Saúde.

7. Participação Social:

7.1 Desenvolvimento de ações, como a implantação de PTS por profissionais da AB, junto à população, proporcionando o fortalecimento da participação da comunidade, inclusive as representações dos trabalhadores locais.

Soleman (2012) aposta na subjetividade dos profissionais da AB diante da lógica e da proposta do Nasf, como a sensação de fazer parte da construção de um SUS mais integral, mais humanizado, mais acessível e resolutivo. Acredita no poder da evolução dos processos de trabalho entre ENASF e ESF, da construção de parcerias com diferentes categorias, da percepção de uma maior resolubilidade na demanda específica e da própria efetivação do matriciamento.

5.4 Produtos

Considerando que este estudo surgiu no contexto de um Mestrado Profissional, optou-se por apresentar, também como resultados, dois produtos destinados a apoiar os processos de capacitação dos profissionais das equipes da AB, em especial dos Nasf, para o desenvolvimento da ST no âmbito da APS:

5.4.1 *Proposta de Fascículo de Saúde do Trabalhador para o Caderno de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAB-SAS/MS) destinado aos Nasf*, que se encontra em construção, atendendo à demanda da própria equipe ao conhecer o trabalho desenvolvido.

5.4.2 *Boletim de Saúde do Trabalhador e o desenvolvimento da APS no Distrito Federal: aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional.*

5.4.1 *Proposta de Fascículo de Saúde do Trabalhador para o Caderno de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAB-SAS/MS) destinado aos Nasf*

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
CENTRO DE ESTUDO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA
HUMANA**

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

**Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o
desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador**

Produto 1

**Proposta de Fascículo de Saúde do Trabalhador para o
Caderno de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica
do Ministério da Saúde destinado aos Nasf**

Rio de Janeiro, RJ

2014

SUMÁRIO

1. A SAÚDE DO TRABALHADOR: conceitos e cenários	104
2. NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS E DOENÇAS RELACIONADOS AO TRABALHO	110
3. O APOIO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: o papel do Nasf	112
3.1 Mapeamento do território: a identificação das atividades produtivas.	115
3.2 Reconhecimento do perfil dos trabalhadores	113
3.3 Ações previstas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ	115
4. SÍNTESE DAS AÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA: o apoio dos Nasf e de outras instâncias para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores.....	119
5. CASOS ILUSTRATIVOS	143
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
7. PARA SABER MAIS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR	147
REFERÊNCIAS	148

1. A SAÚDE DO TRABALHADOR: conceitos e cenários

A Saúde do Trabalhador (ST) é um campo ou área da Saúde Coletiva que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e dos trabalhadores de modo particular. A ST considera o trabalho como eixo organizador da vida social e, desse modo, determinante das condições de vida e saúde e busca transformar os processos produtivos no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte, em estreita parceria com os trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

No Brasil, as atividades produtivas estão organizadas de modo variado, com distintos níveis de incorporação tecnológica e formas de gestão do trabalho, geralmente complementares, na lógica da máxima acumulação e produção de lucro. Assim, o trabalho, além da renda ou salário, também, enseja a inclusão social, contribui para a constituição da subjetividade dos trabalhadores, aspectos considerados favoráveis à saúde e, lamentavelmente, produz, antecipa ou agrava o sofrimento, o adoecimento e a morte, além da degradação ambiental.

Na atualidade, a globalização dos mercados e a reestruturação produtiva têm promovido mudanças significativas no “mundo do trabalho”, com repercussões sobre sua natureza, sobre o perfil dos trabalhadores em seus modos de vida e nos processos de adoecimento. Entre as características do mundo do trabalho contemporâneo estão:

- A intensificação e fragmentação do trabalho;
- A diversidade dos arranjos produtivos expressos nas cadeias produtivas;
- A precarização dos vínculos e o crescimento do trabalho domiciliado, decorrente da fragmentação dos processos produtivos;
- As condições de trabalho precárias, com diversidade das situações de exposição a riscos e perigos gerados pelos processos de trabalho;
- O aumento da vulnerabilidade e perdas na proteção social aos trabalhadores, especialmente trabalhista e previdenciária, além da degradação ambiental.

O crescimento do trabalho em domicílio ou trabalho domiciliar, no qual parcelas do processo de trabalho são desenvolvidas em pequenas unidades produtivas, nos espaços domiciliar e peridomiciliar, aumenta a responsabilidade da Atenção Básica

(AB) na produção do cuidado aos trabalhadores. Esse tipo de trabalho é desenvolvido, em sua maioria, de modo informal, à margem da regulação trabalhista e previdenciária.

Trabalho em domicílio ou no peridomicílio: todo e qualquer tipo de atividade remunerada, exercida no espaço de moradia de quem o realiza, na forma assalariada ou por conta própria, podendo o trabalhador realizar todo o processo produtivo ou apenas uma de suas etapas.

Fonte: Neves e Pedrosa, 2007.

Este cenário se espelha no perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores relacionados ao trabalho, no qual não foram superadas as doenças profissionais clássicas, como a silicose e as intoxicações por metais pesados, as quais se superpõem às doenças crônicas que têm seu curso, frequência e gravidade, modificados pelo trabalho como é o caso da hipertensão arterial e alguns tipos de cânceres, além das consequências crescentes da violência nos locais de trabalho e na sociedade como um todo, tipificados nos acidentes de trânsito e de trajeto, no transporte dos trabalhadores rurais e com trabalhadores do setor de transporte ocorridos no exercício de suas atividades, como no caso dos motociclistas profissionais configurando uma tripla carga de doença.

Apesar dos dados e informações de saúde disponíveis não refletirem o perfil epidemiológico da força de trabalho brasileira, estimada hoje em 101 milhões de trabalhadores, além dos acidentes de trabalho típicos, que ocorrem na construção civil, no setor elétrico e nas indústrias metalúrgicas, por exemplo, predominam as intoxicações por agrotóxicos, metais e solventes, as pneumopatias; as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort); formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e outras expressões de sofrimento psíquico e mental. (SANTANA *et al.*, 2013; NEHMY e DIAS, 2010).

Quem deve cuidar da saúde dos trabalhadores?

No Brasil, a atribuição de promover e cuidar da segurança e da saúde do trabalhador envolve os três poderes: o Legislativo responsável pela elaboração de Leis e

pela ratificação de normas e convenções internacionais, como as da Organização Internacional do Trabalho (OIT). No poder Judiciário, a Justiça do Trabalho se ocupa das ações judiciais sobre o descumprimento das normas de proteção ao trabalhador. O Ministério Público do Trabalho desempenha importante papel na defesa dos direitos coletivos e difusos, como as ações de enfrentamento ao trabalho infantil e trabalho análogo ao escravo.

Na esfera federal do poder Executivo, os Ministérios da Previdência Social (MPS), do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Saúde têm atribuições específicas, detalhadas no documento da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e no respectivo Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (BRASIL, 2011e; 2012a).

O MPS, por intermédio das agências regionais do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), responde pela concessão de benefícios entre eles, aqueles devidos em caso de incapacidade dos trabalhadores segurados para o trabalho. Se esta incapacidade decorre das condições de exercício do trabalho, esses benefícios são diferenciados e geram direitos para os trabalhadores, como a estabilidade por um ano após o retorno ao trabalho e a permanência do recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

O MTE é responsável pela regulamentação e fiscalização da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943). Desde 1978, ele edita e atualiza as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho (NR), que regulamentam o Capítulo V da CLT. A Inspeção do Trabalho é executada pelas Superintendências Regionais de Trabalho e Emprego (SRTE), antigas Delegacias Regionais do Trabalho nas unidades da Federação e abrange o cumprimento das normas contratuais referentes às relações de trabalho e recolhimento de tributos.

A atuação do Ministério da Saúde tem por referência o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pela Lei 8.080/90 e pelo recente Decreto 7.508/2011, nas três esferas: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990; 2011a). O papel norteador do financiamento e das ações e serviços de saúde se expressa em políticas temáticas, validadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As responsabilidades da União, Estados, DF e dos Municípios no âmbito da ST estão expressas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada por meio da Portaria 1.823/2012 (BRASIL, 2012b).

O SUS está organizado de modo distinto da lógica do MTE e do MPS, assumindo o princípio de cobertura universal por meio de serviços de promoção da saúde, vigilância, proteção, prevenção de doenças, assistência e reabilitação do trabalhador, qualquer que seja sua idade ou vínculo trabalhista. Evidencia-se, assim, a responsabilidade dos serviços de saúde na efetivação da equidade, considerando-se, sobretudo, a vulnerabilidade e exposição a fatores de risco de trabalhadores sem cobertura de outras instâncias governamentais.

Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90): define que as ações de saúde do trabalhador estão incluídas no campo de atuação do SUS e abrange um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

O primeiro normativo nacional que trata da organização da ST em rede foi a Portaria GM/MS nº 1.679/02, que estruturou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), dispositivo estratégico para a organização das ações no SUS. Essa norma estabeleceu diretrizes para que a Renast seja desenvolvida de forma articulada entre os três níveis de gestão do SUS, com definição das responsabilidades de cada ente federado e das Unidades de Saúde envolvidas (BRASIL, 2002).

Essa Portaria fortaleceu os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), unidades de saúde do SUS que devem promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, com destaque para ações de promoção, prevenção e vigilância (BRASIL, 2002). Os Cerest devem ser serviços que resgatem as potencialidades dos recursos institucionais e comunitários na promoção da saúde dos trabalhadores.

A criação dos Cerest foi um progresso indiscutível na política do SUS, mas não se confunde com a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que são os serviços da AB, uma vez que grande parte dos sofrimentos dos usuários

decorrentes de acidentes ou doenças relacionados ao trabalho é objeto de trabalho desses serviços. Assim, será sempre importante e necessária a articulação da saúde do trabalhador com a AB.

Atualmente a Renast está regulamentada pela Portaria GM nº 2.728/09, que apontou no § 1º do art. 1º, que “As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação”. O §3º, inciso II do mesmo artigo, deixa clara a necessidade de inclusão de ações de ST na AB para que a Renast seja implementada (BRASIL, 2009).

A AB cumpre papel relevante nesse sentido por oferecer o cuidado o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham.

O atual modelo de organização do SUS fundamenta-se nas RAS, no qual a AB desempenha o papel de centro de comunicação, e coordenação do cuidado e de ordenadora da rede (BRASIL, 2010b).

Compete às Secretarias de Saúde dos municípios, estados e Distrito Federal: conduzir o desenvolvimento da PNSTT, na RAS, de forma transversal às demais políticas públicas de saúde, assim como às demais iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde do trabalhador.

A intersetorialidade é essencial para a intervenção sobre os fatores que influenciam e/ou determinam o adoecimento relacionado ao trabalho. Deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde e outras políticas setoriais, como, por exemplo, a articulação dos serviços de saúde com outros órgãos, como as SRTE e representações locais do INSS.

Os acidentes e o adoecimento relacionado ao trabalho

Alguns conceitos são importantes para se entender e intervir sobre as relações entre o trabalho e o adoecimento, entre eles o de agravo e de doença relacionados ao trabalho.

Considera-se que o termo “agravo” (à saúde) abrange todas as possibilidades de dano à saúde, sejam de natureza “aguda”, como as intoxicações agudas, os traumatismos e as lesões traumáticas, sejam os de natureza “crônica”, como as doenças em geral, nelas incluídas as condições crônicas que são modificadas pelo trabalho. Este é o entendimento, por exemplo, da Previdência Social que considera agravo “toda lesão, doença, transtorno de saúde, distúrbio, disfunção ou síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independentemente do tempo de latência”.

Entretanto, a recente Portaria nº 1.271/2014, que estabelece a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, define no Artigo 2º, conceitos importantes:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, DF e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública: situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes (BRASIL, 2014b).

Outro conhecimento importante se refere aos fatores de risco ou perigos existentes ou decorrentes das condições de trabalho que podem provocar agravos e o adoecimento de trabalhadores, sendo classificados em cinco grupos: a) físicos; b)

químicos; c) biológicos; d) mecânicos; e e) psicossociais ou decorrentes da organização e gestão do trabalho, brevemente descritos a seguir:

- **Fatores ou Perigos Físicos:** ruído, vibração, radiação ionizante e não ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros;
- **Fatores ou Perigos Químicos:** agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho (ver a coluna de agentes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho).
- **Fatores ou Perigos Biológicos:** vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária (ver a coluna de agentes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho)
- **Fatores ou Perigos Mecânicos:** ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos, que podem levar a acidentes do trabalho.
- **Fatores ou Perigos Psicossociais:** decorrem da organização e gestão do trabalho, como por exemplo, da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho despóticas, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores.

Assim, os processos de trabalho podem ser considerados como intrinsecamente nocivos ou perigosos, em decorrência do objeto de trabalho em si, em decorrência das matérias-primas e materiais processados; dos meios de trabalho, como máquinas e ferramentas e pelos riscos ou perigos que surgem da interação entre o objeto, os meios de trabalho e a organização e divisão de trabalho.

2. NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS E DOENÇAS RELACIONADOS AO TRABALHO

Os agravos e doenças relacionados ao trabalho identificados nos serviços de saúde devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(Sinan). A notificação é importante, pois orienta o planejamento e a avaliação das ações de saúde e permite o acompanhamento pela participação social. A recente Portaria 1.271, de junho de 2014, atualizou os tipos de agravos que devem ser notificados, os fluxos e os procedimentos para fazê-lo, tendo sido definidas modalidades de notificações, como a seguir apontado (BRASIL, 2014b).

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata: notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal: notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) (BRASIL, 2014b).

A subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho contribui para a invisibilidade do problema e o não reconhecimento da temática como prioridade nas agendas de saúde dos governos locais, estaduais e federal e da participação social.

As equipes da AB, incluindo os profissionais dos Nsf, possuem um papel fundamental na Notificação Compulsória no Sinan: procure saber se sua unidade de saúde possui a ficha de notificação/investigação das doenças e agravos relacionados ao trabalho.

3. O APOIO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: o papel do Nasf

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de AB/Saúde da Família no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, ampliando as ações já desenvolvidas.

A criação dos Nasf objetiva 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.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem editado documentos e normas que cristalizam a transversalidade da Saúde do Trabalhador em outras Políticas públicas. Assim acontece na Política Nacional de Atenção Básica(PNAB)e na PNSTT, bem como no Caderno de Atenção Básica nº 5, que está em processo de revisão.

Entre as atribuições já prescritas para serem desenvolvidas pela equipe dos Nasf é possível identificar ações que contribuem para que a AB reconheça o usuário como um trabalhador e a contribuição do trabalho na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidade.

Outra atribuição se refere ao diagnóstico situacional do território, no qual deve ser incluído, de rotina, o reconhecimento do perfil das atividades produtivas instalados no território e o perfil demográfico e epidemiológico dos usuários trabalhadores que residem na área de atuação das equipes vinculadas. Para melhor compreensão, serão detalhados, a seguir, aspectos do desenvolvimento dessas ações.

3.1 Mapeamento do território: a identificação das atividades produtivas

O reconhecimento do território pela equipe do Nasf pode ser iniciado com base nas informações levantadas pelas equipes da AB, sendo sua apropriação de suma importância, com vistas ao desenvolvimento de ações mais adequadas às necessidades da população.

A identificação e mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território, e dos perigos e riscos para a saúde e o ambiente decorrentes dessas atividades é a base para o planejamento e a organização da atenção à saúde dos trabalhadores.

De acordo com a PNAB, participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe é atribuição comum a todos os profissionais da AB, embora, na maioria das vezes, seja realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sob a supervisão de enfermeiros (BRASIL, 2011b).

A atualização de informações sobre o território e as famílias que nele vivem e trabalham deve ser feita periodicamente. Os profissionais do Nasf podem e devem contribuir para a qualificação do olhar sobre o território, levantando aspectos relativos ao campo da ST.

Sendo assim, o suporte do Nasf pode colaborar para o aperfeiçoamento do levantamento e sistematização de informações sobre o perfil produtivo do território; o perfil ocupacional dos usuários trabalhadores, bem como o perfil epidemiológico desse grupo específico.

3.2 Reconhecimento do perfil dos trabalhadores

Para o planejamento de ações de saúde do trabalhador é essencial identificar a população trabalhadora adscrita ao território, considerando: gênero, idade, nível de escolaridade, renda, ocupação, tipo de vínculo de trabalho e com a Previdência Social e o grau de dependência do SUS. Essas informações podem ser colhidas por meio de instrumentos e abordagens já incorporados no processo de trabalho das equipes da AB, como por exemplo, no cadastramento das famílias; mapeamento do território; acolhimento; consultas médicas e de enfermagem; visitas domiciliares; entre outras.

Starfield (2002) considera que, uma vez que a APS tem o foco no usuário e na comunidade e não na doença, tornam-se mais úteis as abordagens que caracterizam a morbidade de acordo com as diferentes manifestações de saúde e doença.

A citada autora aponta como característica adicional da atenção personalizada no âmbito da APS, repostas de usuários como: “meu médico tem um excelente conhecimento sobre o tipo de trabalho que eu faço”.

Entretanto, muitas vezes, os profissionais da equipe da AB não sistematizam essas informações na perspectiva do cuidado aos trabalhadores, por fatores que vão desde a falta de preparo técnico para as questões que envolvem os riscos e adoecimento relacionado ao trabalho até à sobrecarga de trabalho e falta de tempo para organizar e discutir as informações em equipe.

Para o matriciamento das equipes da AB, os profissionais do Nasf necessitam conhecer os principais problemas e demandas relacionados à saúde dos trabalhadores que vivem no território de atuação, de modo a apoiar o planejamento e desenvolvimento de ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação dos usuários trabalhadores. Entre as informações essenciais estão:

- Quantos usuários trabalhadores moram na área de abrangência das equipes vinculadas ao Nasf?
- Qual o perfil desses trabalhadores (demográfico, socioeconômico e ocupacional)?

Ocupação: é o tipo de trabalho que a pessoa exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo.

DICAS:

- a) A realização de tarefas domésticas caracteriza o trabalho doméstico, ainda que este não seja remunerado.
- b) Se o indivíduo referir mais de uma ocupação, deverá ser anotada aquela a que ele dedica o maior número de horas na semana, no seu período de trabalho.
- c) Será considerada desempregada a pessoa que foi desligada do emprego e que não exerce qualquer outra atividade ocupacional, como prestação de serviços a terceiros, “bicos” etc.
- d) A codificação da ocupação é feita apenas no momento da digitação, utilizando a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2003).

- Quais as principais queixas e de que adoecem os trabalhadores da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS)? Como esses agravos poderiam estar relacionados ao trabalho?
- Que processos produtivos são desenvolvidos no território de atuação da UBS?
- Que tipos de riscos à saúde essas atividades produtivas expõem os trabalhadores e a população em geral?
- Há atividade produtiva desenvolvida nos espaços domiciliares e peridomiciliares? Qual o perfil dessas atividades? Que riscos e perigos para a saúde essas atividades geram?

A discussão dessas informações com as equipes de AB 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 Apoio Matricial (AM). Muitas vezes, os profissionais da equipe da AB não sistematizam essas informações na perspectiva do cuidado aos trabalhadores, em decorrência de múltiplos fatores: sobrecarga de trabalho; falta de preparo técnico e de tempo para organizar e discutir as informações em equipe.

3.3 Ações previstas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011d). Lançado em 2011, esse Programa se efetiva a partir da Autoavaliação dos serviços, com fases posteriores que incluem a Avaliação Externa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa, por intermédio de visita às equipes para a análise de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho, reconhecendo e valorizando os esforços e resultados das equipes de AB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB (BRASIL, 2011d).

A publicação intitulada “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Núcleos de Apoio à Saúde da Família direcionado aos Nasf (AMAQ-NASF)” incluiu na dimensão Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde os Padrões de Qualidade nº 3.49 e 3.50, relativos às ações de ST, centrados na identificação de processos produtivos e de riscos e agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 2013).

O preenchimento da Matriz de Intervenção do AMAQ-NASF definirá os objetivos e metas mediante a descrição da situação problema para o alcance do padrão de qualidade. Assim também serão definidas estratégias e atividades a serem desenvolvidas, os recursos necessários, com definição de responsáveis e prazos para o alcance de resultados, que devem ser avaliados a partir da proposição de indicadores.

Entre as intervenções em Saúde do Trabalhador que podem ser elaboradas a partir do diagnóstico das necessidades e demandas estão:

- Elaborar rotinas e indicar equipamentos, instrumentos e materiais de apoio ao manejo de usuários trabalhadores portadores de doenças e agravos relacionados ao trabalho;
- Realizar atendimentos individuais compartilhados com as equipes de AB ou específicos do Nasf, após discussão de caso com as equipes vinculadas;
- Incentivar ações individuais ou coletivas compartilhadas com as equipes da AB, como a elaboração de Planos Terapêuticos para usuários vítimas de doenças relacionadas ao trabalho e o planejamento de grupos operativos direcionados a trabalhadores de determinados ramos de atividade econômica;
- Apoiar ações de vigilância em saúde do trabalhador, especialmente, a vigilância dos agravos, incluindo a busca ativa de casos, e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho domiciliares;
- Propor ações compartilhadas de promoção da saúde dos trabalhadores, na UBS, comunidade, domicílios ou estabelecimentos comerciais; Indicar materiais (permanente, consumo e educativo) para as ações coletivas de educação em saúde junto a trabalhadores expostos a riscos ocupacionais ou com sequelas de agravos e doenças relacionados ao trabalho;
- Promover ações de educação permanente em saúde do trabalhador.

Além dos Nasf, outros equipamentos e pontos de atenção do SUS podem oferecer suporte institucional e técnico às equipes da AB. Assim, é importante conhecer a capacidade instalada da rede de atenção para a produção do cuidado, e de modo particular, identificar se há Cerest responsável pela abrangência do município ou região.

O Cerest consiste em um serviço especializado em ST e uma de suas atribuições é oferecer apoio técnico e pedagógico às equipes da AB para que desenvolvam o cuidado aos usuários trabalhadores. Há quatro modalidades de Cerest: estadual, regional, municipal e rural.

Verifique se em seu município ou região de saúde possui um Cerest e estabeleça uma atuação de forma integrada com sua equipe.

De igual importância é o trabalho de Referências Técnicas municipais/regionais em ST, quando houver, bem como de técnicos de vigilância em saúde do trabalhador. Estas instâncias devem ser parceiras na atenção à saúde do trabalhador no âmbito da AB, e os profissionais dos Nasf devem conhecê-las, bem como suas atribuições.

Destaca-se que para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador (Visat) também é necessária a articulação com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e identificar a existência de outros serviços ou Referências Técnicas potencialmente apoiadoras em saúde do trabalhador.

Outros equipamentos da própria comunidade, instituições e setores podem ser parceiros decisivos em ações específicas, entre eles o Conselho Tutelar (trabalho infantil), a Superintendência Regional de Trabalho e Emprego (SRTE) (atuação sobre a problemática do trabalho precário e trabalho escravo); instituições de ensino e pesquisa para produção de conhecimento e de material educativo para trabalhadores; Ministério Público do Trabalho; Justiça do Trabalho visando a punição de empregadores negligentes a reparação de danos às vítimas de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, entre outros.

Atividades e intervenções relacionadas à promoção da saúde do trabalhador também podem ser articuladas com os profissionais que atuam no desenvolvimento local da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Nesse sentido, é possível elencar algumas atribuições que podem ser desenvolvidas nas atividades rotineiras da AB, com o apoio dos Nasf:

- Identificação das atividades produtivas desenvolvidas no território e dos riscos para a saúde advindos dessas atividades;
- Identificação do perfil demográfico dos usuários trabalhadores (sexo, idade, escolaridade, ocupação, etc.);
- Identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores. Quais as principais queixas e doenças relacionadas ao trabalho que acometem os usuários trabalhadores que moram na área de atuação das equipes de AB/Saúde da Família?
- Estabelecimento de possíveis relações entre o trabalho e as doenças e os agravos apresentados pelo trabalhador e a notificação no Sinan;
- Assistência e reabilitação dos usuários com agravos e doenças relacionados ao trabalho;
- Organização e condução de atividades coletivas para usuários trabalhadores;
- Proposição e acompanhamento de ações de promoção da saúde dos trabalhadores e vigilância dos ambientes e processos de trabalho;

Inclusão do padrão de qualidade 3.49 e 3.50 do AMAQ-NASF na Matriz de Intervenção da autoavaliação dos Nasf

A seguir será apresentada uma síntese das contribuições dos diferentes pontos da RAS, assim como de parceiros intersetoriais no desenvolvimento dessas ações de promoção da saúde, prevenção, proteção, assistência e reabilitação dos trabalhadores dos territórios das equipes de AB vinculadas aos Nasf.

4. SÍNTESE DAS AÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA: o apoio dos Nasf e de outras instâncias para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores.

1) Identificação das atividades produtivas desenvolvidas no território de atuação das equipes e dos riscos para a saúde advindos dessas atividades	
Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes da AB/Saúde da Família	- Identificar e mapear no processo de reconhecimento do território, as atividades produtivas desenvolvidas (fábricas, estabelecimentos, em geral), inclusive as atividades produtivas domiciliares. - Registrar as situações nas quais o trabalho é realizado, identificando as situações de risco e possíveis efeitos para a saúde das pessoas expostas; Os ACS são atores importantes nesse mapeamento, pois conhecem, de forma mais aprofundada, o território em que atuam e têm acesso direto às lideranças da comunidade, que podem fornecer informações relevantes e atualizadas sobre locais de trabalho no território. - Compartilhar com a equipe do Nasf os registros feitos sobre as atividades produtivas desenvolvidas em suas áreas de atuação, com destaque para aquelas que coloquem em risco a vida e a saúde dos trabalhadores, com vistas a tomada de decisões compartilhadas sobre as ações que devem ser desencadeadas; - Apropriar-se de dados sobre atividades produtivas do território, de fontes governamentais, como a Secretarias de Planejamento, Administração, Trabalho e Agricultura; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Organizações Não Governamentais (ONG); representações dos trabalhadores e a própria comunidade, que podem apresentar informações mais atualizadas.
Equipes do Nasf	- Apropriar-se de dados sobre atividades produtivas do território, de fontes governamentais, como a Secretarias de Planejamento, Administração, Trabalho e Agricultura; IBGE; ONG; representações dos trabalhadores e a própria comunidade, que podem apresentar informações mais atualizadas; - Apropriar-se do mapeamento do território realizado pela equipe de AB, complementando-o a partir de visitas compartilhadas com os ACS, registrando as atividades econômicas formais ou informais observadas. Além de aperfeiçoar o mapa dos territórios de cada equipe de AB, este momento deve ser entendido como oportunidade de ampliar a visão dos ACS sobre as atividades econômicas desenvolvidas em sua microárea e qualificar as posteriores visitas domiciliares previstas em suas rotinas de trabalho; - Compartilhar os registros com o Cerest ou Referência Técnica em ST, com vistas a tomada de decisões compartilhadas sobre as ações que devem ser desencadeadas; - Organizar ações de sensibilização dos profissionais da AB sobre a importância do reconhecimento das atividades econômicas e processos de trabalho existente em seus territórios, com a colaboração de parceiros, como os Cerest e as Referências Técnicas em ST;

(Cont.)

(Cont.)

	- Monitorar a revisão periódica do mapeamento dos territórios pelas equipes de AB - Avaliar as dificuldades e avanços na incorporação da visão ampliada sobre o território pelas equipes de AB, no sentido de reconhecerem o trabalho como um Determinante Social da Saúde.
Gestores da AB	- Apoiar as equipes de AB quanto à qualificação do mapeamento do território, com vistas a identificar atividades produtivas em suas áreas de abrangência; - Incentivar o trabalho compartilhado entre equipe do Nasf e ACS das equipes vinculadas, para revisão do mapeamento do território; - Prover as condições necessárias para a revisão do mapeamento do território, como veículo, motorista, acesso a recursos de Tecnologia da Informação etc; - Monitorar a atualização dos mapas dos territórios de cada UBS pelas equipes de AB e as ações decorrentes à identificação de fatores de risco; - Avaliar o impacto do levantamento das atividades produtivas sobre o desenvolvimento de ações em favor da saúde dos trabalhadores e da população, bem como do meio ambiente das áreas de abrangência das UBS.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	- Realizar busca de dados sobre atividades produtivas da área de sua abrangência, a partir de fontes como a Secretarias de Planejamento, Administração, Trabalho, Agricultura, IBGE, SRTE; - Organizar conteúdo teórico sobre experiências exitosas de mapeamento de território com olhar ampliado para questões relativas à ST, o que deve ser inserido em programa de Educação Permanente da AB; - Apoiar os profissionais dos Nasf no planejamento da revisão dos mapas dos territórios, já realizado pelas equipes de AB, bem como na condução das situações irregulares identificadas; - Monitorar o desenvolvimento da revisão compartilhada dos mapas dos territórios pela equipe do Nasf em parceria com o ACS e os desdobramentos das situações encontradas de risco para a vida e a saúde dos trabalhadores, da comunidade e/ou do meio ambiente; - Avaliar as repercussões do reconhecimento do trabalho nos mapas dos territórios das equipes de AB sobre as ações de ST desenvolvidas no âmbito da AB.
Outros serviços	Secretarias de Planejamento, Administração, Trabalho, Agricultura ou órgãos equivalentes e seus representantes locais, assim como o IBGE e SRTE: podem fornecer dados sobre as atividades produtivas existentes nos territórios das equipes vinculadas ao Nasf, como uma lista dos estabelecimentos com alvarás para funcionamento expedidos, o cadastro de empresas que recrutam trabalhadores, o mapeamento de famílias que vivem da agricultura familiar e dados de pesquisas realizadas sobre trabalho e renda; ONG: quando seus grupos específicos de atuação são relacionados ao trabalho, podem fornecer dados relativos às atividades econômicas daquele território.

(Cont.)

(Cont.)

Outros	Representações dos trabalhadores, como as Cooperativas, Associações profissionais e Sindicatos: podem colaborar com a indicação dos locais onde estão funcionando determinadas atividades econômicas; Lideranças da comunidade: podem informar a existências de locais de trabalho no território ainda não identificados pelas equipes de AB.
OBS: Estabelecimentos formais ou informais, bem como as atividades domiciliares, frequentemente são anunciadas com faixas nos portões, janelas e grades das residências. Existem atividades econômicas em que a falta de observância das normas de segurança, podem causar repercussões na saúde dos trabalhadores e da comunidade, bem como no meio ambiente. É muito importante a apropriação do reconhecimento do território pelas equipes da AB e Nasf, com vistas ao planejamento de ações mais adequadas às necessidades da população, sejam no campo da promoção de saúde, prevenção de agravos ou vigilância em saúde do trabalhador.	
2) Identificação do perfil dos trabalhadores (sexo, idade, escolaridade, ocupação etc)	
Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes AB	- Caracterizar quem e quantos são os trabalhadores nas abordagens e instrumentos próprios do trabalho da AB, como a visita domiciliar, o cadastro das famílias, o acolhimento, o atendimento individual e em grupo, sendo importante a identificação do gênero, idade, nível de escolaridade, grau de dependência do SUS (se tem Plano de Saúde) e a ocupação. - Compartilhar com a equipe do Nasf e outros parceiros, como o Cerest, os registros feitos sobre o perfil dos trabalhadores de suas áreas de atuação, com destaque para aqueles em situação de vulnerabilidade e maior risco, como crianças e adolescentes em situação de trabalho; chefe de família desempregado, com vistas à tomada de decisões compartilhadas sobre as ações que devem ser desencadeadas; - Apropriar-se de informações disponibilizadas por outros setores sobre o perfil dos trabalhadores locais, como os dados da Secretaria de Planejamento, Trabalho, Agricultura e do IBGE; Os ACS são atores importantes nesse processo, pois conhecem de forma mais atualizada dados das famílias, como os desempregados, a fonte de renda, os autônomos e o tipo de vínculo de trabalho da população de sua microárea.
Equipes do Nasf	- Incluir no processo de trabalho dos profissionais do Nasf o reconhecimento e registro das características dos usuários trabalhadores que são atendidos individual ou coletivamente, de forma compartilhada ou não, o que contribuirá para a elaboração de planejamento mais direcionado às necessidades dos usuários; - Apropriar-se de informações disponibilizadas por outros setores sobre o perfil dos trabalhadores locais, como os dados da Secretaria de Planejamento, Trabalho, Agricultura e do IBGE;

(Cont.)

(Cont.)

	- Compartilhar os registros com o Cerest ou Referência Técnica em ST, com vistas à tomada de decisões compartilhadas sobre as ações que devem ser desencadeadas; - Organizar plano de Educação Permanente para as equipes vinculadas, com a colaboração de parceiros, como os Cerest e as Referências Técnicas em ST, incluindo a importância de se conhecer o perfil dos trabalhadores, com objetivo de sensibilizar os profissionais da AB para que, em sua prática diária, identifiquem características dos trabalhadores que habitam ou trabalham em suas áreas; - Monitorar a incorporação de dados sobre o perfil dos trabalhadores nas práticas desenvolvidas pelas equipes vinculadas; Avaliar as dificuldades e avanços das equipes vinculadas no reconhecimento do perfil dos trabalhadores.
Gestores da AB	- Apoiar as equipes de AB na busca de informações para compor o perfil dos trabalhadores de suas áreas de abrangência; - Incentivar o desenvolvimento do apoio do Nasf às equipes de AB vinculadas, no sentido de sistematizar o registro das características dos trabalhadores do território; - Prover as condições necessárias para a caracterização do perfil dos trabalhadores da área de abrangência de cada UBS, sobretudo a inserção de conteúdos de ST nos programas de Educação Permanente; - Monitorar a identificação do perfil dos trabalhadores na área de abrangência de cada UBS e as repercussões no atendimento das equipes da AB; - Avaliar a interface entre o perfil dos trabalhadores e as demandas de atenção à saúde originadas em sua área de abrangência, para os diversos pontos da RAS.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	- Realizar busca de dados sobre o perfil dos trabalhadores da área de sua abrangência, a partir de fontes como os órgãos que realizam pesquisas sobre o tema, como Secretarias ou empresas públicas de Planejamento, Trabalho, Agricultura e IBGE; - Organizar conteúdo teórico sobre experiências exitosas geradas a partir da identificação do perfil dos trabalhadores; - Colaborar com as equipes dos Nasf na elaboração de intervenções necessárias diante de situações críticas identificadas; - Contribuir com a elaboração de planos de Educação Permanente no âmbito da AB, com inclusão da importância da identificação de dados relativos às características dos trabalhadores, sobretudo nos instrumentos de registro já utilizados pelas equipes de AB, com destaque para o campo “ocupação” no cadastro individual da população adstrita das equipes vinculadas ao Nasf; - Monitorar os procedimentos de registro das características dos trabalhadores pelas equipes de AB e as ações decorrentes da identificação desse perfil; - Avaliar os resultados das intervenções realizadas mediante a identificação do perfil dos trabalhadores.
Outros serviços	Secretarias de Planejamento, Administração, Trabalho, Agricultura ou órgãos equivalentes e seus representantes locais, assim como o

(Cont.)

(Cont.)

	IBGE: podem fornecer dados sobre o perfil de trabalhadores dos territórios das equipes vinculadas ao Nasf, como dados de pesquisas realizadas sobre trabalho e renda e o mapeamento de famílias que vivem da agricultura familiar; ONG: quando seus grupos específicos de atuação são relacionados ao trabalho, podem fornecer dados relativos ao perfil dos trabalhadores daquele território.
Outros	A comunidade pode colaborar com informações sobre autônomos, trabalhadores informais, vínculos precários de trabalho, entre outras condições de vulnerabilidade da população ocupada no território.
OBS: As informações sobre o perfil dos trabalhadores propiciam maior sensibilização dos profissionais de saúde no planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde do trabalhador, como a identificação da relação dos agravos identificados pela equipe com o trabalho que os usuários executam.	
3) Identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores	
Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes AB	- Identificar, tanto na visita domiciliar quanto no atendimento individual ou em grupo, as doença ou condições referidas relacionadas ao trabalho, utilizando instrumentos de registro específicos da AB. Os acidentes de trabalho devem constar como AT, nas doenças ou condições referidas e as doenças relacionadas ao trabalho como DRT. - Observar a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais atuais ou pregressas, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, bem como a possibilidade de contrair no trabalho doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos, registrando essas possíveis relações nos Prontuários, mas também em formulários de acompanhamento específicos – como nas fichas de atendimento individual. - Compartilhar com a equipe do Nasf e outros parceiros, como o Cerest e Referências Técnicas de ST, os registros feitos sobre a situação de saúde dos trabalhadores de suas áreas de atuação, com destaque para condições críticas, que necessitam de abordagem imediata, seja para o cuidado dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho ou para a prevenção de novos casos; Apropriar-se de informações disponibilizadas por outros setores sobre os agravos e doenças relacionadas ao trabalho que atingem os trabalhadores locais, como os dados dos bancos do Ministério da Saúde (Sinan, Sim e SIH), do INSS e SRTE. Os ACS são atores importantes nesse processo, pois conhecem, de forma mais aprofundada e atualizada, as características das condições de saúde e doença dos trabalhadores da microárea em que atuam, com destaque para os que não procuram assistência nas UBS.
Equipes do Nasf	- Apropriar-se de informações disponibilizadas por outros setores sobre os agravos e doenças relacionadas ao trabalho que atingem os

(Cont.)

(Cont.)

	trabalhadores locais, como os dados dos bancos do Ministério da Saúde (Sinan, Sim e SIH), do INSS, SRTE e Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmt) das empresas de seus territórios de abrangência; - Incluir no processo de trabalho dos profissionais do Nasf o reconhecimento e registro dos agravos e doenças relacionados ao trabalho, sejam atuais ou pregressos, bem como as sequelas e limitações decorrentes. Isso deve ocorrer nas reuniões e nos atendimentos individuais ou coletivos, realizados de forma compartilhada ou não; - Compartilhar os registros com o Cerest ou Referência Técnica em ST, com vistas à tomada de decisões compartilhadas sobre as ações que devem ser desencadeadas; - Organizar, com a colaboração de parceiros como os Cerest e as Referências Técnicas em ST, um plano de Educação Permanente com objetivo de sensibilizar os profissionais da AB para a importância da identificação de trabalhadores em situação de vulnerabilidade ou expostos a riscos e perigos no trabalho, sobretudo os que não dispõem de outros serviços de proteção do estado; - Monitorar a incorporação de dados do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas rotinas das equipes vinculadas; - Avaliar as dificuldades e os avanços das equipes vinculadas no reconhecimento do perfil epidemiológico dos trabalhadores.
Gestores da AB	- Apoiar as equipes de AB na busca de informações para compor o perfil epidemiológico dos trabalhadores de suas áreas de abrangência; - Incentivar o desenvolvimento do apoio do Nasf às equipes de AB vinculadas, no sentido de sistematizar o registro de dados referentes ao perfil epidemiológico dos trabalhadores do território; - Prover as condições necessárias para a identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores da área de abrangência de cada UBS, sobretudo a inserção de conteúdos de ST nos programas de Educação Permanente; - Monitorar a implementação da identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores na área de abrangência de cada UBS e as repercussões no atendimento das equipes de AB; - Avaliar a interface entre o perfil dos trabalhadores e as demandas de atenção à saúde originadas em sua área de abrangência, para os diversos pontos da RAS.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	- Realizar busca de dados sobre o perfil epidemiológico dos trabalhadores da área de sua abrangência, a partir de bancos do Ministério da Saúde (Sinan, Sim e SIH), do INSS, SRTE, Sesmt das empresas; - Produzir boletins epidemiológicos de ST; - Organizar conteúdo teórico sobre experiências exitosas geradas a partir da identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores; - Colaborar com as equipes dos Nasf mediante as informações obtidas, com vistas à tomada de decisões compartilhadas sobre as ações que devem ser desencadeadas;

(Cont.)

(Cont.)

	- Contribuir com a elaboração de planos de Educação Permanente no âmbito da AB, com inclusão da importância da identificação de dados relativos ao perfil epidemiológico dos trabalhadores, sobretudo nos instrumentos de registro já utilizados pelas equipes de AB; - Monitorar os procedimentos de registro do perfil epidemiológico dos trabalhadores pela AB e as ações decorrentes da identificação desse perfil; - Avaliar os resultados das intervenções realizadas mediante a identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores.
Outros serviços	Serviço de vigilância epidemiológica do município e suas representações locais: podem colaborar repassando dados dos Sistemas do Ministério da Saúde (Sinan, Sim e SIH), bem como solicitar colaboração das equipes de AB na verificação da causa dos óbitos; Instituições de Ensino: contribuir para o estabelecimento de uma pauta de prioridades de estudos para as atividades laborais de alto risco desenvolvidas nos territórios da AB; INSS: disponibiliza, pelo Anuário Estatístico, dados epidemiológicos de trabalhadores formais e segurados; SRTE: podem fornecer dados mais atualizados dos casos de acidentes de trabalho ocorridos nos territórios e informações dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) das empresas; Centros Regionais da Fundacentro (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho): contribuir com a realização de levantamentos para a identificação das causas de acidentes e doenças nos ambientes de trabalho; Sesmt das empresas locais: podem fornecer dados sobre o PCMSO, inclusive informações sobre os motivos de afastamentos do trabalho dos empregados.
Outros	A comunidade pode colaborar indicando a existência de pessoas vítimas de acidentes ou doenças relacionados ao trabalho que ainda não foram cadastradas pelas equipes de AB ou não buscaram atendimento nas UBS.
OBS: A clareza sobre as repercussões do trabalho na vida e saúde individual e familiar, bem como do que adoecem e morrem os trabalhadores em seus territórios é condição para o planejamento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde do trabalhador, mas também de assistência e recuperação dos usuários do SUS. Também fica demonstrada a necessidade de serviços especializados que ofertem ações curativas e reabilitadoras. É importante observar que muitas doenças e condições referidas pelos trabalhadores ou suas famílias podem ter importantes interfaces com as condições e ambientes de trabalho atuais ou pregressos, tais como o alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma, intoxicações, doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos ou o agravamento de situações particulares como a gravidez.	

(Cont.)

(Cont.)

4) Estabelecimento de possíveis relações entre o trabalho e as doenças e os agravos apresentados pelo trabalhador e a Notificação Compulsória no Sinan	
Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes AB	- Realizar escuta qualificada do trabalhador, objetivando identificar se as queixas, sinais e/ou sintomas apresentados estão relacionados com o trabalho/ocupação atual ou pregressa do usuário, uma vez que o trabalho pode expor os sujeitos a condições, riscos e agentes nocivos à saúde; - Buscar apoio, quando necessário, dos especialistas do Nasf, profissionais do Cerest e/ou Representações Técnicas de ST e de outros serviços especializados, para o diagnóstico e estabelecimento da relação do agravo ou doença com o trabalho do usuário; - Realizar ações de vigilância epidemiológica dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, como a organização de busca ativa de casos no território; - Efetuar os procedimentos decorrentes da identificação da relação do trabalho com o agravo, como a Notificação Compulsória, utilizando as fichas do Sinan, bem como registrar os achados nos Prontuários e formulários específicos do Siab – como a Ficha D, para posterior acompanhamento; - Atentar para as situações prioritárias, como os eventos sentinela, casos traçadores ou marcadores e incidentes críticos relacionados ao trabalho; - Observar, em suas atividades cotidianas, a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais atuais ou pregressas, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, bem como a possibilidade de contrair no trabalho doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos, registrando essas possíveis relações nos Prontuários, mas também em formulários de acompanhamento específicos; - Identificar e notificar situações de risco como o trabalho infantil e o trabalho escravo, condições para as quais existem normas específicas de proteção no trabalho; - Organizar o fluxo da informação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho junto ao serviço de vigilância epidemiológica ou sua Referência Técnica no local, assim como outros serviços apoiadores - equipes do Nasf, do Cerest e/ou Referências Técnicas em ST e vigilância sanitária, objetivando elaborar um plano de ação para a prevenção de novos casos; - Verificar, nos casos de incapacidade para o trabalho por mais de 15 dias, se houve o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), o que se aplica apenas aos trabalhadores segurados do INSS. Esse formulário deve ser preenchido pelo empregador e, na falta dele, pelo Sindicato, autoridade pública ou mesmo o trabalhador. Porém, existe o Quadro II - “Atestado Médico”, que é de competência exclusiva de médico, o que pode ser realizado pelo profissional assistente, seja na AB ou em outro ponto da RAS.

(Cont.)

(Cont.)

	Os ACS são atores importantes nesse processo, pois conhecem, de forma mais aprofundada, as ocupações das pessoas de suas microáreas e o aparecimento de agravos que nem sempre chegam às equipes da AB.
Equipes do Nasf	- Apoiar ações de vigilância epidemiológica dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, como a organização de busca ativa de casos pelas equipes de AB; - Orientar as equipes de AB sobre os tipos de agravos e doenças relacionados ao trabalho que devem ser notificados no Sinan; - Colaborar com as equipes de AB no diagnóstico de doenças e agravos relacionados ao trabalho e nos procedimentos decorrentes, como a Notificação Compulsória em fichas do Sinan e preenchimento da CAT, nos casos indicados; - Colaborar com a articulação das equipes de AB para estabelecer o fluxo para a Notificação Compulsória dos agravos e doenças relacionados ao trabalho com a vigilância epidemiológica e/ou sua Referência Técnica local, Cerest e/ou Referência Técnica em ST e vigilância sanitária, objetivando elaborar um plano de ação para a prevenção de novos casos; - Atentar para situações prioritárias, como os eventos sentinela, casos traçadores ou marcadores e incidentes críticos relacionados ao trabalho nos atendimentos individuais ou coletivos dos profissionais do Nasf, sejam compartilhados ou não; - Reforçar junto às equipes de AB a importância de se considerar, em suas atividades cotidianas, as possíveis influências das atividades de trabalho dos usuários - atuais ou pregressas, na determinação e/ou agravamento de doenças e condições referidas pelos trabalhadores ou suas famílias, tais como o alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma, intoxicações, doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos ou o agravamento de situações particulares como a gravidez; - Incluir em seu plano de Educação Permanente junto às equipes de AB os conteúdos sobre busca ativa; diagnóstico e relação dos agravos e doenças com o trabalho dos usuários; Notificação Compulsória; preenchimento da CAT e as ações que se desdobram a partir da identificação dos casos, sobretudo diante de situações prioritárias, com a colaboração do Cerest e/ou Referência Técnica em ST e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária locais; - Monitorar os resultados referentes às buscas ativas e notificações dos agravos e doenças relacionados ao trabalho; - Avaliar as dificuldades e avanços das equipes vinculadas no reconhecimento da relação entre o trabalho e os agravos à saúde dos usuários, bem como as ações decorrentes dessa identificação.
Gestores da AB	- Apoiar as equipes de AB no desenvolvimento de mecanismos de vigilância epidemiológica dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, como a busca ativa, escuta qualificada e realização do registro em formulários adequados, assim como o seguimento dos casos identificados; - Estimular as iniciativas do Nasf junto às equipes de AB vinculadas, no sentido de sensibilizá-las e apoiá-las para a realização de ações de vigilância epidemiológica dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho;

(Cont.)

(Cont.)

	- Colaborar com a orientação aos Coordenadores locais dos Programas, no sentido de observarem em suas ações a possibilidade da existência de condições gerais de saúde como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais; - Colaborar com a construção dos fluxos da informação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho e dos planos de ação decorrentes; - Prover as condições necessárias para a realização da busca ativa, escuta qualificada, registro nos formulários adequados dos agravos e doenças relacionados ao trabalho e seguimento dos casos identificados; - Monitorar a implementação dos mecanismos de vigilância epidemiológica e as repercussões no atendimento das equipes da AB; - Avaliar o impacto das informações levantadas sobre a relação de doenças e agravos da população de sua abrangência com o trabalho, objetivando pactuar com gestores dos serviços especializados o encaminhamento de possíveis demandas das equipes de AB, assim como indicar e apoiar a elaboração de intervenções de vigilância de condições e ambientes de trabalho realizados em seu território, com destaque para os eventos sentinela e casos traçadores ou marcadores e incidentes críticos relacionados ao trabalho.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	- Incentivar e apoiar as equipes de AB e dos Nsf na realização de ações de vigilância epidemiológica dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, como a organização de busca ativa dos casos no território, o diagnóstico, a notificação compulsória em fichas do Sinan e o preenchimento da CAT; - Articular com as Coordenações de Programas da SES para que sejam destacados nos Protocolos e Linhas de Cuidado as possíveis influências das atividades de trabalho dos usuários - atuais ou pregressas, na determinação e/ou agravamento de doenças e condições referidas pelos trabalhadores ou suas famílias, tais como o alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma, intoxicações, doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos ou o agravamento de situações particulares como a gravidez; - Colaborar com a organização dos fluxos da informação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, mobilizando os gestores locais da AB, da vigilância epidemiológica e sanitária, objetivando viabilizar a notificação no Sinan e a elaboração de planos de ação para prevenção de novos casos, sobretudo nos eventos sentinela, casos traçadores ou marcadores e incidentes críticos relacionados ao trabalho; - Elaborar conteúdos teóricos referentes à busca ativa, identificação da relação entre agravos/doenças e o trabalho, processo de notificação no Sinan e preenchimento da CAT, para a inserção desses temas em plano de Educação Permanente da AB; - Monitorar os procedimentos de busca ativa, confirmação da relação do trabalho com os agravos dos usuários, registro subsequentes nos Sistemas de informação e o planejamento de ações decorrentes dessa identificação; - Avaliar os resultados das intervenções realizadas mediante a identificação da relação do trabalho com os agravos dos usuários.
Outros serviços	Serviços de vigilância epidemiológica e sanitária do município e suas representações locais: podem colaborar na elaboração de conteúdos sobre busca ativa; fluxos da informação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho; encaminhamentos decorrentes, como

(Cont.)

(Cont.)

	elaboração de planos de ação para prevenção de novos casos; Coordenações de Programas da SES: devem destacar nos Protocolos e Linhas de Cuidado as possíveis influências das atividades de trabalho dos usuários - atuais ou pregressas, na determinação e/ou agravamento de doenças e condições referidas pelos trabalhadores ou suas famílias, tais como o alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma, intoxicações, doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos ou o agravamento de situações particulares como a gravidez. Serviços de atenção às vítimas de violência: identificar e notificar as situações de violência relacionadas ao trabalho, sobretudo contra crianças e adolescentes; INSS: Pode realizar parceria com o Cerest para troca de informações dos bancos de dados do SUS e da Previdência, sobre os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Pode-se, ainda, solicitar palestras, cursos e educação à distância do Programa de Educação Previdenciária, que inclui orientações sobre os benefícios do INSS e o preenchimento da CAT. Avaliar se inclui os Sesmt das empresas: podem contribuir com a Notificação Compulsória e/ou encaminhamento de empregados vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho para que as equipes de AB prossigam com o fechamento da notificação; Avaliar se inclui os Planos de Saúde privados: podem contribuir com a Notificação Compulsória de beneficiários vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
Outros	Cooperativas, Sindicatos e Associações podem colaborar com o histórico de dados de trabalhadores com doenças ou agravos relacionados ao trabalho. A comunidade pode colaborar indicando pessoas com condições de saúde agravadas pelo trabalho e/ou vítimas de acidentes ou doenças relacionados ao trabalho que ainda não foram cadastradas/acompanhadas pelas equipes de AB.
OBS: Entre os exemplos de agravos de notificação compulsória no Sinan estão: acidentes de trabalho grave, fatal e com crianças e adolescentes economicamente ativos; Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/Dort; Perda Auditiva Induzida por Ruído ; acidente com material biológico; intoxicações exógenas (agrotóxicos, metais pesados etc.); dermatoses ocupacionais, entre outras. O termo “Nexo Técnico” para designar o estabelecimento de relação causal entre o trabalho e os acidentes e doenças dos trabalhadores feito pelos Peritos do INSS, no processo de concessão de benefícios aos segurados. Na atualidade, a legislação prevê a possibilidade de estabelecimento do Nexo Técnico pelo INSS sem a vinculação de uma CAT, com base no relatório do médico assistente. No âmbito dos serviços de saúde – SUS - o mais adequado é nomear esta ação de “estabelecimento da relação causal entre o agravo ou doença apresentado pelo trabalhador e o trabalho que desenvolve ou desenvolveu. Para saber mais sobre esta questão: INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/PRES Nº 31, DE 10 DE SETEMBRO DE 2008 - DOU DE 11/09/2008 – RETIFICAÇÃO. Disponível em: <http://www010.dataprev.sgov.br/sislex/paginas/23/2006/5870.htm>	

(Cont.)

(Cont.)

5) Assistência e reabilitação aos usuários com agravos e doenças relacionados ao trabalho	
Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes AB	- Observar, em suas atividades cotidianas, a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais atuais ou pregressas, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, bem como a possibilidade de contrair no trabalho doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos, registrando essas possíveis relações nos Prontuários, mas também em formulários de acompanhamento específicos; - Organizar busca ativa de usuários com doenças ou agravos relacionados ao trabalho que permanecem sem a devida assistência e/ou recuperação para o retorno ao trabalho; - Identificar casos de trabalho infantil e/ou escravo, condições para as quais existem normas específicas de proteção no trabalho; - Elaborar, em equipe multidisciplinar, Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os usuários com doenças e agravos relacionados ao trabalho, prioritariamente para os casos mais urgentes ou que envolvam maior vulnerabilidade, a partir de abordagem integral do indivíduo, considerando sua ocupação e inserção no mercado de trabalho; - Buscar AM, quando necessário, dos especialistas do Nasf, profissionais do Cerest e/ou Representações Técnicas de ST e de outros serviços especializados, para o tratamento e recuperação dos usuários com agravos ou doenças relacionados ao trabalho; - Mobilizar recursos de saúde e sociais, contribuindo no fortalecimento da rede de apoio familiar e social ao usuário com agravo ou doença relacionados ao trabalho; - Organizar fluxos de encaminhamento, quando o AM não for suficiente; - Acompanhar os casos longitudinalmente, ainda que estejam sob cuidados de outros serviços. Os ACS são atores importantes nesse processo de acompanhamento longitudinal dos usuários em tratamento na RAS.
Equipes do Nasf	- Discutir com os profissionais das equipes de AB os casos de maior complexidade e/ou agravos mais prevalentes relacionados ao trabalho daquele território; - Realizar avaliação funcional do trabalhador, para definição do serviço de saúde em que será realizado o processo de reabilitação (AB ou serviços especializados); - Contribuir com a elaboração de Projetos Terapêuticos para usuários vítimas de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, a partir de abordagem integral do indivíduo, considerando sua ocupação e inserção no mercado de trabalho; - Colaborar no desenvolvimento de estratégias para realizar ações direcionadas à população trabalhadora, como reorganização de agendas e

(Cont.)

(Cont.)

	de horários de trabalho alternativos da equipe de saúde; - Contribuir com a definição da responsabilidade da gestão de caso, em parceria com a equipe de AB, mediante a pactuação com o profissional/equipe de referência mais adequado para o seguimento dos usuários portadores de doenças e agravos relacionados ao trabalho; - Realizar atendimentos clínicos individuais ou em grupo, compartilhados com as equipes de AB ou específicos do Nasf, após discussão de caso com as equipes vinculadas; - Orientar trabalhadores com deficiência ou sequelados de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como de cuidadores e ACS, sobre manuseio, posicionamento, Atividades da Vida Diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada tipo de incapacidade para o trabalho; - Realizar atenção domiciliar compartilhada ou específica do Nasf, de trabalhadores acamados e/ou sequelados em decorrência de agravos ou doenças relacionados ao trabalho, até que profissionais da equipe de AB possa assumir o caso; - Indicar os equipamentos, instrumentos e materiais de apoio necessários para o manejo de usuários trabalhadores vítimas de agravos e doenças relacionados ao trabalho; - Mobilizar recursos de saúde e sociais, contribuindo no fortalecimento da rede de apoio familiar e social ao usuário vítima de agravo ou doença relacionados ao trabalho; - Propor às equipes de AB o encaminhamento de trabalhadores para serviços de atenção à saúde responsáveis pela concessão de órteses e/ou próteses necessárias e acompanhar o processo de reabilitação do usuário; - Contribuir com os Centros de Reabilitação Profissional do INSS nos encaminhamentos necessários junto aos empregadores para o retorno ao trabalho de deficientes ou sequelados pelo trabalho dos territórios das equipes de AB vinculadas, mediante as necessidades de restrição ou readaptação dos mesmos; - Colaborar na elaboração de Protocolos e Linhas de Cuidado para os agravos e doenças mais frequentes nos territórios das equipes vinculadas; - Monitorar regularmente o acompanhamento clínico e social longitudinal dos casos de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com os critérios previamente estabelecidos, Protocolos e Linhas de Cuidado; - Propor e coordenar a avaliação conjunta acerca do impacto das ações assistenciais e de reabilitação em ST planejadas e em desenvolvimento, junto às equipes de AB vinculadas.
Gestores da AB	- Apoiar as ações das equipes de AB na condução dos casos de usuários vítimas de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho; - Estimular as iniciativas do Nasf no sentido de fortalecer o desenvolvimento do AM para a assistência e recuperação dos usuários com agravos e doenças relacionadas ao trabalho, seja junto às equipes vinculadas, nos atendimentos individuais ou em grupo específicos do Nasf (após discussão dos casos com as equipes envolvidas) ou demais serviços especializados da RAS;

(Cont.)

(Cont.)

	- Colaborar com a orientação aos Coordenadores locais dos Programas, no sentido de destacarem em suas ações assistenciais e de reabilitação a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações; - Colaborar com a construção da pactuação de fluxos de assistência e reabilitação com os diversos pontos da RAS; - Prover as condições necessárias para a atenção integral nas ações assistenciais e de recuperação dos trabalhadores; - Monitorar as demandas, acompanhamento e fechamentos dos casos de usuários com agravos ou doenças relacionados ao trabalho; - Avaliar o impacto do atendimento clínico qualificado dos usuários com agravos e doenças relacionados ao trabalho na RAS na saúde dos usuários do território de sua abrangência.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	- Incentivar e apoiar os Nasf e equipes vinculadas na realização de ações assistenciais e de reabilitação de usuários com agravos e doenças relacionadas ao trabalho; - Oferecer apoio técnico especializado para o diagnóstico e manejo dos casos de agravos relacionados ao trabalho, devendo ser observados especialmente os casos mais graves e os de maior prevalência no território de atuação; - Contribuir na articulação com os gestores dos serviços de especialidades da RAS, do apoio técnico para as equipes de AB, assim como os fluxos de encaminhamento dos usuários que necessitam de assistência especializada; - Elaborar e/ou disponibilizar para equipes da AB conteúdos sobre Protocolos e Linhas de Cuidado específicas para a atenção integral à saúde dos trabalhadores, que devem ser contemplados no plano de Educação Permanente da AB; - Monitorar o desenvolvimento de Linhas de Cuidado e Protocolos na RAS; - Avaliar o impacto da observância de Protocolos e Linhas de Cuidado sobre a saúde dos trabalhadores.
Outros serviços	Serviços de especialidades da RAS: contribuir com a construção de Protocolos e Linhas de Cuidado para os agravos e doenças relacionadas ao trabalho; pactuar o apoio técnico especializado para o diagnóstico e manejo dos casos, observando as especificidades dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho; contribuir com a elaboração de fluxos de encaminhamentos a partir das equipes de AB. Serviços de apoio diagnóstico da RAS: contribuir com a elaboração de fluxos das solicitações de exames complementares, observando as especificidades dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho. Coordenações de Programas da SES: devem destacar nos Protocolos e Linhas de Cuidado as especificidades dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho na assistência e recuperação de usuários com condições gerais de saúde agravadas pelas atividades laborais, tais como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações. Rede de Atenção à Saúde Mental, em especial os Centros de Atenção Psicossocial: realizar AM às equipes da AB, fornecendo orientação e supervisão, atendendo conjuntamente situações mais complexas relacionadas à saúde do trabalhador, realizando visitas domiciliares

(Cont.)

(Cont.)

	acompanhadas das equipes, atendendo casos complexos por solicitação da AB; Hospitais Universitários: podem colaborar disponibilizando ambulatorios de saúde do trabalhador ou das especialidades mais demandadas para a assistência à saúde dos trabalhadores. INSS: as gerências regionais podem contribuir com a harmonização das informações necessárias para a avaliação realizada por seus peritos médicos da incapacidade laborativa para fins de concessão/prorrogação de benefícios previdenciários, de trabalhadores com agravos e doenças relacionados ao trabalho, tais como exames complementares, atestados e relatórios de médicos assistentes do SUS; otimizar o uso do fundo próprio dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) para efetiva reabilitação física e psicossocial dos trabalhadores; SRTE: colaborar com a discussão do retorno ao trabalho de pessoa com deficiência e reabilitada; Os Sesmt das empresas e os Planos de Saúde Privados podem pactuar o encaminhamento dos empregados com agravos e doenças relacionadas ao trabalho para as equipes de AB de seus territórios, contribuindo para a organização da demanda no âmbito da AB.
Outros	Cooperativas, Sindicatos e Associações: podem colaborar com o encaminhamento de trabalhadores com doenças ou agravos relacionados ao trabalho que permanecem sem a devida assistência e/ou reabilitação, contribuindo para a organização da agenda da AB. A comunidade pode colaborar indicando pessoas com condições de saúde agravadas pelo trabalho ou vítimas de acidentes ou doenças relacionados ao trabalho que necessitam de assistência e/ou recuperação, mas ainda não foram atendidas pelas equipes de AB.
OBS: Frequentemente o usuário-trabalhador com agravos ou doenças relacionadas ao trabalho é o chefe da família e, dependendo de sua situação de segurado do INSS, pode voltar ao trabalho ainda doente, sem o adequado tratamento e reabilitação ou deixar de trabalhar pela incapacidade total, o que contribui para que toda sua família entre em situação de vulnerabilidade por falta de renda. No apoio técnico especializado para o diagnóstico e manejo dos casos de agravos relacionados ao trabalho, devem ser observados especialmente aqueles com quadros clínicos mais graves, os que estão em situação de maior vulnerabilidade e os de maior prevalência no território de atuação, na perspectiva de superar as desigualdades sociais e de saúde. O acesso de trabalhadores às UBS tem sido amplamente discutido pelos serviços, sendo muitas vezes, dificultado pelo horário de funcionamento da UBS. As equipes da AB e profissionais do Nasf devem considerar esta questão ao planejar a atenção aos usuários trabalhadores, especialmente do gênero masculino.	
6) Organização e condução de atividades educativas para usuários trabalhadores	
Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os	- Identificar as necessidades de abordagens coletivas de questões relacionadas à saúde do trabalhador, a partir dos diversos contatos dos profissionais das equipes de AB com seus usuários, como por exemplo, no mapeamento do território, no levantamento do perfil

(Cont.)

(Cont.)

profissionais das equipes AB	epidemiológico dos trabalhadores e nas demandas apresentadas diretamente por eles e/ou por suas organizações em Cooperativas, Associações e Sindicatos. - Organizar e conduzir ações educativas para os trabalhadores que residem ou trabalham em seus territórios, a partir das demandas identificadas, com apoio dos profissionais do Nasf, Cerest, Referências Técnicas em ST, outros serviços especializados do SUS, etc. Exemplos: grupos temáticos de educação em saúde do trabalhador; grupos terapêuticos específicos etc. - Observar, em suas atividades cotidianas, a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais atuais ou pregressas, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, bem como a possibilidade de contrair no trabalho doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos, registrando essas possíveis relações nos Prontuários, mas também em formulários de acompanhamento específicos; - Orientar os usuários, famílias e comunidade sobre a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença, os fatores de risco ocupacionais existentes nos processos produtivos, principais agravos para a saúde e as possíveis medidas de proteção e prevenção de riscos e doenças relacionadas ao trabalho; Os ACS são atores importantes nesse processo, uma vez que reconhecem com mais facilidade as demandas dos usuários de suas microáreas.
Equipes do Nasf	- Apoiar as ações coletivas de ST propostas ou desenvolvidas pelas equipes de AB, considerando o potencial de geração de laços afetivos e convivência entre os usuários, utilizando-as como oportunidades para a Educação Permanente; - Planejar e conduzir grupos específicos das áreas de atuação dos profissionais do Nasf, direcionados a trabalhadores adoecidos ou sequelados de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, após discussão com as equipes vinculadas; - Propor parcerias com profissionais do Cerest, Referências Técnicas em ST e/ou serviços especializados da rede intra e intersectorial, para o aprofundamento de conteúdos técnicos específicos, em processo de Educação Permanente junto às equipes de AB, bem como indicar o tipo de abordagem educativa mais adequada para cada tema de ST; - Indicar os materiais permanentes, de consumo e educativos necessários para as ações de educação em saúde junto as profissionais da AB e aos grupos operativos que envolvam conteúdos de saúde do trabalhador; - Promover a divulgação do funcionamento de grupos junto aos gestores e profissionais da AB, bem como da comunidade; - Monitorar o funcionamento dos grupos direcionados aos trabalhadores, identificando as potencialidades e dificuldades encontradas; - Avaliar a efetividade dos grupos diante das demandas apresentadas pelas equipes e pelos trabalhadores, bem como as dificuldades e potencialidades encontradas.
Gestores da AB	- Apoiar as ações das equipes de AB desde a identificação de demandas e necessidades de abordagens coletivas de questões relacionadas à saúde do trabalhador até a organização de grupos específicos;

(Cont.)

(Cont.)

	- Estimular as iniciativas do Nasf no sentido de fortalecer o AM no desenvolvimento de grupos e outras demandas coletivas em saúde do trabalhador, como oportunidade para a Educação Permanente; - Colaborar na construção de parcerias com profissionais do Cerest, Referências Técnicas em ST e serviços especializados da rede intra e intersetorial, seja na criação de modelos para as ações coletivas, na participação eventual nos grupos de saúde do trabalhador e/ou na avaliação dos resultados alcançados; - Colaborar com a orientação aos Coordenadores locais dos Programas, no sentido de destacarem em suas atividades coletivas a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações; - Prover as condições necessárias para a realização dessas ações, como materiais permanentes, de consumo e educativos, assim como colaborar com a divulgação do funcionamento desses grupos junto aos profissionais da AB e comunidade; - Monitorar as demandas, a organização e o funcionamento dos grupos ou outras ações coletivas em saúde do trabalhador; - Avaliar o impacto das ações coletivas desenvolvidas sobre a qualidade de vida dos trabalhadores de suas áreas de abrangência, valorizando as experiências exitosas das equipes.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	- Colaborar com o planejamento e proposição de grupos conduzidos pela AB com temas de saúde do trabalhador; - Apoiar as equipes de AB no desenvolvimento de grupos de saúde do trabalhador; - Estimular as iniciativas dos Nasf, no sentido de sensibilizá-las e apoiá-las na organização e condução de grupos direcionados aos trabalhadores; - Contribuir, quando convidado, com participação técnica eventual nos grupos de saúde do trabalhador conduzidos pela AB; - Colaborar com as equipes indicando e convidando profissionais de outros serviços para participações eventuais em grupos da AB, de temas da saúde do trabalhador; - Pactuar com as coordenações de Programas da SES que sejam destacadas em seus grupos temáticos (educativos ou terapêuticos) a possibilidade de condições gerais de saúde como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, serem agravadas pelas atividades laborais. - Monitorar o desenvolvimento dos grupos de saúde do trabalhador da AB, dando visibilidade às experiências exitosas de forma intra e intersetorial, bem como em eventos locais, regionais ou nacionais; - Avaliar o desempenho dos grupos de saúde do trabalhador desenvolvidos na AB, no sentido de aprimorar o modelo de abordagem dos temas de interesse.
Outros serviços	Serviços de especialidades da RAS: contribuir com a organização de grupos sobre os agravos e doenças relacionadas ao trabalho e participar

(Cont.)

(Cont.)

	como convidado eventual em seus encontros; Coordenações de Programas da SES: devem indicar que sejam destacadas em seus grupos temáticos as especificidades dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho na assistência e recuperação de usuários com condições gerais de saúde agravadas pelas atividades laborais, tais como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações. Rede de Atenção à Saúde Mental, em especial os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS: realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental relacionada ao trabalho, em cooperação com as equipes da AB, Nasf, Cerest e Referências Técnicas em ST; Centros de Referência de Assistência Social e Centros de Referência Especializados de Assistência Social: por serem unidades públicas estatais, localizadas em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinadas ao atendimento socioassistencial de famílias que necessitam de inclusão na Proteção Social Básica ou do trabalho social especializado do Sistema Único de Assistência Social, devem ser protagonistas na concretização dos direitos socioassistenciais nos territórios, como os relacionados ao desemprego ou violação de direitos trabalhistas; Instituições de Ensino: podem celebrar parcerias no sentido de apoiar a criação, desenvolvimento e avaliação de ações coletivas em saúde do trabalhador, no âmbito da AB, com destaque para a execução de ações educativas sobre temas relacionados com a melhoria das condições de trabalho nos aspectos de saúde e meio ambiente do trabalho; INSS: pode contribuir com conteúdos do Programa de Educação Previdenciária; SRTE: pode colaborar com ações educativas com temas das Normas Regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho; Centros Regionais da Fundacentro (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho): podem colaborar com o levantamento de iniciativas locais de capacitação em ST; contribuir com a articulação com organismos e instituições de pesquisa e universidades para a execução de estudos e pesquisas locais em Saúde do Trabalhador, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico-científico e inovação na área; cooperar tecnicamente na capacitação em ST para os pequenos empreendedores, empregadores e trabalhadores; propor a inclusão de conhecimentos básicos em prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no currículo das escolas locais do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada; colaborar com a capacitação em ST dos professores do ensino fundamental, médio, técnico, profissionalizante e superior da rede pública e privada; Sesmt das empresas: podem indicar temas a serem desenvolvidos com os empregados das empresas, contribuindo para a organização da demanda de ações coletivas no âmbito da AB.
Outros	Cooperativas, Sindicatos e Associações: podem colaborar com a indicação de temas relevantes para os trabalhadores das áreas de abrangência das equipes de AB, contribuindo para a organização das ações coletivas no SUS; A comunidade pode colaborar indicando temas de saúde do trabalhador a serem desenvolvidos nas ações coletivas das equipes de AB.
OBS: Devem ser priorizadas ações coletivas direcionadas aos trabalhadores em situação de maior vulnerabilidade, na perspectiva de superar as desigualdades	

(Cont.)

(Cont.)

sociais e de saúde. Entre os exemplos, estão aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, sem cobertura da proteção social do Estado.

A divulgação das informações sobre o perfil de trabalho e de adoecimento da população trabalhadora que reside no território é essencial na sensibilização da comunidade para a geração de autonomia quanto à proteção aos trabalhadores e a promoção do autocuidado.

Com objetivo de fomentar que os trabalhadores e suas representações, deve-se atentar para temas que perpassem as condições de emprego ou desemprego na comunidade, a relação entre o processo de trabalho e o processo de saúde-doença, comunicação sobre fatores de risco ocupacionais existentes nos processos produtivos, principais agravos para a saúde, medidas de proteção e prevenção, ações de promoção da saúde do trabalhador no espaço do trabalho, proteção social ao trabalhador, como os direitos previdenciários e trabalhistas, inclusive sobre a emissão da CAT ou documento similar, para os trabalhadores com vínculo formal de trabalho. Devem ser promovidas abordagens sobre esses temas tanto nos atendimentos individuais, nos grupos educativos e terapêuticos da UBS, nas visitas domiciliares ou em parcerias intra ou intersetoriais.

7) Proposição e acompanhamento de ações de promoção da saúde dos trabalhadores e vigilância dos ambientes e processos de trabalho

Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes AB	- Identificar as ações necessárias de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho, a partir dos diversos contatos dos profissionais das equipes de AB com seus usuários, do mapeamento do território, do levantamento do perfil epidemiológico dos trabalhadores e das demandas apresentadas diretamente por eles e/ou suas organizações em Cooperativas, Associações e Sindicatos; - Organizar e conduzir ações de promoção da saúde e vigilância de ambientes e processos de trabalho para os trabalhadores que habitam ou trabalham em seus territórios, a partir das demandas identificadas, com apoio dos profissionais do Nasf, Cerest, Referências Técnicas em ST e/ou outros serviços como a Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Instituições de Ensino, INSS, SRTE, Ministério Público do Trabalho, Conselho Tutelar, etc; - Observar, em suas atividades cotidianas, a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais atuais ou pregressas, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, bem como a possibilidade de contrair no trabalho doenças infecciosas ou parasitárias, malária, tuberculose, hepatite, tétano acidental, assim como vítimas de picadas de insetos e animais peçonhentos, o que pode exigir a articulação intersetorial, em especial com os empregadores; - Identificar casos de trabalho infantil e/ou escravo, condições para as quais existem normas específicas de proteção no trabalho. - Discutir sobre condições de emprego ou desemprego na comunidade, identificando as formas de organização dos trabalhadores formais (ex: Sindicatos) e informais (ex: Associações) e mobilizando a participação da comunidade nas questões de ST e Ambiental, buscando efetivar a participação social.
ACS	Considerando que o ACS habita em sua microárea, ele conhece em maior profundidade as demandas dos usuários e as necessidades

(Cont.)

(Cont.)

	estruturais do local, podendo colaborar fortemente com a indicação dos serviços e setores responsáveis pela melhoria das condições de vida e de trabalho dos usuários trabalhadores; Os ACS são atores importantes nesse processo, uma vez que podem identificar o melhor momento e a melhor abordagem para a vigilância dos ambientes e processos de trabalho de sua microárea, haja vista que conhecem os locais de maior risco social, inclusive para a segurança dos profissionais envolvidos nas ações. Destaca-se a necessidade de adequação da atuação do ACS nesse processo, no sentido de não fragilizar o vínculo de confiança instituído com a comunidade.
Equipes do Nasf	- Pautar nas reuniões com as equipes de AB temas sobre a promoção da saúde e vigilância de ambientes e processos de trabalho de seus territórios; - Propor o desenvolvimento de ações junto a empreendimentos locais de economia solidária; - Propor e apoiar atividades e intervenções de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, nos estabelecimentos comerciais ou domicílios identificados como locais de trabalho, bem como no peridomicílio; - Auxiliar na produção de informes e outras formas de divulgação, utilizando os dados coletados e sistematizados no processo de mapeamento do território, cadastramento das famílias, outras abordagens feitas pelos profissionais da AB em conjunto com o Nasf, bem como informações de pesquisas sobre prevenção de agravos relacionados a processos produtivos existentes nos territórios das equipes de AB; - Propor e apoiar ações relacionadas à promoção da saúde do trabalhador, com foco na intersectorialidade, objetivando alcançar os determinantes e condicionantes sociais da saúde, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores que habitam os territórios das equipes vinculadas ou exercem suas atividades econômicas nesse espaço; - Propor e apoiar parcerias com Cerest, Referências Técnicas em ST e/ou outros serviços como a Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Instituições de Ensino, INSS, SRTE, Ministério Público do Trabalho, Conselho Tutelar etc. - Indicar os recursos necessários, incluindo equipamentos, instrumentos e materiais de apoio para as ações de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho; - Monitorar os desdobramentos das ações de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho realizados nos territórios das equipes vinculadas; - Avaliar a efetividade das ações realizadas de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho, bem como as dificuldades e potencialidades encontradas.
Gestores da AB	- Apoiar as equipes de AB na identificação, organização e condução das demandas de ações de promoção da saúde e de intervenções de vigilância em ambientes e processos de trabalho;

(Cont.)

(Cont.)

	- Estimular as iniciativas do Nasf no sentido de fortalecer o AM no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho, como oportunidade para a Educação Permanente; - Colaborar na construção de parcerias com profissionais do Cerest, Referências Técnicas em ST e/ou outros serviços como a Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Instituições de Ensino, INSS, SRTE, Ministério Público do Trabalho, Conselho Tutelar etc, seja no desenvolvimento das ações de promoção da saúde e de intervenções de vigilância em ambientes e processos de trabalho ou na avaliação dos resultados alcançados; - Colaborar com a orientação aos Coordenadores locais dos Programas, no sentido de destacarem em suas ações de promoção e vigilância em saúde a possibilidade de condições gerais de saúde influenciarem no trabalho ou serem agravadas pelas atividades laborais, como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, o que pode exigir a articulação intersetorial, em especial com os empregadores; - Prover as condições necessárias para a realização dessas ações, como veículo, motorista, acesso a recursos de Tecnologia da Informação, materiais permanentes, de consumo e educativos; - Monitorar as demandas, a organização e a condução das ações de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho; - Avaliar o impacto das ações desenvolvidas de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho sobre a qualidade de vida dos trabalhadores de suas áreas de abrangência, valorizando as experiências exitosas das equipes.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	- Colaborar com a metodologia de identificação das ações necessárias de promoção da saúde e vigilância de ambientes e processos de trabalho no âmbito da AB, preferencialmente em processo de Educação Permanente; - Apoiar as equipes de AB na condução das atividades e intervenções identificadas como necessárias para a promoção da saúde e vigilância de ambientes e processos de trabalho, preferencialmente em processo de Educação Permanente; - Estimular as iniciativas das equipes dos Nasf, no sentido de sensibilizá-las e apoiá-las na organização e condução de atividades e intervenções de promoção da saúde e vigilância de ambientes e processos de trabalho junto às equipes vinculadas, bem como colaborar na produção de material educativo direcionado às especificidades dos territórios de suas abrangências; - Colaborar com as equipes da AB na construção de parcerias com outros serviços relacionados com a promoção da saúde e vigilância de ambientes e processos de trabalho, como a Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Instituições de Ensino, INSS, SRTE, Ministério Público do Trabalho, Conselho Tutelar etc. - Pactuar com as Coordenações de Programas da SES que sejam destacadas em suas ações de promoção e vigilância em saúde a possibilidade de condições gerais de saúde como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações serem agravadas pelas atividades laborais, o que pode exigir a articulação intersetorial, em especial com os empregadores; - Monitorar o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho no âmbito da AB, dando visibilidade às experiências exitosas de forma intra e intersetorial, bem como em eventos locais, regionais ou nacionais;

(Cont.)

(Cont.)

	- Avaliar o desempenho das ações de promoção da saúde e de vigilância de ambientes e processos de trabalho no âmbito da AB, no sentido de contribuir com o aprimoramento das abordagens adotadas.
Outros serviços/instâncias	Coordenações de Programas da SES: devem indicar que sejam observados em seus grupos temáticos as especificidades dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho na assistência e recuperação de usuários com condições gerais de saúde agravadas pelas atividades laborais, tais como gravidez, alcoolismo, estresse, depressão, hipertensão arterial, diabetes, câncer, asma e intoxicações, o que pode exigir a articulação intersetorial, em especial com os empregadores; Instituições de Ensino: podem celebrar parcerias no sentido de apoiar a criação, desenvolvimento e avaliação de ações de promoção da saúde e vigilância de ambientes e processos de trabalho no âmbito da AB; Unidades ofertantes de cursos de formação inicial e continuada do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego - Pronatec, como os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia e serviços de aprendizagem que compõem o Sistema “S” (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI; Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC; Serviço Social da Indústria – Sesi; Serviço Social do Comércio – Sesc; Serviço Nacional de Aprendizagem Rural – SENAR e Serviço de Apoio a Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE): mediante a parceria com o Programa de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho – ACESSUAS/Trabalho, buscar a autonomia das famílias usuárias da Política de Assistência Social, por meio da articulação e da mobilização à integração ao mundo do trabalho, com a mobilização de usuários e articulação com diferentes parceiros e políticas públicas; INSS: pode colaborar na divulgação das novas categorias de segurados a fim de aumentar a formalização de pequenos empreendedores, o que permitirá a segurança da população assistida quando necessitar dos benefícios previdenciários, propiciando um incremento na qualidade de vida da população; SRTE: pode contribuir com a realização de análises sistemáticas dos acidentes de trabalho, com participação dos atores sociais; colaborar com a efetiva fiscalização, controle e promoção da qualificação dos Sesmt das instituições e empresas públicas e privadas; colaborar na análise de impactos à segurança e saúde no trabalho na fase de licenciamento de instalação e funcionamento de novos empreendimentos nos territórios da AB; participar da elaboração de programas locais de proteção ao trabalhador; contribuir com a formulação e proposição de atividades relacionadas com a inspeção dos ambientes, processos e condições de trabalho, inclusive a fiscalização da adequação de máquinas e equipamentos à regulamentação nacional de segurança e saúde nos ambientes de trabalho; orientar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador de empresas presentes nos territórios das equipes vinculadas; Centros Regionais da Fundacentro (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho): contribuir com a elaboração de estudos e pesquisas pertinentes aos problemas que afetam a segurança e saúde do trabalhador, bem como a produção de análises, avaliações e testes de medidas e métodos que visem à eliminação ou redução de riscos no trabalho, incluindo equipamentos de proteção coletiva e individual; contribuir com o planejamento e desenvolvimento de ações para a proteção e promoção da saúde do trabalhador; Sesmt das empresas: devem elaborar e desenvolver o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), o Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais (PPRA) e o Perfil Profissiográfico Previdenciário dos empregados de estabelecimentos em que são contratados.

(Cont.)

(Cont.)

Outros	Cooperativas, Sindicatos, Associações e a própria comunidade: devem ser identificadas essas formas de organização dos trabalhadores formais e informais, que podem colaborar na indicação de situações específicas que necessitem de abordagens de promoção da saúde e/ou vigilância de ambiente e processos de trabalho, buscando efetivar a participação social, fundamental em saúde do trabalhador.
8) Inclusão do padrão de qualidade 3.49 e 3.50 do AMAQ-NASF na Matriz de Intervenção da autoavaliação dos Nasf	
Responsáveis	Competências
Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes AB	Colaborar com o Nasf no desenvolvimento da autoanálise do padrão 3.49 e 3.50 do AMAQ-NASF.
ACS	Os ACS são atores importantes nesse processo, pois podem sinalizar a necessidade de se priorizar a avaliação do padrão de qualidade de saúde do trabalhador, mediante a realidade local dos usuários.
Equipes do Nasf	Demonstrar a importância do planejamento para implementação das intervenções de ST identificadas na AB; Discutir os desafios e ações para o enfrentamento dos problemas de saúde do trabalhador, com a participação de todos os atores envolvidos; Incluir na elaboração da matriz de intervenção do Nasf o padrão de qualidade 3.49 e 3.50 do AMAQ-NASF e a construção dos planos estratégicos de intervenção; Avaliar os resultados alcançados diante das intervenções de ST implantadas e implementadas.
Gestores da AB	Evidenciar a importância das informações de ST no PMAQ; Incorporar mecanismos de gestão que garantam o esforço permanente de interpretação crítica sobre os resultados obtidos pelas equipes de AB, relativas ao padrão de ST; Usar continuamente, nos processos de apoio institucional, as informações de ST obtidas.
Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	Demonstrar o valor do padrão de qualidade da ST para as equipes de Nasf; Colaborar na solução das dificuldades encontradas pelas equipes de AB no desenvolvimento da AMAQ.
Outros serviços	Instituições de Ensino responsáveis pela Avaliação Externa: observar a especificidades locais referentes ao padrão de qualidade de ST.

(Cont.)

(Cont.)

Cerest e/ou Referências Técnicas em ST	Colaborar com o Nasf no desenvolvimento da autoanálise do padrão 3.49 e 3.50 do AMAQ-NASF.
--	--

Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se a importância da busca de informações sobre ST, para a definição de prioridades no planejamento realizado no âmbito da AB, assim como a necessidade de capacitação sobre o tema ST, que, preferencialmente, deve ser contemplada nas Políticas de Educação Permanente dos níveis estadual e municipal do SUS, mas também nos planos locais de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais da AB – importância da gestão de todos os níveis da AB em apoiar a elaboração de planos de Educação Permanente que contemplem as questões de ST.

4. CASOS ILUSTRATIVOS

Caso ilustrativo1

O trabalho em aterros sanitários, uma realidade em todos os municípios, com destaque para a exposição dos trabalhadores, incluindo crianças e comunidade e que envolve a questão ambiental e a consciência da sociedade.

A descrição das ações intra e intersectorial deve incluir o papel da AB, Nasf, serviços de populações vulneráveis e de prevenção da violência do SUS, Cerest, Secretarias de Meio Ambiente, da criança, de educação, esporte, lazer, cultura e trabalho, MPT, ONG, Cooperativas de reciclagem.

Caso ilustrativo2

No interior do país, num município de 156.576 habitantes, mora o senhor João, casado com a senhora Maria, pai de três crianças. Há cerca de três anos, o Sr. João está empregado numa indústria de exportação de carne da cidade. Ele trabalha junto à esteira para corte de frangos, realizando grande quantidade de movimentos repetitivos de braços, antebraços e punhos, que chegam, muitas vezes, a mais de 10 sequências por minuto. Sua atividade é realizada exclusivamente em pé, sob pressão de tempo, ao ritmo automático das máquinas, impossibilitando-o de exercer controle do seu próprio trabalho.

Certo dia, a Sra. Maria recebeu, em seu domicílio, a visita da Francisca, agente comunitária de saúde - ACS. Esta lhe perguntou como estava a saúde dos membros

daquela família. A Sra. Maria informou que todos estavam bem, exceto o seu esposo que estava constantemente se queixando de dor no braço direito. Inclusive, ele teve que faltar ao trabalho alguns dias nas últimas semanas. A ACS orientou que o Sr. João (Cont.) ize uma consulta com a médica da UBS do bairro onde moram para avaliar melhor essa dor. Assim, a Sra. Maria o fez.

No dia marcado, o Sr. João compareceu à UBS. Durante a consulta médica, ele se queixou de dor constante e fadiga no braço, com episódios de dormência, enrijecimento, e falta de firmeza na mão. Relatou ainda que na época de maior movimento da empresa em que trabalha, as sintomas ficam mais intensos. A médica perguntou se o Sr. João sofreu algum trauma ou apresenta doenças como artrite, diabetes, hipotireoidismo. Ele informou que é diabético e hipertenso, mas está sob controle, pois faz acompanhamento no serviço médico da indústria onde trabalha. A profissional indagou ainda se na sua rotina de trabalho há pausas periódicas e se são cobradas metas de produção. Ele respondeu que trabalha com jornadas prolongadas, sem pausas, para atingir as metas traçadas pela empresa.

Após o exame físico detalhado e a análise de exames complementares recentes que o Sr. João levou à consulta, a médica conclui estar diante de um caso de LER/Dort. Por isso, tomou providências para que o caso fosse notificado ao Sistema de Informações e Agravos de Notificação (Sinan).

Além de prescrever o tratamento medicamentoso, à base de analgésicos e antiinflamatórios, ela inclui a fisioterapia no plano de tratamento daquele usuário. O tratamento fisioterapêutico foi discutido em reunião daquela equipe com o Nasf a ela vinculado, tendo sido agendado para ocorrer durante os atendimentos individuais realizados pelo profissional desse Núcleo.

O fisioterapeuta do Nasf atentou ao fato de estar tratando outros trabalhadores da empresa onde o Sr. João trabalha, devido às mesmas queixas. Sendo assim, durante a reunião para planejamento das ações e organização do cronograma de atendimento mensal dos profissionais do Nasf com as equipes de AB de sua área de abrangência, ele sugere que o Cerest Regional seja informado sobre os casos de LER/Dort observados naqueles territórios e solicitado a avaliar o ambiente de trabalho dessa empresa. A assistente social do Nasf, presente a essa reunião, ressaltou a importância da emissão de CAT para fins de possíveis benefícios previdenciários. Para tanto, solicitou da

Coordenação da AB do município que fizesse um levantamento, junto à Vigilância Epidemiológica e às UBS, de todos os casos de LER/Dort citados pelo fisioterapeuta, médicos das equipes de AB e do serviço especializado na assistência em Fisioterapia, a fim de se dirigir aos trabalhadores afetados para lhes prestar as orientações referentes à Previdência Social, cabíveis a cada caso.

Posteriormente, a equipe do Cerest Regional, juntamente com os profissionais do Nasf envolvidos e o ACS daquela microárea, realizou visita àquela indústria de exportação de carne. Lá foi constatada a presença de vários riscos ergonômicos inerentes à atividade laboral realizada. Observou-se o fornecimento de Equipamentos de Proteção (Cont.) 1 – EPI, contudo a forma como o processo de trabalho tem sido realizada potencializa o surgimento de LER/Dort. (Cont.)

Então, os profissionais do Cerest e do Nasf, acompanhados do ACS, repassaram orientações aos trabalhadores e ao empregador sobre a necessidade de se implementar medidas preventivas, de controle, tais como: evitar a realização de atividades de forma contínua e repetitiva, com movimentos bruscos de impacto dos membros superiores além dos limites de cada trabalhador; promover mudanças nas posições de trabalho, estabelecendo postura sentada, bem como postura em pé; alternar com atividades sem exigência de repetitividade; reduzir a monotonia, entre outras.

De posse dos dados referentes aos casos de LER/Dort notificados no Sinan deste município e informações dos usuários que estão sendo tratados por conta de LER/Dort em cada UBS vinculada ao Nasf, a assistente social e o fisioterapeuta decidiram montar um grupo operativo/educativo com auxiliares e técnicos de saúde bucal, telefonistas, cabeleireiras, passadeiras, cozinheiras, copeiros, eletricitas, auxiliares de cozinha, auxiliares de administração, auxiliares de contabilidade, profissionais do setor de calçados, costura, embalagem, entre outros.

No entanto, houve baixa adesão ao grupo devido à incompatibilidade de horários dos trabalhadores com o cronograma de atendimento dos profissionais do Nasf. Sendo assim, eles passaram a realizar encontros nos locais de trabalho, durante os quais faziam educação em saúde destinada à prevenção de LER/Dort. Como em algumas das empresas havia turno de trabalho à noite, foi pactuada com o gestor da UBS a autorização da troca de horário dos profissionais envolvidos para que fosse viabilizada a ação educativa para todos os trabalhadores.

Com o passar do tempo, o número de caso de LER/Dort notificados na área de abrangência daquele Nasf diminuíram. E o intervalo de reincidência das crises daqueles que já eram acometidos por essa doença foi aumentado. Em momento de avaliação dos impactos das ações desencadeadas, verificou-se que isso deve à atuação conjunta das equipes de AB, do Nasf e do Cerest, articulando os vários saberes (de campo e de núcleo), de diversos atores (usuários, profissionais de saúde, empregador) com vistas à saúde dos trabalhadores, ofertando-lhes atendimento individual, com base na clínica ampliada e na geração de autonomia pela comunidade, por meio de atividades coletivas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual modelo de gestão do SUS, a efetiva implementação da PNSTT depende da capacidade das equipes da AB de reconhecerem o usuário enquanto trabalhador e as relações trabalho-saúde-doença presentes em seus territórios de atuação.

Importa destacar que nem sempre a AB apresenta condições para dar conta dessas importantes tarefas, seja por falta de pessoal ou de capacitação, o que prejudica o desenvolvimento da atenção integral pelas equipes. Assim, muitas vezes, os profissionais da equipe da AB não sistematizam as informações na perspectiva do cuidado aos trabalhadores, por fatores que vão desde a falta de preparo técnico para as questões que envolvem os riscos e adoecimento relacionado ao trabalho até à sobrecarga de trabalho e falta de tempo para organizar e discutir as informações em equipe.

Entretanto, permanece a responsabilidade sanitária em relação aos problemas de saúde do trabalhador, sendo necessário buscar estratégias eficazes para a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo. Para isto, é essencial que as equipes do Nasf, junto com outros pontos de atenção da RAS, estejam preparadas para oferecer suporte técnico, pedagógico e institucional às ESF, de modo a concretizar a transversalidade da ST nos serviços de saúde.

Também é imperiosa a sensibilização dos gestores, em todas as esferas do SUS, de modo a qualificar o olhar e as ações já desenvolvidas pela principal porta de entrada dos usuários no Sistema. Na medida em que forem se desenvolvendo as ações de ST, o gestor local/regional da AB deve ser informado sobre as dificuldades encontradas, no sentido de colaborar com a superação dos entraves relatados.

Os avanços obtidos devem ser divulgados, no sentido de valorizar o esforço dos profissionais e gestores envolvidos. Podem ser elaborados Relatos de experiências e de casos, ou descrição de Projetos de ST, para serem apresentados em encontros da AB e de ST, promovidos pelos três níveis de gestão do SUS (Ministério da Saúde, estados, DF e municípios).

Vale destacar que o reconhecimento das ações de ST no âmbito da AB, fortalece o papel da AB diante da RAS, desde a reafirmação da importância do acolhimento mediante a

visão integral dos usuários, até a coordenação do cuidado, resultado da exigência da articulação intra e intersetorial.

A incorporação da ST na AB por intermédio do matriciamento dos Nasf também poderá repercutir na valorização da função desses Núcleos, à medida que se tornam mais claras suas atribuições, com destaque para seu papel de integração e fortalecimento da AB, de AM junto às equipes de AB, de articulação com pontos da RAS e da rede social, com objetivo de ampliar a resolutividade no SUS e aumentar a qualidade de vida da população.

Considerando a força dos Nasf na construção da intrasetorialidade das ações de ST, outras diretrizes do SUS serão robustecidas, como a integração das diferentes áreas técnicas da vigilância em saúde e da rede de assistência. Com relação à participação dos Nasf na consolidação da intersetorialidade por ser condição de maior eficácia das ações de ST, haverá repercussão do desenvolvimento dessa capacidade também para a abordagem de outras áreas técnicas do campo da saúde que demandam relações com diferentes órgãos e instituições, a exemplo da saúde mental e saúde do homem.

Igual importância deve merecer o tema da capacitação das equipes, em sintonia com as Políticas de educação permanente dos níveis estadual e municipal do SUS, e no nível local de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais da AB.

8. PARA SABER MAIS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823/2012, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>

BRASIL. Decreto Presidencial nº. 7.602/2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.728/2009, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. 2012a. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/recursos/diretrizes-implanta%C3%A7%C3%A3o-vigil%C3%A2ncia-sa%C3%BAde-trabalhador-sus>>

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde /Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; Elizabeth Costa Dias (Org.). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.580 p. [Série A Normas e Manuais Técnicos, no. 114]. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos e diretrizes de atenção à saúde do trabalhador**. Brasília, 2013b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pub_destaque.php>.

Sites interessantes

Área temática Saúde do Trabalhador - BVS MS:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/index.php>

Ferramenta de enlace virtual da Renast:
www.renastonline.org.

Centro Colaborador Vigilância dos Acidentes de Trabalho da Universidade Federal da Bahia (CC-Visat/UFBA):
www.ccvisat.ufba.br.

Observatório de Saúde do Trabalhador:
<http://www.observatoriost.com.br/home.php>.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Publica a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, 09 ago. 1943. Disponível em:
<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/10/1943/5452.htm>>

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

_____. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde /Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; Elizabeth Costa Dias (Org). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. [Série A Normas e Manuais Técnicos, no. 114]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>

_____. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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 [...]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, pg. 48. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>

_____. Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 20 jun. 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>

_____. Decreto Presidencial nº. 7.602/2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>

_____. Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho: Plansat**. 2012a. Disponível em:

<http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A38CF493C0138E890073A4B99/PLANSAT_2012.pdf>
>

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 2012b. Disponível em: <<http://renastonline.org/legislacao/pnst>>

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Núcleos de Apoio à Saúde da Família/ AMAQ-NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 67 p.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 jun. 2014b. Disponível em:
<<http://www.apecih.org.br/arquivos/noticias/Notifica%C3%A7%C3%A3o%20compuls%C3%B3ria%20-%20Brasil%202014.pdf>>

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>

NEHMY, R. M. Q.; DIAS, E. C. Os caminhos da saúde do trabalhador: para onde apontam os sinais? **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 20, n. 2, p. 13-23, 2010. Suplemento. Disponível em:
<<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/261/244>>

NEVES, M. A.; PEDROSA, C. M. **Gênero, flexibilidade e precarização: o trabalho a domicílio na indústria de confecções**. Sociedade e Estado. Brasília. 2007; 22(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-69922007000100002&script=sci_arttext&lng=en>

SANTANA, V. S. *et al.* **Accidentes de trabajo fatales y violencia interpersonal en Brasil, 2000-2010. Salud Colectiva**. 2013; 9(2):139-149. Disponível em:
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652013000200002&script=sci_arttext>

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VIEIRA, M. C. F.; DIAS, E. C.; MATTOS R.C. Contribuição da Atenção Primária à Saúde do trabalhador no domicílio. In: Dias, E. C.; Silva, T. L. (orgs). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013. Pag. 307-340. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100007&script=sci_arttext>

5.4.2 *Boletim de Saúde do Trabalhador no Distrito Federal e o desenvolvimento da APS: aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional*

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
CENTRO DE ESTUDO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA**

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

**Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento
de ações de Saúde do Trabalhador**

Produto 2

***Boletim de Saúde do Trabalhador e o desenvolvimento da APS no Distrito Federal:
aspectos geográficos, sociodemográficos, epidemiológico, histórico e organizacional.***

Rio de Janeiro, RJ

2014

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	154
2. APRESENTANDO O DISTRITO FEDERAL: aspectos geográficos, sociodemográficos e epidemiológicos	155
3. A ORGANIZAÇÃO DO SUS-DF	169
3.1 A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS-DF	173
3.2 Atenção Primária à Saúde no SUS-DF.....	175
REFERÊNCIAS	180

1. INTRODUÇÃO

Este texto resulta do estudo feito pela autora enquanto aluna do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional – em Saúde Pública, área de Vigilância em Saúde do Trabalhador, intitulado: “Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador”.

No seu desenvolvimento, foram produzidas e sistematizadas informações sobre a organização e funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal, com foco nos Nasf. Considerando a escassa produção sobre o tema existente no âmbito do serviço, optou-se pela organização deste volume como contribuição aos processos de capacitação e educação permanente dos profissionais das equipes da APS e da Saúde do Trabalhador (ST).

A caracterização do campo de estudo baseou-se no reconhecimento da organização das ações e serviços da APS, ST e dos Nasf no território do DF, a partir da busca de dados estatísticos e informações sociogeográficas da SES/DF e de instituições como o IBGE e a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), e trabalhos científicos que abordam a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no DF. Também foram realizadas pesquisas no Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), que dispõe de links para os Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB), e para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Informações mais específicas sobre os Nasf do DF foram obtidas em entrevistas com servidora da Subsecretaria de Atenção Primária (SAPS) da SES/DF que até dezembro de 2012 respondia pela Coordenação dos Nasf e com a técnica da SAPS que responde pela função no momento do estudo.

Cumprindo-se dessa forma um dos objetivos básicos do Programa de Pós-Graduação, na formação de Mestrado Profissional, de ensinar o resgate e a sistematização de conhecimentos que se originam no serviço de saúde e a ele retornam de modo a contribuir para o aperfeiçoamento de suas práticas.

Certamente este não é um texto acabado e deverá passar pelo crivo dos setores competentes da Secretaria de Saúde do DF, para que venha finalmente cumprir o papel que se desenha para ele.

A autora reconhece e agradece a muitas contribuições que recebeu dos colegas para a produção desse material e assume a responsabilidade por eventuais incorreções e imperfeições nele contidas

2. APRESENTANDO O DISTRITO FEDERAL: aspectos geográficos, sociodemográficos e epidemiológicos

Para se conhecer o desenvolvimento e organização da atenção à ST e em particular da APS no DF, é necessário atentar para algumas características desse ente federado que o distingue das demais unidades da Federação Brasileira. Assim, serão apresentados, a seguir, alguns resultados obtidos a partir da busca de dados e informações institucionais, com destaque para as do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Governo do Distrito Federal (GDF) e de empresas públicas.

O DF é uma das 27 unidades federativas do Brasil e se encontra localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, sendo Goiás e Minas Gerais seus estados limítrofes. Apresenta área de 5.779.999 Km² e altitude que varia de 1.200 a 1.400 metros acima do nível do mar, com características típicas do bioma cerrado.

A população de 2.722.000 habitantes é essencialmente urbana (96,6%), enquanto 87.950 (3,4%) moram na zona rural, sendo que o índice é maior do que a média nacional, posto que 84,8% dos brasileiros vivem em áreas urbanas. Os dados de 2012 mostram, ainda, que existem 774.021 unidades domésticas por organização familiar, habitando em média 3,2 pessoas por domicílio (IBGE, 2013). No DF, em 10 anos, o crescimento populacional foi de 24,95%, bem mais elevado do que os 12,3% registrado pela população brasileira. Há cinco pontos percentuais de diferença entre o número de mulheres (52,3%) e o de homens (47,7%), sendo que a média da esperança de vida ao nascer é de 77 anos, sendo maior para as mulheres (80,5 anos). Em relação à raça/cor, a população do DF não difere das características dos brasileiros de forma geral, com leve predominância do aumento de pardos e pretos (IBGE, 2013).

Quanto à distribuição de faixa etária, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2012 revela redução no número de nascimentos e acréscimo no percentual da população idosa. Os dados demonstram o crescimento desta população, tanto no DF quanto no Brasil. Contudo, destaca-se que, em 2012, o crescimento da proporção da população nesta faixa etária no DF (9,8%) foi mais que o dobro em relação ao observado no Brasil (4,8%). Em 2012, apenas pouco mais da metade da população era natural do DF (IBGE, 2013), o que está relacionado ao fato de sua fundação ter ocorrido há pouco mais de 50 anos, além de ter sido uma cidade marcada por grande fluxo migratório.

Destaca-se, ainda, que os municípios do entorno do DF compõem uma das regiões com maior crescimento populacional no Brasil, sobrecarregando a demanda de serviços no DF, sobretudo nos setores de transporte, segurança, saúde, educação e meio ambiente. Em 1998 foi editada a Lei Complementar nº 94 (BRASIL, 1998), que instituiu a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (Ride), composta de 19 municípios do estado de Goiás e 03 de Minas Gerais, juntamente com o DF, totalizando 3.836.853 habitantes (Figura 2). Essa rede criada foi com o objetivo de integração de ações entre a União, Estados, Municípios e DF na solução dos problemas vivenciados pelas populações do chamado “entorno do DF” e suas relações com Brasília, promovendo o fortalecimento da ação pública na região (DISTRITO FEDERAL, 2012c).

Figura 2 – Mapa dos municípios da Ride.



Fonte: Distrito Federal, 2012c.

Em que pese a pressão da população do entorno sobre os serviços, o DF aparece no Brasil em primeiro lugar na classificação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), desde a criação do indicador pela Organização das Nações Unidas (ONU)⁷(ONU, 2013). Estudo publicado em 2013 revela que o DF obteve 0,824 pontos, único estado com

⁷O IDHM é um indicador que capta o estado de desenvolvimento social de uma economia a partir de três dimensões: renda *per capita*, educação (escolaridade) e saúde (longevidade) (ONU, 2013).

desenvolvimento humano classificado como “Muito Alto”. O Brasil com 0,730 ocupa a 85ª posição entre os 186 países pesquisados (CODEPLAN, 2013c).

A maioria dos indicadores de educação são superiores no DF, quando comparados aos do Brasil, como melhoras na quantidade de anos de estudo da população superior a 10 anos de idade, bem assim das faixas etárias das populações com 12a14 anos e 15 anos ou mais de estudo. A proporção de analfabetos também se encontra 10 pontos abaixo da proporção brasileira, estando concentrada na faixa de 60 anos ou mais (IBGE, 2013).

Se por um lado há baixa inserção escolar em creches e pré-escola, por outro lado destaca-se que o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica no DF, que está acima da média nacional em todos os níveis de ensino (CODEPLAN, 2013c). Acrescenta-se que “[...] o DF é o primeiro do ranking da população com ensino superior em relação àquela com idade ativa (PIA), entre as Unidades da Federação, atingindo 19,75%” -em seguida estão São Paulo, com 13,4%, e Rio de Janeiro, com 12,25% (IPEA, 2013).

A Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) é um levantamento domiciliar contínuo, realizado mensalmente em convênio entre o DIEESE e a Fundação Seade, sendo um importante instrumento de análise da realidade socioeconômica. A criação desse sistema possibilitou o acompanhamento da evolução dos principais mercados de trabalho metropolitanos, propiciando o levantamento de informações de interesse de políticas públicas.

A Tabela 1 revela a distribuição da População em Idade Ativa (PIA) e da População Economicamente Ativa (PEA) por sexo, no período de 2008 a 2012. A Taxa de Participação Indica a proporção na PIA incorporada ao mercado de trabalho como ocupada ou desempregada.

Tabela 1 - Estimativa da População em Idade Ativa (PIA), População Economicamente Ativa (PEA), e taxas de participação por sexo - Distrito Federal - 2008 – 2012.

ANOS	POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA – PIA (Em 1.000)			POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA – PEA (Em 1.000)			TAXA DE PARTICIPAÇÃO (PEA/PIA)		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
							(%)	(%)	(%)
2008	2.051	949	1.102	1.341	678	663	65,4	71,4	60,2
2009	2.110	978	1.132	1.378	699	679	65,3	71,4	60,0
2010	2.174	1.006	1.168	1.400	715	685	64,4	71,1	58,7
2011	2.239	1.042	1.196	1.403	722	680	62,7	69,3	56,9
2012	2.304	1.068	1.236	1.447	746	701	62,8	69,9	56,7

Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan)e Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED). 2013d.

Nota: Os valores constantes desta tabela são resultados de médias anuais. Taxa de participação é a proporção de pessoas com 10 anos ou mais, incorporadas ao mercado de trabalho como ocupadas ou desempregadas sobre o total de população com mais de 10 anos. As pequenas diferenças nos dados apresentados devem-se a arredondamentos.

Ao se considerar a distribuição da PEA do DF, observa-se que a Taxa de Desemprego Total é de 12,3 %, como apresentado a Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Distribuição da População Economicamente Ativa, inativos maiores de 10 Anos (em 1.000) e Taxas de Desemprego Total do Distrito Federal, 2012.

População Economicamente Ativa			Inativos maiores de 10 anos	Taxa de Desemprego Total (%)
Total	Ocupados	Desempregados		
1447	1270	178	857	12,3

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Trabalho - Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-DF Anual, 2013.

Quanto à distribuição por sexo, mostrada na Tabela 3, 53% dos homens e 47% das mulheres estão ocupados e existe uma concentração na faixa etária de 25 a 39 anos, com aproximadamente 48% dos ocupados.

Tabela 3 - Taxa de pessoas ocupadas no DF, por sexo e faixa etária (em %), 2012.

TOTAL	Homens	Mulheres	FAIXA ETÁRIA (ANOS)					
			10 a 17	18 a 24	25 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais
100	53,0	47,0	4,2	20,2	47,8	23,8	13,5	4,6

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Trabalho - Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED-DF) Anual, 2013c.

A concentração majoritária do desemprego também na população jovem pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4- Taxa de pessoas desempregadas no DF, por sexo (em %), 2012.

TOTAL	Homens	Mulheres	FAIXA ETÁRIA (ANOS)					
			10 a 17	18 a 24	25 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais
100	40,4	59,5	19,1	32,6	33,7	10,1	3,9	-

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Trabalho - Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED-DF) Anual, 2013c.

Com relação à taxa de desemprego no DF, a Tabela 5 demonstra uma predominância de pessoas desocupadas que não exercem nenhuma outra atividade econômica (Desemprego aberto).

Tabela 5- Taxa de desemprego, segundo a situação do desemprego - Distrito Federal – 2012.

SITUAÇÃO DE DESEMPREGO	TAXA DE DESEMPREGO (%)
Desemprego total	12,3
Desemprego aberto ⁸	9,5
Desemprego oculto	2,8
Desemprego oculto pelo trabalho precário ⁹	1,1
Desemprego oculto pelo desalento ¹⁰	0,7

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Trabalho - Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-DF Anual, 2013.

O DF acompanhou a tendência nacional de redução da atividade agrícola e serviços domésticos. Porém, diferentemente do Brasil, houve no DF crescimento da participação da Administração Pública e redução da participação dos setores de comércio e reparação (IBGE 2013). Os serviços responderam por 93,30% no Produto Interno Bruto do DF em 2011, enquanto que a indústria participou com 6,35% e agropecuária com 0,35% (IBGE, 2013). Esse dado está relacionado com os principais setores de atividade econômica em que se distribui a População Ocupada do DF, como demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Estimativa da População Ocupada, por setor de atividade econômica (em 1.000) no DF, 2012.

Principais setores de atividade econômica	População Ocupada
Indústria de Transformação	46
Indústria de Construção	88
Comércio	238
Serviços	877
Administração Pública	199

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Trabalho - Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-DF Anual, 2013c.

⁸Desemprego Aberto - São pessoas que procuraram trabalho de maneira efetiva nos 30 dias anteriores ao da entrevista e não exerceram nenhum trabalho nos últimos sete (7) dias.

⁹Desemprego Oculto pelo Trabalho Precário - São pessoas que realizam de forma irregular algum trabalho remunerado (ou não remunerado, em ajuda a negócio de parentes) e que procuraram efetivamente trabalho nos trinta (30) dias.

¹⁰Desemprego Oculto pelo Desalento - São pessoas que não possuem trabalho e nem procuraram nos últimos trinta (30) dias, por desestímulos do mercado de trabalho ou por circunstâncias fortuitas, mas apresentaram procura efetiva de trabalho nos últimos doze (12) meses.

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Trabalho. Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-DF Anual, 2013c.

A distribuição da População Ocupada do DF, onde está localizada a capital federal, Brasília, que também é a sede do Governo do Distrito Federal. A Tabela 7 revela que a metade das pessoas ocupadas são empregadas do setor privado.

Tabela 7 - Estimativa do número de pessoas ocupadas (em 1.000) no DF, segundo a posição na ocupação, 2012.

Total de assalariados	938
Setor Público	284
Setor Privado	654
Setor Privado - com Carteira assinada	554
Setor Privado - sem Carteira assinada	100
Autônomos	143
Empregados Domésticos	82
Demais Posições (1)	109

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Trabalho
Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-DF Anual, 2013c.

(1) Inclui empregadores, donos de negócio familiar, trabalhadores familiares sem remuneração, profissionais liberais e outras.

Observa-se o crescimento da formalização do emprego com carteira assinada no DF, de (0,88%) maior que para o conjunto do Brasil (0,06%) (IBGE, 2013).

Com relação à jornada de trabalho, a Tabela 8 demonstra a predominância da carga horária de 40 a 44 horas e, em segundo lugar estão os que trabalham mais de 44 horas semanais.

Tabela 8 - Estimativa do número de pessoas ocupadas no DF, segundo a jornada de trabalho e sexo no trabalho principal, 2012.

JORNADA DE TRABALHO	PESSOAS OCUPADAS (Em 1.000)
Menos de 15 horas	54
Homens	21
Mulheres	33
De 15 a 29 horas	74
Homens	27
Mulheres	47
De 30 a 39 horas	140
Homens	72

(Cont.)

(Cont.)	Mulheres	68
	De 40 a 44 horas	652
	Homens	348
	Mulheres	304
	Acima de 44 horas	349
	Homens	207
	Mulheres	143

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Trabalho
Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-DF Anual, 2013c.

A Tabela 9 revela o contingente dos funcionários do Complexo Administrativo do Governo do Distrito Federal, em que se pode notar importante percentual de pessoal na ativa (78%).

Tabela 9 - Contingente efetivo dos servidores do Complexo Administrativo do Governo do Distrito Federal, 2012.

CONTINGENTE EFETIVO			
Total geral	Ativos	Inativos	Pensionistas
197.127	138.870	46.107	12.150

Fontes: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão
Subsecretaria de Gestão de Pessoas - Diretoria de Acompanhamento do Cadastro
da Folha de Pagamento.2013d.

A Tabela 10 apresenta o quantitativo de cooperativas ativas, seus associados e empregados, de acordo com o ramo de atividade em 2010. Acrescenta-se que, em 2011, houve ampliação de 9% do número de cooperativas e 3% no número de empregados, tendo se mantido estável o número de associados.

Tabela 10 - Número de Cooperativas Ativas, associados e empregados, segundo o ramo de atividade – DF, - 2010.

Ramos de atividade	Nº de Cooperativas Ativas	Nº de associados	Nº de empregados
TOTAL	169	142.654	1.828
Agropecuário	7	458	141
Consumo	2	5.400	2
Educacional – pais de alunos	2	124	73
Especial*	2	16	
Habitacional	56	16.617	64

(Cont.)

(Cont.)			
	Infraestrutura	1	13
	Produção	33	221
	Saúde – médico	2	1.376
	Trabalho – diversos	26	1.027
	Transportes cargas e passageiros	14	677
	Turismo e lazer	1	476
	Crédito	23	116.249

Fonte: DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Trabalho. Coordenação Técnica/ Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-DF Anual, 2013c.

*Pessoas que necessitam ser tuteladas ou se encontram em situações de desvantagem.

Os achados de Silva e outros (2007) sobre as cooperativas de reciclagem de lixo do DF apontam o perfil dos gestores, em sua maioria homens (76,9%), com idade superior a 42 anos (46,2%). Entretanto, as mulheres constituem o maior número de trabalhadores, o que, segundo os autores, reproduz as mesmas relações de poder observadas na sociedade, baseadas em gênero. A maioria dos catadores permanece nessa ocupação por necessidade de sobrevivência, uma vez que não têm capacitação para outra atividade, sendo que muitos moram em abrigos feitos de madeira, papelão ou lata, construídos sobre os próprios lixões ou nas suas proximidades. Destaca-se desse estudo o relato da visão comum das catadoras e suas famílias de que um maior número de filhos trará maior renda com a coleta de materiais recicláveis, o que caracteriza a naturalização do trabalho infantil nesse segmento (SILVA *et al.*, 2007).

No período de 2007 a 2009, o percentual de famílias em situação de pobreza (renda domiciliar mensal de R\$ 70,01 a R\$ 140,00 por pessoa) reduziu de 6,1% para 3,6%”, sendo que, em 2011 havia 71,76% de cobertura do Programa Bolsa Família (CODEPLAN, 2012).

Com relação aos Benefícios de Prestação Continuada, que garantem renda de um salário mínimo ao idoso ou pessoa com deficiência de família com renda mensal familiar per capita inferior a um quarto de salário mínimo, houve no DF aumento de 29% em média, de 2007 a 2011, para ambos os beneficiários da concessão (CODEPLAN, 2012).

No DF, há 349.962 pessoas de 10 a 17 anos que trabalham. Mais de 50% são menores de 14 anos, com distribuição equitativa entre meninos e meninas, sendo a maioria habitante da área urbana (96%) e de cor/raça preta ou parda (61%) (IBGE, 2013). De 2007 a 2010 houve diminuição de 57% na inserção de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI, apesar do aumento no mesmo período de

cerca de 4.000 para 10.162 crianças de 10 a 14 anos ocupadas economicamente, dados que “sugerem que os programas que buscam a diminuição do trabalho infantil não estavam sendo efetivos” (CODEPLAN, 2012). Entretanto, deve-se considerar que, de 2011 para 2012, houve redução de meio ponto percentual de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos em situação de trabalho infantil (IBGE, 2013). O trabalhador do DF possui o melhor rendimento médio mensal do país (R\$ 2.654,00), porém, foi a unidade da federação com o segundo menor índice de crescimento de renda de 2011 a 2012. Vale destacar que nesse mesmo período, houve “redução na desigualdade da distribuição de renda no DF, comprovado pela variação do Índice de Gini¹¹”. Quanto à diferença de rendimento médio mensal entre homens e mulheres, no DF a distorção é de 27,6%, sendo menor do que no Brasil - (29,4%) (IBGE, 2013). De acordo com a Lei Orgânica do DF, a organização territorial deste ente federado ocorre em RA, com descentralização apenas administrativa, tendo seus Administradores nomeados pelo Governador (DISTRITO FEDERAL, 1993 –atualizada em 2013). Atualmente, o DF se divide em 31 RA, com importantes diferenças sociais, como a renda (CODEPLAN, 2013). A renda domiciliar mensal nas Regiões de Saúde do DF apresenta diferenças significativas, sendo maior nas Regiões Centro Norte (15,2 salários mínimos - SM) e Centro-Sul (11,47 SM) e menor nas Regiões Oeste e Sul – respectivamente 4,7 e 5,5 SM (DISTRITO FEDERAL, 2013c). Com relação ao transporte público, destaca-se o transporte coletivo por ônibus, posto que o metrô atende somente algumas localidades do DF. Importante considerar que, em 2011, 48% do pessoal ocupado trabalham na região do Plano Piloto (área central de Brasília), índice que aumenta para os servidores públicos, sendo de 54% para o GDF e 86% para o governo federal (CODEPLAN, 2013a). Em segundo lugar está a RA de Taguatinga, com 9% do pessoal ocupado e Ceilândia, com 7%. Apenas duas RA apresentam mais da metade de seu pessoal ocupado trabalhando na própria região de moradia, o Plano Piloto (94%) e uma região de baixo contingente de residentes, o Setor de Indústrias Alimentícias (62%). O Plano Piloto atrai 64% dos trabalhadores que desenvolvem sua ocupação fora de sua região de moradia (CODEPLAN, 2013a) A Tabela 11 revela as principais características dos domicílios particulares e permanentes do DF quanto ao acesso a diversos serviços de infraestrutura.

¹¹ Índice de Gini: mensura o grau de desigualdade na distribuição da renda domiciliar per capita entre os indivíduos. Seu valor pode variar teoricamente desde zero, quando não há desigualdade - as rendas de todos os indivíduos têm o mesmo valor, até 1, quando a desigualdade é máxima -apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula (Fonte: IPEA, 2004).

Tabela 11 - Domicílios particulares permanentes e moradores, segundo as principais características, por situação do domicílio, DF, 2011.

CARACTERÍSTICAS	TOTAL		SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO (Em 1.000)			
	Domicílios	Moradores	Urbana		Rural	
			Domicílios	Moradores	Domicílios	Moradores
TOTAL	867	2.665	839	2.570	28	95
Abastecimento d'água	867	2.665	839	2.570	28	95
Com canalização interna	861	2.643	838	2.566	23	77
Rede geral	829	2.548	824	2.531	5	17
Outra forma	32	95	14	35	18	60
Sem canalização interna	6	22	1	4	5	18
Rede geral	-	2	-	2	-	-
Outra forma	6	20	1	2	5	18
Esgotamento sanitário	867	2.665	839	2.570	28	95
Tinham	864	2.654	836	2.559	28	95
Rede coletora	756	2.289	755	2.286	1	3
Fossa séptica	-	-	-	-	-	-
Fossa séptica ligada à rede coletora	4	18	4	17	-	1
Fossa séptica não ligada à rede coletora	75	252	60	201	15	51
Fossa rudimentar	29	95	17	55	12	40
Não tinham	3	11	3	11	-	-
Banheiro	867	2.665	839	2.570	28	95
Tinham	863	2.654	835	2.559	28	95
De uso exclusivo	861	2.648	833	2.554	28	94
Comum a mais de um	3	6	3	5	-	1
Não tinham	3	11	3	11	-	-
Destino do lixo	867	2.665	839	2.570	28	95
Coletado diretamente	816	2.492	804	2.455	12	37
Coletado indiretamente	38	120	34	109	4	11
Outro destino	13	53	1	6	12	47
Iluminação elétrica	867	2.665	839	2.570	28	95
Tinham	867	2.665	839	2.570	28	95
Não tinham	-	-	-	-	-	-
Telefone	867	2.665	839	2.570	28	95

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2013.

Observa-se, ainda, que os domicílios do DF apresentam melhores resultados em todos os indicadores quando comparados com os resultados nacionais. Entretanto, a PNAD 2011-2012 demonstra uma diminuição no percentual de acesso ao abastecimento de água pela rede geral e à coleta direta de lixo (IBGE, 2013).

Quanto ao acesso aos Planos de Saúde Privados, 33,9% da população do DF têm cobertura, sendo 24,1% de planos empresariais e 9,8% planos individuais (DISTRITO FEDERAL, 2013c).

Perfil Epidemiológico

A mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis no DF apresenta a mesma tendência crescente do Brasil, sendo que os principais grupos de causas de mortalidade entre 2003 e 2005 foram os das doenças do aparelho circulatório, causas externas e, em terceiro lugar, as neoplasias. Porém, no DF, a partir de 2006, o grupo das neoplasias passou a ser o segundo maior grupo causador de óbitos, sendo que as doenças do aparelho circulatório apresentam tendência de queda (DISTRITO FEDERAL, 2013e; Fonte: Sim - GIASS/DIVEP/SVS/GDF).

Em 2012 ocorreram no DF 3.040 óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório (26,9% dos óbitos), tendo sido a principal causa de mortalidade entre as mulheres (aproximadamente um terço dos óbitos). As Neoplasias compõem o segundo lugar de causa de óbitos no DF, com 2.196 casos (19,4%), seguido pelas Causas Externas, com 2.049 óbitos (18,1%) (DISTRITO FEDERAL, 2013e - Fonte: Sim - GIASS/DIVEP/SVS/GDF).

Observa-se nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (Sim) que, no DF, a primeira causa de morte no sexo masculino foram as Causas Externas (acidentes e violência), responsável por um quarto dos óbitos dos homens. Entre as mulheres, as Causas Externas representaram somente 7,6% do total de óbitos (DISTRITO FEDERAL, 2013e - Fonte: Sim - GIASS/DIVEP/SVS/GDF). Embora os agravos relacionados ao trabalho estejam insuficientemente registrados nos sistemas de informação de cobertura universal, como é o caso do Sim, verifica-se que os dados deste sistema são de fundamental importância para o planejamento e execução de políticas em Saúde do Trabalhador. Entretanto, até o momento, a SES/DF não tem utilizado as informações do Sim para análise de situação em ST, com objetivo de orientar as ações do CEREST, o que dificulta a percepção e construção de prioridades no planejamento.

Com o objetivo de facilitar que as unidades federadas possam utilizar bases de dados para produzir diagnósticos e orientar políticas baseadas em evidências epidemiológicas locais e regionais, o Centro Colaborador em Vigilância dos Acidentes de Trabalho (uma parceria entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância a Saúde, Diretoria da Saúde Ambiental e do Trabalhador, Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e a Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador) tem disseminado conhecimento sobre a vigilância dos acidentes de trabalho.

São iniciativas desse Centro o monitoramento epidemiológico, o processamento e análise de dados para gerar estatísticas nacionais (Boletins Epidemiológicos sobre Acidentes de Trabalho), a formação de pessoas do SUS/Renast para o processamento e análise de dados a nível local, regional e estadual; disponibilização de bancos de dados parcialmente processados, aplicativos para codificação e programação, materiais instrucionais, teses, artigos, normativos do setor, mural com experiências bem sucedidas de vigilância dos AT, dentre outros recursos (SANTANA, V. S. *et al*, 2011).

Sobre os agravos relacionados ao trabalho, o Quadro 7 apresentado a seguir mostra que, no DF, no período de 2007 a março de 2012, o Sinan, do Ministério da Saúde, recebeu 6.582 notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

Quadro 7 – Relatório de notificação compulsória de doenças e agravos relacionados ao trabalho, no DF – período: 2007 a 2012.

SINAN – Saúde do Trabalhador								TOTAL PARCIAL
AGRAVOS	ANOS						SUB TOTAL	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007 - 2011	
ACID. DE TRAB.COM EXP. MAT. BIOLOGICO	35	47	313	443	530	457	1368	1825
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	05	1343	1125	770	642	716	3885	4601
(PETI- Prog. de Erradicação do Trab. Infantil)*	00	37	09	06	08	06	60	66
CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO	00	02	12	09	96	36	119	155
DERMATOSE OCUPACIONAL	00	29	83	122	270	483	504	987
INTOXICAÇÃO EXÓGENA**	00	24	34	52	18	51	128	179
LER/DORT	30	85	40	31	03	81	189	270
PAIR	00	02	16	11	20	15	49	64
PNEUMOCONIOSE	00	00	00	00	00	00	00	00
TRANSTORNO MENTAL	00	05	25	00	00	01	30	31
TOTAL	70	1537	1648	1438	1579	1840	6272	8112

Obs: 1- Esses dados são dinâmicos, pois novas fichas poderão entrar no sistema referentes ao período, alterando o valor total.

2- Os dados do * PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, estão inseridos no total de acidentes de trabalho grave.

3 - Desde 1º de julho de 2012 estamos utilizando o Banco de Dados da SVS.

4- Os dados de intoxicação exógena** (fichas inseridas pelo CEREST) são comprovadamente relacionados ao trabalho e estão inseridos no total de casos do banco da SVS (casos gerais de intoxicação exógena, não necessariamente relacionados ao trabalho)

Atenciosamente,

SINAN/CEREST/SVS/SES-DF

Brasília – DF, 05 de fevereiro de 2013

Verifica-se no Quadro 8 que, em 2013, 34% dos registros foram de Acidentes de Trabalho Grave, 31% de Dermatoses Ocupacionais e 26% de Acidentes com Exposição a Material Biológico (DISTRITO FEDERAL, 2014.).

Quadro 8 – Relatório de notificação de agravos à saúde do trabalhador no DF em 2013.

AGRAVOS – Saúde do Trabalhador	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOT
ACID. DE TRAB. COM EXPOSIÇÃO A MAT BIOLÓGICO	38	31	48	56	30	35	21	42	62	51	21	22	457
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE *PETI – PROG. DE ERRADICAÇÃO DO TRAB. INFANTIL	19 01	13 00	50 01	39 00	41 00	54 00	09 00	76 00	101 00	79 00	54 00	59 00	594
CANCER RELACIONADO AO TRABALHO	00	01	20	13	10	03	03	02	02	00	05	00	59
DERMATOSE OCUPACIONAL	00	91	176	13	56	26	07	60	15	36	16	38	534
INTOXICAÇÃO EXÓGENA (CEREST)*	02	02	00	06	03	01	02	00	00	00	00	00	16
LER DORT	05	05	03	06	11	05	00	10	15	07	07	01	75
PAIR	00	01	00	00	01	00	01	00	02	00	00	00	05
PNEUMOCONIOSE	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	02
TRANSTORNO MENTAL	00	00	01	01	00	00	00	01	01	00	00	00	04
TOTAL													1746

Obs. 1: Esses dados são dinâmicos pois novas fichas poderão entrar no sistema referentes ao período, alterando o valor total.
 2- Os dados do * PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, estão inseridos no total de acidentes de trabalho grave.
 3- Desde 1º de julho de 2012 estamos utilizando o Banco de Dados da SVS.

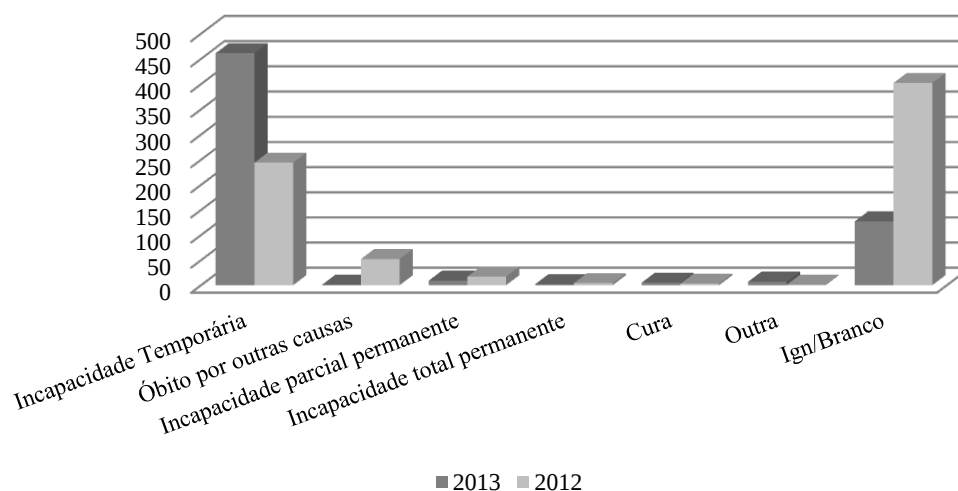
Fonte: Sinan/Cerest-DF/SVS/SES/GDF – DISTRITO FEDERAL, 2014.

Observa-se importante aumento da notificação de Dermatoses Ocupacionais, fruto do Programa de Vigilância de Agravos de Pele Relacionados ao Trabalho (Vigipele), direcionado a trabalhadores da construção civil e profissionais de saúde da rede SES/DF, com quatro componentes técnicos: capacitação de profissionais da rede para identificação dos casos suspeitos e educação em saúde para o autocuidado de trabalhadores desses dois segmentos; assistência aos casos suspeitos; vigilância em saúde, com busca ativa nos ambulatorios especializados e mutirões em obras, objetivando a notificação dos agravos confirmados e ampliação do quantitativo de Unidades notificadoras; monitoramento e avaliação dos agravos registrados no banco de dados do Sinan, com elaboração de boletim informativo; divulgação do fluxo operacional sobre a notificação compulsória desses agravos.

Fruto de uma pactuação extraoficial de Rede Sentinela, alguns Centros de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) da SES/DF têm notificado os Acidentes com Material Biológico.

Com relação aos desfechos dos agravos notificados no Sinan, observa-se na Figura 3 a relevante quantidade de casos ignorados ou em branco, que sofreu importante redução de 2012 para 2013. Quanto aos tipos de desfechos reconhecidos, verifica-se que os registros de Incapacidade Temporária tiveram aumento significativo de 2012 a 2013.

Figura 3 - Distribuição dos desfechos dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Sinan pelo DF, em 2012 e 2013.



Fonte: Sinan/Cerest-DF/SVS/SES/GDF – DISTRITO FEDERAL, 2014.

No Brasil, a Previdência Social é o setor responsável pelas estatísticas oficiais referentes aos benefícios concedidos aos trabalhadores segurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que se afastam do trabalho devido a acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Em 2012 a Previdência Social concedeu 68.250 benefícios a seus segurados do DF, sendo que apenas 6,5% foram concedidos à clientela rural. Nesse mesmo ano foram liquidados¹² 8.704 acidentes de trabalho no DF, sendo 7.809 por incapacidade temporária, 121 incapacidade permanente e 36 óbitos. Dos 32.226 auxílios concedidos no DF em 2012, apenas 49 foram pela espécie Auxílio Acidente (BRASIL, 2013a).

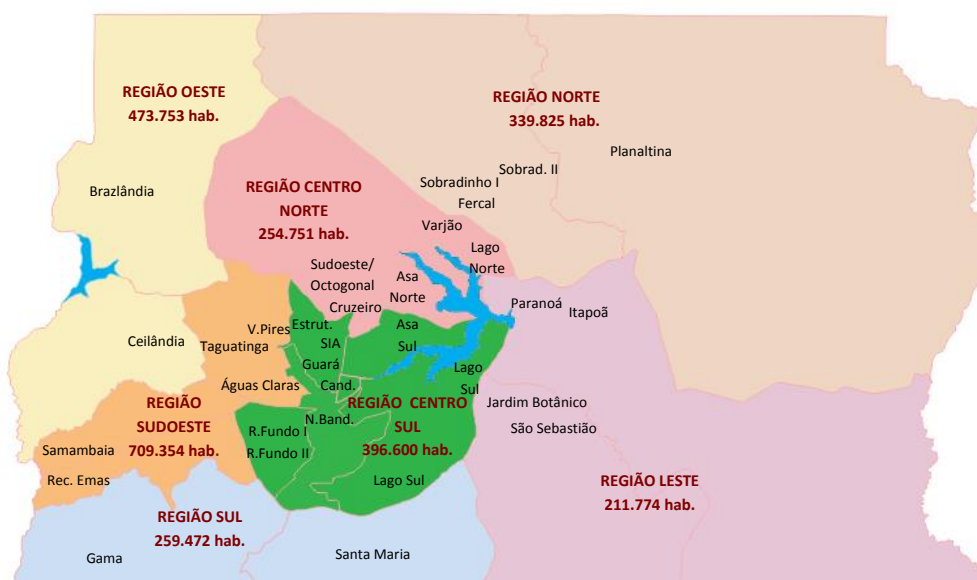
Quanto às estatísticas de reabilitação profissional, em 2012 havia 631 clientes registrados no INSS, tendo sido reabilitados 142 enquanto 328 permaneceram no Programa, sendo que 193 há mais de 240 dias (BRASIL, 2013a).

¹²Acidentes Liquidados – corresponde ao número de acidentes cujos processos foram encerrados administrativamente pelo INSS, depois de completado o tratamento e indenizadas as sequelas (BRASIL, 2012).

3. A ORGANIZAÇÃO DO SUS-DF

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da SES/DF, para o período de 2012-2015, a organização territorial do SUS-DF baseia-se na distribuição das RA em sete Regiões de Saúde, como apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal.



Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2012c.

Na estrutura do sistema de saúde do DF há predominância de rede própria, sob administração direta da SES/DF. Como estabelecimento de saúde conveniado, existe o Hospital Universitário de Brasília. Os estabelecimentos contratados complementam alguns serviços assistenciais, como terapia renal substitutiva, cardiologia, UTI, diagnóstico por imagem e radioterapia (DISTRITO FEDERAL, 2013 - Fonte: SUPRAC/DICOAS/GCCH – JULHO 2013b).

O Quadro 9 apresenta a distribuição das 31 RA nas sete Regiões de Saúde, subdivididas em 15 Coordenações Gerais de Saúde (CGR). Um dos entrevistados do estudo de Hildebrand (2008) relata que é muito mais complexo criar uma Regional de Saúde e que a criação de RA não implica meta para a saúde.

Quadro 9-Regiões de Saúde, Regiões Administrativas e Coordenações de Saúde no SUS-DF.

Denominação	Regiões Administrativas(RA)	Coordenações Gerais de Saúde (CGS)	Regiões de Saúde
RA I	Brasília (Asa Sul)	CGS Asa Sul	REGIÃO CENTRO SUL
RA XVI	Lago Sul		
RA XVII	Riacho Fundo I	CGS Núcleo Bandeirante	
RA XXI	Riacho Fundo II		
RA XXIV	Park Way		
RA XIX	Candangolândia		
RA VIII	Núcleo Bandeirante		
RA X	Guará	CGS Guará	
RA XXIX	SAI		
RA XXV	SCIA (Estrutural)		
RA I	Brasília (Asa Norte)	CGS Asa Norte	REGIÃO CENTRO NORTE
RA XVIII	Lago Norte		
RA XI	Cruzeiro		
RA XXII	Sudoeste/Octogonal		
RA XXIII	Varjão		
RA IX	Ceilândia	CGS Ceilândia	REGIÃO OESTE
RA IV	Brazlândia	CGS Brazlândia	
RA III	Taguatinga	CGS Taguatinga	REGIÃO SUDOESTE
RA XX	Águas Claras		
RA XXX	Vicente Pires		
RA XII	Samambaia	CGS Samambaia	
RA XV	Recanto das Emas	CGS Recanto das Emas	
RA V	Sobradinho I	CGS Sobradinho	REGIAO NORTE
RA XXVI	Sobradinho II		
RA XXXI	Fercal		
RA VI	Planaltina	CGS Planaltina	
RA VII	Paranoá	CGS Paranoá	REGIAO LESTE
RA XXVII	Jardim Botânico		
RA XXVIII	Itapoã		
RA XIV	São Sebastião	CGS São Sebastião	
RA II	Gama	CGS Gama	REGIAO SUL
RA XIII	Santa Maria	CGS Santa Maria	

Fonte: DISTRITO FEDERAL. SES/SUPRAC/DICOAS/GECOAS/NCET, 2013b.

Nota: 12 RA ainda estão sem as poligonais definidas, estão sendo elaboradas pela SEDHAB (Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Habitação), portanto, a inclusão apresentada nas CGS trata-se de uma proposta.

As Coordenações Gerais de Saúde correspondem à autoridade máxima da SES/DF em cada Região de Saúde. Entretanto, as atribuições desses Coordenadores não equivalentes às de um Secretário Municipal de Saúde, posto que o DF é uma cidade-estado, que representa apenas um ente federado, que ora assume funções de estado, ora de município. Apenas a

gestão administrativa dos serviços é desconcentrada, haja vista que a orientação técnica para cada área da saúde também seja estabelecida pelo nível central, mantendo-se uma relação de coordenação e subordinação “No caso da política de saúde, a inexistência de municípios torna a gestão da SES/DF pouco permeável ao debate político com os demais níveis de governo e com as estruturas instituídas de controle social [...]” (GÖTTEMS *et al.*, 2009, p. 1417).

A rede própria de estabelecimentos da SES/DF é composta de: 16 hospitais, quatro Unidades de Pronto Atendimento, uma Policlínica, 14 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), três Unidades Mistas, 66 Centros de Saúde tradicionais, sete Clínicas da Família, 19 Postos de Saúde Urbanos, 22 Postos de Saúde Rurais, 42 casas alugadas para equipes de Saúde da Família, 01 Instituto de Saúde Mental, um Adolescente. Como Unidades de Apoio, o DF possui: uma Central de Radiologia, um Centro de Orientação Médico Psicopedagógica, dois Laboratórios Regionais, um Laboratório Central, um Centro de Testagem e Aconselhamento, 22 Núcleos de Inspeção de Saúde, uma Diretoria de Saúde Ocupacional (Disoc), três Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). (DISTRITO FEDERAL, 2013b - Fonte: SES/SUPRAC/DICOAS/GECOAS/ NCET e SAS/ DIGAPS/ Gema).

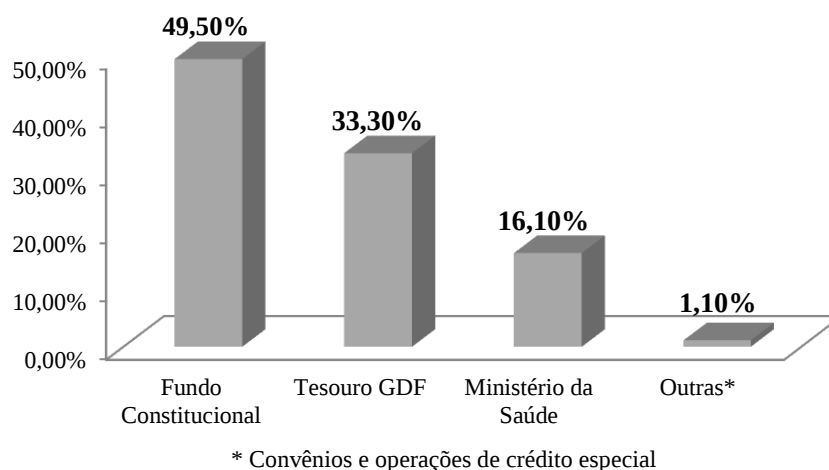
Existem dez Centros de Especialidades Odontológicas na SES/DF que funcionam, em sua maioria, em Hospitais Regionais. Há 17 equipes de saúde prisional que atendem aos internos em seis Unidades Prisionais do DF. Existem, ainda, 20 Equipes de Atenção Domiciliar. A Regulação no DF contempla Atenção Ambulatorial (dermatologia, oftalmologia, cardiologia, oncologia, mastologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, consultas de pediatria especializada e exames radiográficos mais complexos), Internação Hospitalar e Alta Complexidade Interestadual. Vinculadas à estrutura da SES/DF, existem ainda a Fundação Hemocentro e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2013b - Fonte: SUPRAC/ DICOAS/ GECOAS/ NCET e SAS/ DIGAPS/ Gema).

A precariedade e/ou insuficiência de serviços públicos dos municípios de Goiás e Minas Gerais que compõem a Ride, perpetuam o ciclo de dependência do DF. A cobertura da eSF nesses locais é variável, porém, a dificuldade maior está nos cuidados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. (DISTRITO FEDERAL, 2013b).

Considerando os indicadores de saúde no DF, verifica-se que houve aumento no repasse de recursos do Fundo Constitucional de 2007 para 2013, entretanto, o valor custeado pelo DF conservou-se relativamente estável nesse período. Mesmo assim, o DF tem um dos maiores gastos per capita em saúde do país, sem considerar os valores referentes ao Fundo

Constitucional. A figura 5 demonstra a participação das fontes de recursos na receita do setor saúde do DF (DISTRITO FEDERAL, 2013).

Figura 5 – Média percentual de repasses de recursos para o DF, por fontes de receita – série histórica 2010-2013.



Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2013b.

A Tabela 12 revela a distribuição dos recursos de transferência direta do Ministério da Saúde para o DF, conforme os blocos de financiamento do SUS. Observa-se importante destaque para Atenção de Média e Alta Complexidade, responsável por mais de 85% do repasse, quando apenas 10% desse valor foi aplicado na AB. Entretanto, não foi possível identificar a participação de cada modalidade de serviço da AB na composição do Piso de AB variável. Sabe-se apenas que o Ministério da Saúde repassa R\$ 20.000,00 para a implantação de novas equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ENASF) e a cada mês R\$ 20.000,00 por equipe cadastrada, na forma de custeio.

Tabela 12 – Transferência fundo a fundo para o DF, por Blocos de financiamento da fonte 138 do Ministério da Saúde – recursos empenhados em 2012.

Blocos de financiamento	Empenhado	%
Atenção Básica	R\$ 41.532.497,11	8,3%
Atenção de Média e Alta Complexidade	R\$ 424.333.373,84	85,2%
Vigilância em Saúde	R\$ 8.261.782,79	1,7%
Assistência Farmacêutica	R\$ 23.917.582,69	4,8%
Gestão do SUS	R\$ 212.413,67	0,1%
Total	R\$ 498.257.650,10	100,0%

Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2013b (SES/SUPRAC/DIPPS/GEPLoS)

Manteve-se constante também o número de leitos de internação disponíveis no SUS, acompanhado do aumento da ociosidade de leitos cirúrgicos do SUS. Entretanto, o número de leitos complementares de Unidades de Tratamento Intensivo e de unidades intermediárias apresentou tendência crescente no mesmo período (aumento de 62%) (DISTRITO FEDERAL, 2012c).

A respeito do quadro de pessoal da SES/DF, em 2012 havia 30.927 servidores efetivos e 1.033 profissionais com contrato temporário. Entre as principais categorias, a de técnico em saúde corresponde a 56% do pessoal, a de médico 17%, enfermeiros 10%, especialistas em saúde 8%, auxiliar em saúde 7% e cirurgião-dentista 1,6% (DISTRITO FEDERAL, 2012c)

3.1 A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS-DF

Espelhada na Lei Federal nº 8.080/90, a Lei Orgânica do DF- LODF (DISTRITO FEDERAL, 1993), em seu Art. 213, determinou que:

Cabe ao Distrito Federal, em coordenação com a União, desenvolver ações com vistas a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições e processos de trabalho, incluídas, entre outras atividades [...] V – a intervenção com finalidade de interromper as atividades em locais de trabalho comprovadamente insalubres, de risco ou que tenham provocado graves danos à saúde do trabalhador (DISTRITO FEDERAL, 1993).

Em que pese há mais de 20 anos o texto da LODF impor a articulação de setores das esferas federal e distrital na promoção de ações de saúde do trabalhador, esta não é uma realidade. São discretas as interfaces entre a SES/DF e a SRTE ou com o órgão regional da Previdência Social.

Em 2001, a Lei Distrital Nº 2.706 (DISTRITO FEDERAL, 2001), que dispõe sobre a reestruturação da Carreira de Fiscalização e Inspeção do DF, estabeleceu em seu Art. 3º, I, que compete privativamente ao Inspetor de Atividades Urbanas, na Área de Especialização Vigilância Sanitária “fiscalizar estabelecimentos de prestação de serviços de saúde, indústria e comércio de bens de consumo e ações sobre o meio ambiente que afetem a saúde do trabalhador”.

Esta norma foi ratificada pelo Decreto GDF Nº 26.521/2006 (DISTRITO FEDERAL, 2006), que definiu a competência funcional exclusiva da Secretaria de Estado de Saúde do DF no que tange à execução das ações de saúde do trabalhador, que devem ser exercidas exclusivamente pelos Inspectores de Atividades Urbanas, da área de especialização Vigilância Sanitária, lotados na Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVISA). Neste sentido, foram

excluídos das ações de vigilância os técnicos do Centro Distrital de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest/DF, bem como outros profissionais de diferentes setores da SES/DF.

O primeiro Código Sanitário do DF é de 1966, tendo sido atualizado posteriormente pelo Decreto Nº 32.568/2010 (DISTRITO FEDERAL, 2010). Diversos artigos relativos à saúde do trabalhador foram inseridos (Art. 8º, § 2º; Art. 17, § 1º; 9 incisos do Art. 18; Art. 45 § 3º; Art. 72 § 1º; Art. 73 § 1º; Art. 76, I; Art. 110; Art. 111; Art. 115; Art. 152, IX).

Acrescenta-se que a DIVISA possui há anos um Roteiro de Inspeção específico para ST, além desse tema constar em vários itens de diversos outros papéis de trabalho do Inspetor de Vigilância Sanitária.

Entretanto, não há a sistematização das informações de saúde do trabalhador por parte destes profissionais, bem como inexiste interface entre a DIVISA e o Cerest/DF, tampouco com a SRTE, órgão que realiza a Inspeção do Trabalho no DF como seu objeto de trabalho.

Um novo Código de Saúde vige no DF desde março de 2014, tendo sido mantidas, entre seus princípios e diretrizes, a “promoção e proteção da saúde e da segurança do trabalhador”. Entre diversos artigos que contemplam ações de ST, destaca-se a importante inovação do Parágrafo único do Art. 6º, que define os agentes públicos que atuam na condição de autoridade sanitária, tendo sido incluídos “gestores dos órgãos de vigilância da saúde do trabalhador, incluídos os de vigilância e controle de ambientes e de processos de trabalho”(DISTRITO FEDERAL, 2014b).

Com relação aos serviços de ST no DF, em 2003 foi habilitado o Cerest de categoria Estadual, pela Portaria nº 387/03 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). O Ministério da Saúde habilitou mais dois Cerest (Regionais), para atender à Região Norte e Sul do DF, por meio da Portaria nº 122/09 (BRASIL, 2009). A área técnica de ST do SUS do DF passou a integrar a Subsecretaria de Vigilância à Saúde por intermédio do Decreto nº 32.179/10 (DISTRITO FEDERAL, 2010c).

Até 2013, o Cerest/DF priorizava programas com abordagens por categorias de fatores de riscos, realizando busca ativa e atendimento de agravos à saúde relacionados ao trabalho, com posterior notificação nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

No SUS do DF, metas de ST constam nos instrumentos de planejamento, sendo que a maior parte delas se refere ao aumento das notificações compulsórias de AT e DRT. Entretanto, a maioria das notificações de doenças/agravos relacionados ao trabalho no DF é registrada pelo Cerest/DF e são incipientes as parcerias estabelecidas no sentido do

desenvolvimento contínuo de ações de ST no âmbito da AB, incluindo notificação de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

3.2 Atenção Primária à Saúde no SUS-DF

Serão apresentadas a seguir informações sobre o histórico da APS no DF, a partir das entrevistas realizadas e da busca de referências bibliográficas sobre o tema. Em seguida será descrita a evolução da organização administrativa da APS na SES/DF, a apresentação dos serviços que compõem a AB, as categorias profissionais e a cobertura populacional das equipes de SF e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por fim, serão apresentadas informações sobre a criação dos Nasf, bem como de sua composição na ocasião da pesquisa de campo.

Segundo os registros consultados, a eSF foi implantada no DF em 1995, como “empresa terceirizada”, o Instituto Candango de Solidariedade – ICS, observando-se nessa fase, uma “disputa de território” entre os profissionais dos Centros de Saúde e as equipes de SF, principalmente em relação às diferenças de remuneração.

Na atualidade, o modelo da eSF no DF se encontra na quarta versão, sendo que de acordo com Hidelbrand (2008), as três primeiras versões foram: o Programa Saúde em Casa (1997-1998); o Programa Saúde da Família (1999-2003) e o Programa Família Saudável (2004 a 2006). O atual modelo segue as diretrizes e normativas do Ministério da Saúde e o material técnico do Departamento de Atenção Básica - DAB/MS. Todos os profissionais de saúde são contratados por intermédio de concurso público e os ACS - contratados conforme a Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006b).

Na reestruturação da SES/DF ocorrida em 2010 a AB recebeu *status* de Subsecretaria no nível central. A estrutura da SAPS contempla uma Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde, com duas Gerências, a de Ciclos de Vida com cinco Núcleos (Núcleo de Saúde da Criança; de Saúde do Adolescente; de Saúde do Homem; de Saúde da Mulher e de Saúde do Idoso) e a Gerência de Práticas Integrativas em Saúde, com dois Núcleos (Núcleo de Planejamento e Produção do Conhecimento em Práticas Integrativas em Saúde e de Medicina Natural e Práticas Integrativas em Saúde). Outra Diretoria da SAPS é a de Áreas Estratégicas, com três Gerências, a de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável, com dois Núcleos (Núcleo de Programas Estratégicos - Populações de rua, negra,

LGBT, deficiência – e de Saúde Rural), a de Atenção Domiciliar e a de Saúde do Sistema Prisional (DISTRITO FEDERAL, 2013a).

No nível regional, a AB passou a ser representada ora por Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde, ora por Gerências, aumentando a autonomia e a valorização dos serviços da AB nas 15 Coordenações Gerais de Saúde do DF. Essa composição de AB foi mantida pelo recente Decreto nº 34.155/13, que estabeleceu a última versão da estrutura administrativa da SES/DF (DISTRITO FEDERAL, 2013a).

De acordo com o Relatório Anual de Atividades de 2012, a partir de 2011, a SAPS empreendeu uma parceria com outras Subsecretarias da SES/DF e o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, para a realização de Oficinas de Planificação de Redes de Atenção à Saúde. A metodologia desenvolvida pelo citado Conselho propõe a democratização do planejamento em saúde, ampliando a participação de gestores de todos os níveis e trabalhadores. Em 2012, o tema tratado nas Oficinas foi a Rede Cegonha (DISTRITO FEDERAL, 2012d).

Esse Relatório aponta, ainda, que a SAPS promove a qualificação contínua dos profissionais que atuam na APS, por meio da oferta constante das diferentes modalidades de Educação em Saúde com programas presenciais e à distância, em temas relevantes:

Em 2012 foram capacitados 7.085 servidores das áreas de saúde da mulher e da criança, saúde dos adolescentes, saúde do idoso, saúde do adulto, controle da hipertensão e diabetes, saúde prisional, saúde de populações vulneráveis, práticas integrativas em saúde, atenção domiciliar, sistemas de informação (Siab e CNES), planejamento e gestão das ações das equipes de saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além de outras atividades de educação permanente em parceria com a Subsecretaria de Vigilância à Saúde (dengue, combate à violência) (DISTRITO FEDERAL, 2012d).

Quanto aos serviços de AB no DF, em 2013 havia 156 Unidades de APS, sendo 66 Centros de Saúde tradicionais, sete Clínicas da Família, 41 Postos de Saúde e 42 UBS alugadas em comodato ou cedidas. A distribuição dessas Unidades é mais concentrada nas RA de Planaltina (17), Sobradinho (15), Gama (15) e Ceilândia (14) (DISTRITO FEDERAL, 2013d. Fonte: SUPRAC/ DICOAS/ GECOAS/ NCET e SAPS/ DIGAPS/ Gema, julho 2013).

As Tabelas 13 a 15 apresentam a composição das equipes do DF de APS, consistidas no SCNES no final do ano de 2013.

Tabelas 13- Distribuição do quantitativo de profissionais das Equipes de Saúde da Família no DF, dezembro 2013.

Equipes de Saúde da Família						
Med	Enf	AuxEnf	ACS	CD	TSB	ASB
251	251	450	1018	100	18	71

Fonte: MS/SAS/DAB/SCNES, dezembro de 2013.

Legenda: Méd= Médico; Enf= Enfermeiro; AuxEnf= Auxiliar de Enfermagem; ACS= Agente Comunitário de Saúde; CD= Cirurgião Dentista; THD= Técnico de Higiene Dental; ACD= Auxiliar de consultório Dentário.

Tabelas 14- Distribuição do quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde no DF, dezembro 2013.

Equipes de Agentes Comunitários de Saúde						
Med	Enf	AuxEnf	ACS	CD	TSB	ASB
0	34	17	153	2	0	2

Fonte: MS/SAS/DAB/SCNES, dezembro de 2013.

Tabelas 15- Distribuição do quantitativo de profissionais das Equipes de Atenção Básica no DF, dezembro 2013.

Equipes de Atenção Básica			
M. Clín	M. Ped	M. Gin	Enf
2	4	2	4

Fonte: MS/SAS/DAB/SCNES, dezembro de 2013.

Legenda: M.Clín = Clínico Geral; M. Ped = Pediatra; M. Gin= Ginecologista; Enf= Enfermeiro.

A cobertura populacional da eSF foi crescente de 2007 (16,30%) a 2010 (31,99%). Destaca-se que o Plano Distrital de Atenção Primária, para o período de 2012-2015, aprovado pelo Conselho de Saúde do DF, estabelece como meta para 2012 uma cobertura populacional de eSF de 40%, enquanto que, na compatibilização do Plano Plurianual com o Pacto pela Saúde/Contrato Organizativo de Ação Pública e o Mapa Estratégico da SES/DF, a meta de cobertura para 2012 é de 60% e para 2013 68% (DISTRITO FEDERAL, 2012d).

Entretanto, em dezembro desse ano havia apenas 232 ESF no DF (31 rurais), sendo 13 não consistidas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e duas excluídas do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com cobertura

populacional de 21,83%. Considerando-se as equipes contempladas com profissionais do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e do Programa Mais Médicos, a cobertura populacional das eSF sobe para 22,4% Fonte: Relatório da SAPS, março de 2013) (Fonte: Siab/DAB/MS).

Na mesma data havia 31 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS (4 rurais), sendo quatro não aprovadas pelo Siab e uma excluída do SCNES, com cobertura de 3,8%. Somando-se as coberturas de ESF e EACS obtém-se o total de 25,63% de cobertura da eSF no DF. Também constava no Siab uma equipe de AB (Fonte: Relatório da SAPS, março de 2013).

No DF, existem equipes de Atenção Básica, que são equipes multiprofissionais vinculadas a Centros de Saúde/UBS e Policlínicas, sendo que se caracterizam por abrigar outras especialidades médicas (generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra). Existem critérios de parametrização que definem cargas horárias mínimas de alguns profissionais e condições específicas para adesão ao PMAQ (BRASIL, 2011c).

Vale destacar que apenas 29 ESF e EACS do DF consistidas pelo Siab fizeram adesão ao 1º ciclo do PMAQ. A avaliação externa dessas equipes foi realizada pela Universidade de Brasília (UnB) que, em resultado provisório de novembro de 2011, certificou 25 equipes, sendo avaliadas três destas como ótimas, 10 como boas e 12 como irregulares (DISTRITO FEDERAL, 2012b). Até dezembro de 2013, 120 equipes fizeram adesão ao 2º ciclo (Fonte: Siab/DAB/MS, dezembro/2013).

Comentários sobre o processo

Apesar do arcabouço normativo que valoriza a AB na Rede de Atenção à Saúde (RAS), identifica-se no DF uma “contradição entre o discurso em defesa da APS e a manutenção das metas de construção de novos hospitais apresentada a cada nova gestão” (GÖTTEMS *et al.*, 2009, p. 1416). Esse quadro se agrava com a baixa cobertura de ACS e SF¹³.

Acrescenta-se que, no DF, é insuficiente a integração intra e intersetorial no campo da ST, em que pese a orientação para a atenção integral e o trabalho em rede, presente nas

¹³Em dezembro de 2012, a cobertura da população por equipes de ACS era de apenas 7,87% e da ESF 23,73 %.Fonte: DAB/MS.

diversas normas infra legais, com destaque para a PNAB e a PNSTT. Até o momento, as propostas de envolvimento da AB pelo Centro Distrital de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest/DF) se restringiram aos ACS e às equipes de SF, sendo que não há registros de abordagens dos Nasf existentes. As poucas iniciativas do Cerest/DF junto à AB têm sido elaboradas a partir da perspectiva de técnicos da ST, não sendo consideradas as dificuldades e necessidades dos profissionais da AB, bem como o que conhecem e entendem sobre a ST.

Essa limitação se reflete na abordagem da AB pelo Cerest/DF, quando se observa a persistência da inexistência do reconhecimento sistemático das atividades produtivas e principais ocupações dos territórios, da falta de identificação da relação do adoecimento da população com o trabalho e a decorrente Notificação Compulsória dos casos e a ausência de registros sobre proposição ou execução de investigação e intervenção em ambientes e processos de trabalho de seus territórios.

Destaca-se que ações de ST estão contempladas em todos os instrumentos de planejamento do SUS do DF, com metas e indicadores que apontam para o aumento das notificações dos AT e DRT. Embora muitas ações de ST sejam desenvolvidas de forma inter e intrasetorial, verifica-se que ainda estão restritas ao nível central da SES/DF e vinculadas ao empenho e compromisso de cada profissionais do Cerest/DF. Nesse sentido, para o avanço das metas que ampliam o número de notificações de AT e DRT, é imperiosa a descentralização institucional efetiva e perene das ações de ST no DF.

A partir dessas constatações, pode-se dizer que no DF há pouca clareza e faltam preceitos norteadores para o desenvolvimento de ações de ST junto aos Nasf, descumprindo-se orientações normativas sobre a atenção integral à ST na AB. Como consequência, no DF, a proposta do AM em ST ainda não foi sistematizada junto às equipes do Nasf, em que pese esses profissionais da AB já realizarem algumas ações de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores em seus territórios de abrangência, muitas vezes sem uma qualificação adequada por falta de apoio especializado.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998**. Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - Ride e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 387, de 10 de dezembro de 2003. Habilita Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de abrangência estadual. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 dez. 2003b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-387.htm>>. Acesso em: 07 set. 2012.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal [...]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 out. 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 18 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 18 de março de 2009. Habilita Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no Distrito Federal [...]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 mar. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0122_18_03_2009.html>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social - 2013**. Brasília: MPS/DATAPREV, v. 21. 2013a.

CODEPLAN. **Emprego no setor público no Distrito Federal**: local de trabalho e de moradia dos servidores federais e do GDF. Org. Júlio Miragaya. Brasília, abr. 2013a.

_____. **Perfil da distribuição dos postos de trabalho no Distrito Federal**: concentração no Plano Piloto e déficits nas cidades-dormitório. Org. Júlio Miragaya. Brasília, maio 2013b.

_____. Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED). **Resultados 2013**. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/258-ped.html>>. Acesso em 15 mar. 2014. 2013d.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Decreto nº 32.179, de 3 de setembro de 2010. [...] Altera [...] a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Diário**

Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 08 set. 2010c. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/09_Setembro/DODF%20172%2008-09-2010/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20172.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria do Centro Distrital de Referência em Saúde do Trabalhador do Distrito Federal. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)**. Relatório de notificação de agravos à saúde do trabalhador. Brasília, 2012a.

_____. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: diretrizes, processo de trabalho, diagnóstico, metas e desafios**. Brasília, dez. 2012b. 26 slide: color.

_____. Subsecretaria de Planejamento Avaliação e Controle. **Mapa da saúde do DF: revisão do plano diretor de regionalização (versão 2012-2015)**. 2012c.

_____. Subsecretaria de Planejamento Regulação Avaliação e Controle. **Relatório anual de atividades (2012)**. 2012d.

_____. Decreto nº 34.155, de 21 de fevereiro de 2013. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, 22 fev. 2013a. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2013/02_Fevereiro/DODF%20N%C2%BA%20039%2022-02-2013/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20039.pdf>. Acesso em 01 mar. 2013a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle. Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde. Gerência de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde. Núcleo de Estatística. **Relatório de estabelecimentos da Secretaria de Estado de Saúde**. Brasília, 2013b.

_____. Secretaria de Estado de Trabalho. **Boletim de Emprego e Desemprego – PED-DF**. Jul. 2013. 2013c.

_____. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão. Subsecretaria de Gestão de Pessoas. Diretoria de Acompanhamento e Cadastro da Folha de Pagamento. 2013d.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Mortalidade – Sim**. Boletim Epidemiológico. 2013e.

_____. Diretoria do Centro Distrital de Referência em Saúde do Trabalhador do Distrito Federal. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan**. Relatório de notificação de agravos à saúde do trabalhador. Brasília, 2014.

GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1409-1419, jun. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Síntese de indicadores de 2012**. Rio de Janeiro, RJ. 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilio_s_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. **Desafio do Desenvolvimento**. Ano 1 . ed. 4-01, nov. 2004. Disponível em: http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28&Itemid=23 Acesso em: 20 jun 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 2013**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download> Acesso em: 13 mar. 2014.

SILVA, B.F.*et al.* **O perfil dos atores sociais envolvidos no cooperativismo de materiais recicláveis no Distrito Federal**. Anais do IV Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, Resende, RJ, 2007.

5.4.3 Limites do estudo

Em que pese Minayo-Gomes (2011) destacar a relevância da incorporação do ambiente à formulação do campo da saúde do trabalhador, não foi possível avançar na exploração deste conteúdo no presente estudo, considerando tratar-se de pesquisa exploratória, de um tema pouco discutido no âmbito da APS, o que exigiu abordagem menos complexa neste primeiro momento.

Diversas estratégias metodológicas utilizadas permitiram apenas uma aproximação com o que se pretendia investigar, não tendo sido suficientes para delimitar o objeto de forma completa, uma vez que o objetivo era conhecer as principais demandas de saúde do trabalhador das equipes de AB e como pensam e agem os profissionais e gestores do Nasf sobre as relações entre saúde e trabalho. O fato de não se conhecer a abrangência e variabilidade das possíveis respostas proporcionou uma coleta abundante de informações, mas ainda muito periféricas ao tema. Para que seja capturada a riqueza das opiniões dos sujeitos de pesquisa, estudos subsequentes devem ser conduzidos, ampliando a compreensão do objeto.

Importa destacar a possibilidade de viés na pesquisa em decorrência da utilização do Diário de Campo e da Análise de Conteúdo, técnicas aparentemente subjetivas, mas necessárias para o registro e compreensão dos significados. Nesse sentido, esta pesquisadora buscou ampliar sua percepção e registrar ao máximo os fatos, entendimentos e expressões dos participantes do estudo. Assim também em relação às releituras dos textos das gravações das entrevistas, no sentido de reduzir a interferência de valores e ideias preconcebidas na sistematização das categorias de análise.

Há que se considerar que o reduzido número de gestores no nível central da APS ameaça a manutenção do sigilo da identificação das entrevistadas, embora esta pesquisadora tenha procurado contornar essa situação no sentido de manter o compromisso ético.

A consolidação e a análise dos dados se tornaram complexas por dois motivos. Primeiro pela utilização de diferentes instrumentos de pesquisa e segundo pela existência de três unidades de análise, uma vez que os resultados encontrados refletem a percepção dos gestores, dos profissionais sobre as equipes e sobre eles mesmos como indivíduos.

Uma limitação assumida consiste na dificuldade de reprodução do estudo, uma vez que há diferentes formas possíveis de organização da APS, bem assim a diversidade de modelos de implantação de Nasf, de formação e capacitação profissional, de perfil de gestão, das condições e relações de trabalho existentes. Acrescenta-se que a proposta metodológica de

atuação dos Nasf é recente e no DF encontra-se em pleno amadurecimento, com modificações importantes a cada ano. Dessa forma, as mudanças no contexto certamente produzirão novas dinâmicas e percepções dos atores envolvidos, não sendo possíveis generalizações ou comparações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização da ST no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) se fortaleceu a partir da década de 1990 e, em sua origem, privilegiou a construção de interfaces com a AB, também denominada APS. Entretanto, a estratégia de implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) alimentou a tendência de funcionamento independente desses Centros em relação aos demais pontos da RAS.

Uma das consequências da escolha desse modelo foi a indução do distanciamento do desenvolvimento acentuado da eSF, agravando as dificuldades atuais para o reconhecimento das ações de saúde do trabalhador âmbito da AB.

Ocorre que o sistema de saúde brasileiro percorreu uma trajetória em busca da atenção integral para seus usuários e, atualmente, vigora um modelo de organização centrado na AB. Esse paradigma implica a preferência das Unidades Básicas de Saúde como portas de entrada do sistema, que conseqüentemente se tornam ordenadoras do cuidado e centros privilegiados de comunicação da RAS.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008, objetivando potencializar as ações desenvolvidas pelas equipes da AB, por intermédio da introdução de especialistas nesse mesmo nível de atenção do sistema. A proposta de atuação do Nasf está fundamentada em dispositivos da PNH, que foram incorporados à PNAB como ferramentas para contribuir com o enfrentamento do modelo de sistema de saúde fragmentado e ineficiente vigente no Brasil.

Destaca-se a ferramenta do AM, ou matriciamento, que implica a construção de uma relação horizontal e colaborativa entre equipes de referência (ER) e de apoio e se caracteriza pelo trabalho em equipe multidisciplinar, que tem como objetivo central promover a integralidade da atenção.

A PNSTT também adotou o AM para promover a descentralização das ações de ST na RAS. Dessa forma, evidencia-se que as duas políticas compartilham da mesma metodologia de condução da prestação do cuidado para com a população.

Este estudo teve o objetivo de identificar as percepções de gestores da APS e profissionais dos Nasf a respeito do matriciamento em ST realizado por esses Núcleos. Definiu-se o Distrito Federal como campo de estudo, onde foram aplicados instrumentos de pesquisa para uma aproximação com o processo de trabalho do Nasf e identificar as dificuldades e potencialidades para o matriciamento de ações de ST por esses Núcleos.

Entretanto, os resultados revelaram fortemente a necessidade de superar problemas comuns existentes no funcionamento dos Nasf, como a persistência da falta de entendimento pleno do papel desses Núcleos e a deficiência na formação dos profissionais para desenvolver o AM, o que ainda não foi corrigido pelos processos sistemáticos de sensibilização e capacitação junto a essas equipes. Destacam-se ainda outros problemas estruturais da APS, como as questões de infraestrutura, a falta de apoio dos gestores, a sobrecarga de trabalho impulsionada por cobrança de produtividade e a fragmentação da atenção.

Somam-se os problemas relativos ao discernimento de temas da ST por gestores e profissionais da APS. É freqüente a invisibilidade do trabalho como um dos determinantes da saúde e, dessa forma, é incipiente a percepção das relações entre saúde e trabalho, obstáculo que reduz a capacidade de identificação clara das demandas de ST na APS. Parece estar relacionada a isso a centralização histórica das ações de ST no âmbito dos Cerest.

Verifica-se a necessidade de melhor definição dos papéis dos pontos da RAS no desenvolvimento da ST no âmbito do SUS, com especificação de atribuições e responsabilidades, bem como a decisão firme de investimento na qualificação das ações de ST já desenvolvidas nos processos de trabalho por profissionais da APS, em especial pelos Nasf.

Nesse sentido, espera-se que os produtos elaborados nessa Dissertação possam colaborar com o amadurecimento das iniciativas de reconhecimento das questões relativas à ST no âmbito da AB.

Diante dos limites desse estudo, fica evidente a necessidade de novas pesquisas para aprofundar no entendimento do processo de trabalho do Nasf e na descoberta de estratégias mais efetivas para superar as dificuldades e evidenciar as potencialidades.

REFERÊNCIAS

AMARAL-DIAS, M. D.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no município de Amparo: ações desenvolvidas e dificuldades a serem superadas. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T(Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

ALMEIDA, M. H. R. C.; REIS, A. P. O cuidado à saúde do trabalhador na rede SUS Betim e Microrregião: a atuação do CEREST. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T(Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 287 p.

BRANT, L. C.; GUIMARÃES, E. M. P. Telessaúde e ações de saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Primária: cenários e desafios.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho [...]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 ago. 1943. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/10/1943/5452.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Ministério do Trabalho. **Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1987. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2013.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 set. 2012.

_____. 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 [...]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 27 set. 2012.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. v.1. Brasília, 1991. 79 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996a. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>. Acesso em: 26 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde /NOB-SUS 96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 nov. 1996b. Disponível em: <nob-sus 01/2001>. Acesso em 14 fev. 2013.

_____. Portaria n.º 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1997a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 36p.

_____. Portaria n.º 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 jul. 1998a. Disponível em: <<http://pisast.saude.gov.br:8080/pisast/departamento/material-institucional/saude-do-trabalhador/portaria-n.o-3.120-de-1o-de-julho-de-1998/view>>. Acesso em 28 de set de 2012.

_____. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 nov. 1998b. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/seg_m_t/GM_P3.908_98seg_m_t>. Acesso em: 2 fev. 2013.

_____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 nov. 1998c. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pab_geral/GM_P3925_98p>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade **Manual do sistema de informação de atenção básica (SIAB)**. Brasília, 1998d.

_____. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 1999. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000a. 110p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de Saúde da Família**. 2000b. (Caderno de Atenção Básica). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**: PSF. Brasília, 2000c.

_____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jan. 2001a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em 17 fev. 2013.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde /Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; Elizabeth Costa Dias (Org.). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. [Série A Normas e Manuais Técnicos, no. 114]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001c. 69p.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jul. 2002a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/14_Lei_10507.pdf>. Acesso em 12 fev. 2013.

_____. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 14 dez 2012.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do Trabalhador**: módulo instrucional de capacitação da rede básica de saúde do SUS em saúde do trabalhador- Instrutor. Brasília, 2002c. 32 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2002d. 63p. (Cadernos de Atenção Básica, 5).

_____. Portaria nº 347, de 27 de março de 2003. Aprova convocatória pública para que municípios e Distrito Federal apresentem projetos municipais de expansão do Saúde da Família no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar. 2003a. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Portaria%2027%2003%2003%20347.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, v.5, n. 21, mar./abr. 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília, 2005a. 380 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2.ed. Brasília, 2005b. 210 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. **Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMAQ)**. 2005c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005d. 36 p.

_____. Portaria nº 2437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 dez. 2005e. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em 16 out. 2012.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006a, 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde: CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 162 p. 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Manual Técnico do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde- Versão 2. Atualizado em out. 2006.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Portaria nº 2.527, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do curso introdutório para profissionais da Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2006e. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2527.htm>>. Acesso em 18 fev. 2013.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Portaria Interministerial nº 152, de 13 de maio de 2008. Cria a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho - CT-SST. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 maio 2008b. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/MPS-MTE-MS/2008/152.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ed. Brasília, 2008d. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília, 2008e. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**. Brasília, 2008f. 132 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 nov. 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em 17 set. 2012.

_____. 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, 2009c. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, 9).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009d. 260 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009e. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 2009f. Disponível em: <<http://renastonline.org/recursos/portaria-3252-vigilancia>>. Acesso em: 27 set. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde – Brasília: MS, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2009g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf> Acesso em: 20 maio 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010a. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos / Caderno de Atenção Básica, 27).

_____. **Rastreamento**. Brasília, 2010b. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos / Cadernos de Atenção Primária, 29).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília, 2010c. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde / Cadernos HumanizaSUS, 1).

_____. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pca tool**. Brasília, 2010d. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 18 set. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília, 2010f. 86 p. (Série C. Projetos Programas e Relatórios).

_____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define [...] 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 18 set. 2012.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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 [...]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 jul. 2011c. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_416_portariaPMAQ.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2012.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 20 set 2012.

_____. Decreto Presidencial nº. 7.602/2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm> Acesso em: 26 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Trabalhar sim! Adoecer, não!:** o processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília, 2011f. 224 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Portaria nº 2.978, de 15 de dezembro de 2011. Amplia para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 2011g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2978_15_12_2011.html>. Acesso em: 14 fev. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, 2011h. (Cadernos de Atenção Básica, 28).

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://renastonline.org/recursos/diretrizes-de-implanta%C3%A7%C3%A3o-da-vigil%C3%A2ncia-em-sa%C3%BAde-do-trabalhador-no-sus>>. Acesso em: 27 set. 2012.

_____. Ministério da Previdência Social; BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho: Plansat**. 2012b. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A38CF493C0138E890073A4B99/PLANSAT_2012.pdf>. Acesso em 22 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012c. Disponível em:
<<http://renastonline.org/legislacao/pnst>>. Acesso em 27 set. 2012.

_____. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Define os parâmetros de vinculação dos NASF de Modalidades 1 e 2 às ESF e/ou EAB para populações específicas e cria a Modalidade NASF 3. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2012d. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 12 fev. 2012.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012e. Disponível em:
<<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, 2012f. 134 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012g. 240 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos e diretrizes de atenção à Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2013b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pub_destaque.php>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2013c.

_____. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html> Acesso em 15 jun. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual Instrutivo para ESF e NASF. Brasília, 2013e. 38 p.

_____. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA- AMAQ - NASF** Brasília, 2013 f. 66p.

_____. Portaria nº 1.378, de 9 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 jul. 2013. p. 48. 2013g.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 112p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf> Acesso em 15 jun 2014.

_____. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 jun. 2014. p. 67. 2014b. Disponível em: <http://www.apecih.org.br/arquivos/noticias/Notifica%C3%A7%C3%A3o%20compuls%C3%B3ria%20-%20Brasil%202014.pdf>> Acesso em 10 jul. 2014.

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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

_____. CUNHA, G. T. **Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde**. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 4, 2011, p. 961-970.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 141-166.

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.

CHIAVEGATTO, C. V. **Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais**. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-85CP8P/cl_udia_vasques_chiavegatto.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 jan. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 29 p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2013.

CORREIA, M. C. B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar enfermagem**. Lisboa, v. 13, n. 2, 2009. Disponível em:
<http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf>. Acesso em 12 dez. 2012.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, W. S. 2011. Apoio matricial e atenção primária à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4., out./dez. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400013&script=sci_arttext>. Acesso em 10 jan. 2013.

DIAS, E. C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, E. C. (Coord.). Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte: UFMG, 2010. **Relatório técnico-científico**. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T.; 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, v.20, n.1, p.15-24, 2012.

DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

_____. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. Brás. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): 31-43, 2013b. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a07.pdf>> Acesso em: 12 maio 2014.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **Plano Distrital**: reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal – estratégia de apoio à consolidação de redes de atenção à saúde. Brasília, DF. Nov. 2010.

_____. Decreto nº 32.179, de 3 de setembro de 2010. [...] Altera [...] a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do**

Distrito Federal, Brasília, DF, 08 set. 2010c. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/09_Setembro/DODF%20172%2008-09-2010/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20172.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento Regulação Avaliação e Controle. Diretoria de Planejamento e Programação em Saúde. **Plano Distrital de Saúde 2012-2015**. Brasília, DF. jun. 2012. 2012a.

_____. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: diretrizes, processo de trabalho, diagnóstico, metas e desafios**. Brasília, dez. 2012b. 26 slides: color.

FARIA, H. P. *et. al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

FARIAS, P. B. **Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

FERREIRA, S. C. C.; MONKEN, M. (Org.). **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 16(2): 113-122, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULAR, F. F. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

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 Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/11977/1/2008_StellaMarisHildebrand.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2013.

LACAZ, F. A. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p.7-19, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1360.pdf>>. Acesso em 06 fev. 2013.

LACAZ, F. A.C.; SANTO, A. P. L. Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: estudo de caso sobre o Apoio Matricial no Cerest de Amparo/SP. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

LACERDA-SILVA, T.; DIAS, E. C. RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.38, p.859-870, jul./set. 2011.

LACERDA-SILVA, T.; DIAS, E. C. (Org.). **Cuidando da saúde dos trabalhadores**: a atuação do ACS. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Hospital das Clínicas. UFMG, 2011. 26p. Disponível em: <http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Cartilha_ACS_ST%20APS_UFMG.PDF> Acesso em 15 maio 2013.

_____. **Guia do ACS**: o Agente comunitário de saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas. Belo Horizonte: Nescon; UFMG, 2012. 72p.

_____. Desafios e possibilidades do Apoio Matricial às equipes da Atenção Primária para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. (Coord.). Relatório final da pesquisa intitulada “O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores”. São Paulo, 2012.

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** 2013; 47(5): 968-75.

LEAL, A. S. L. G.. **Formação especializada em Saúde da Família**: aprendizagem e mudança de práticas. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 275p.

MACHADO, J. M. H.; MINAYIO-GOMES, C. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 117-142.

MACHADO, J. M. H. **Ação transversal intersetorial**: entre o racional e o conjuntural. Texto contribuição da Abrasco para o Encontro preparatório da 3ª CNST. 2005a. Disponível em: <http://www.gppgr.neaad.ufes.br/file.php/118/textos/unid1_4.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4 dez. 2005b.

_____. Vigilância em saúde do trabalhador: conceitos e pressupostos. In CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 388p.

MATTOS, R. A.. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, out. 1991.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO-GOMES, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dec. 2005.

MINAYO-GOMES, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**.– Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. 540p.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010; 34(1): 92-96.

NOBRE, L. C. C.; MASCARENHAS, E.; D'AREDE, C. **Vigilância em Saúde do Trabalhador na Região Sudoeste da Bahia: uma experiência de integração com a Atenção Primária em Saúde em área de passivo ambiental**.

OLIVEIRA, F. R. L. **A integração das ações no campo da Saúde Mental entre a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para**

uma prática interdisciplinar. Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Psicologia Social. São Paulo, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 8 jan. 2013.

Atención Primaria de Salud. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, 1978, Alma Ata, **Informe...** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.

_____. **Estratégia global da saúde para todos até ao ano 2000.** Genebra, 1986.

_____. Proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017. In: ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 60, 2007, Ginebra, **Proceedings...** Ginebra, 2007b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/25419/1/A60_20-sp.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2012.

_____. **Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca.** Genebra, 2008. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Renovación de la atención primaria de salud en las Américas:** Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud (2005). Washington, D.C., 2007a. 36p.

PATROCÍNIO, S. S. S. M. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bvsaude.org/portal/resource/pt/lil-681295>> Acesso em 19 fev. 2014.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 371-383, jun. 2010. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/13.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2014.

PESSOA, V. M. *et al.* A saúde dos trabalhadores na Atenção Primária: reflexões e resultados preliminares de estudos de caso. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas.** Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

RAYMUNDO, C. M.; VEIGA, J. S., SANTOS, L. C. S. Contribuição da Atenção Primária à saúde para a prevenção e erradicação do trabalho infantil e para a proteção do trabalhador adolescente. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

RIBEIRO, E. E. N. *et al.* Papel da gestão estadual do SUS na implantação das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária: o modelo de Minas Gerais. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

RODRIGUEZ, M. R.; LEÃO, M. A.; SOUZA, N. K.T. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevista. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, 2014. Jan-Mar; 9(30):38-44. Disponível em <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/658>> Acesso em: 30 jun. 2014

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2009. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 12 maio 2014.

SOLEMAN, C. **O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Área de concentração Serviços de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SANTANA, V. S. *et al.* **Acidentes de trabalho não fatais e a informalidade das relações de emprego** (projeto acidentes – fases I - V). Relatório de projeto de pesquisa referente ao período 01/11/2009-01-11/2011. Programa Integrado em saúde ambiental e do trabalhador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/4756/1/PISAT.%20Relatorio%20Acidentes%20pdf%202011.4.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2014.

SOLEMAN, C. **O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho**.

Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Área de concentração Serviços de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de estado**. 2007. 439 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <<http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/saude-fadel.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____; ALMEIDA, C. V. B; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 445-464, 2010.

_____; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011. 600p.

VASCONCELOS, L. C. F. *et al.* O processo de construção das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica (1990-2002). In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

VIEIRA, M.C.F; DIAS, E.C.; MATTOS, R.C. Contribuição da Atenção Primária à Saúde para a saúde do trabalhador no domicílio. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

WINGESTER, S. Um desafio para o SUS: garantir atenção integral à saúde do cortador de cana. In: DIAS, E. C.; LACERDA-SILVA, T. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Coopmed, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Milestones in health promotion statements from global conferences**. Geneva, 2009. 35 p.

APÊNDICE A - Principais normas e documentos editados no âmbito da Saúde do Trabalhador.

Ano	Norma, documento ou programa	Fonte
1998	Portaria MS n.º 3.120, que publicou a <i>Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS</i> , fortalecendo a instituição da Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas três esferas de gestão do SUS.	BRASIL, 1998a.
	<i>Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST)</i> , de forma complementar à NOB-SUS n.º 01/96, com o objetivo de auxiliar os estados e municípios na implantação das ações de ST no SUS.	BRASIL, 1998b.
2002	Portaria GM/MS n.º 1.679, o primeiro normativo nacional que trata da organização da ST em rede de entes federados (Renast), estabelecendo diretrizes para sua formação Renast de forma articulada entre os três níveis de gestão do SUS, com definição das responsabilidades de cada ente federado e das Unidades de Saúde envolvidas, bem como fortalecendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que passaram a ser habitados em duas modalidades: estadual e regional.	BRASIL, 2002b.
2004	Portaria n.º 777/04, que primeiro estabeleceu a obrigatoriedade da Notificação Compulsória, mas de forma isolada dos demais agravos e doenças de notificação. Revogada pela Portaria n.º 104/11.	BRASIL, 2005a.
2005	Portaria n.º 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast no Sistema Único de Saúde – SUS. Revogada pela Portaria n.º 2.728/09. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.	BRASIL, 2005e. BRASIL, 2011f.
2007	Editado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o <i>Plano de Ação Global para Saúde dos Trabalhadores</i> , para o período de 2008-2017, em que se propõe cinco objetivos para serem considerados e adaptados pelos países membros, no sentido de formularem suas Políticas de Saúde dos Trabalhadores.	OMS, 2007b.
2008	Portaria Interministerial n.º 152, que criou a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST), com o objetivo de elaborar uma política nacional intersetorial relativa à ST.	BRASIL, 2008b.
2009	Portaria GM n.º 2.728, que passou a regulamentar a Renast, destacando que “As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação”, bem como a necessidade de inclusão de ações de ST na AB para que a rede seja implementada. Para tanto, destaca a definição de instrumentos como protocolos e linhas de cuidado. Além disso, essa norma permitiu a habilitação de Cerest na categoria municipal.	BRASIL, 2009b.
	Portaria MS n.º 3.252, que inseriu a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – SNVS; destacou a importante interface entre a Vigilância e a APS. Revogada pela Portaria MS n.º 1.378/13.	BRASIL, 2009f.

(Cont.)

Ano	Norma, documento ou programa	Fonte
2010	Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS e destaca formas de manifestação dos problemas de saúde, entre elas a exposição a produtos danosos à saúde e alterações do ambiente de trabalho.	BRASIL, 2010e.
2011	Portaria nº 104, que integrou em uma mesma norma todas as <i>Listas de Notificação Compulsória</i> , o que ratifica o resgate das ações de ST para o interior do SUS. Revogada pela Portaria nº 1.271/2014.	BRASIL, 2011a.
	Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa. Estabeleceu portas de entrada para acesso ao SUS, inclusive serviços especiais de acesso aberto, como “serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou situação laboral, necessita de atendimento especial”.	BRASIL, 2011b.
	Decreto nº 7.602, que instituiu a <i>Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho</i> (PNSST). Avançou ao estabelecer diretrizes e responsabilidades dos órgãos participantes (Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social) no fomento da promoção da saúde, da melhoria da qualidade de vida do trabalhador e da prevenção de agravos relacionados ao trabalho -	BRASIL, 2011e.
	Portaria nº 2.978, que permitiu o credenciamento de Cerest rural.	BRASIL, 2011g.
2012	Publicado o documento <i>Diretrizes de Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS</i> , que apresenta princípios, objetivos e orientações para o desenvolvimento da Visat, a integração com outros setores da vigilância em saúde e as atribuições dos profissionais e da Rede de Atenção à Saúde. Podem-se destacar as atividades a serem desenvolvidas pela AB.	BRASIL, 2012a.
	Lançado o <i>Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho</i> (Plansat), construído a partir do diálogo e da cooperação entre órgãos governamentais e representantes dos trabalhadores e dos empregadores, para aplicar na prática a PNSST. Cada um dos seus oito objetivos, apresenta estratégias e ações, com definição de responsáveis e prazos para seu cumprimento.	BRASIL, 2012b.
	Portaria nº 1.823, que instituiu a <i>Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora</i> (PNSTT) no âmbito do SUS. Como atribuição da direção nacional e estadual do SUS, consta a responsabilidade de promover a incorporação de ações de Visat observando a AB como centro ordenador. As atribuições do Cerest também foram destacadas.	BRASIL, 2012c.
2013	Portaria nº 1.378. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.	BRASIL, 2013g
2014	Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.	BRASIL, 2014b

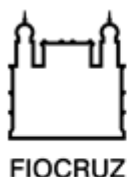
Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE B - Síntese dos encontros de Observação Participante realizados no mês de outubro de 2013.

Dia	Local	Duração da Observação	Atividade do Nasf observado	Profissionais envolvidos
01º	UBS roxa	3h30	Reunião ordinária da ENASF para produção do Relatório Mensal de atividades	Médica, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista.
2	UBS lilás	4h15	Reunião da ENASF com ESF Girassol	ENASF: médica, psicóloga, fisioterapeuta e assistente social; ESF Girassol: médica, enfermeira, uma técnica de enfermagem e 4 ACS.
7	UBS lilás	2h10	Atividade física para idosos, desenvolvida por voluntário, facilitador de automassagem e ginástica,	Fisioterapeuta da ENASF.
8	UBS roxa	3h35	Reunião ordinária da ENASF	Fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, médica.
9 (M)	UBS lilás	3h45	Reunião da ENASF com ESF Margarida	ENASF: médica, psicóloga e fisioterapeuta; ESF Margarida: médica, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, três ACS e uma THD.
9 (T)	UBS roxa	1h50	Grupo de Terapia Comunitária	Psicóloga do Nasf.
11	UBS roxa	4h15	Reunião da ENASF com ESF Jasmim	ENASF: psicóloga e médica; ESF: enfermeira, uma técnica de enfermagem e duas ACS
14	Domicílio de usuária	2h40	Visita domiciliar compartilhada	ENASF: médica e psicóloga; ESF: ACS da micro área.
15	Auditório do Hospital Regional	3h45	Reunião de apoio institucional, conduzida pela gestão regional da APS, juntamente com uma representante da gestão do nível central da APS, que, neste momento participava também como aluna da 1ª turma do Curso de Apoio Institucional promovido pela Unicamp em Brasília.	ENASF observada: Outros participantes.
17	Territórios apoiados pelo Nasf	4h30	Mapeamento dos territórios vinculados à ENASF	ENASF: médica, psicóloga e um dos nutricionistas; Em cada micro área estava presente o ACS a ela vinculado.
21	Escola	3h30	Oficina com adolescentes	ENASF: psicóloga e médica.

Fonte: Elaborado pela autora – dados da pesquisa.

APÊNDICE C1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado nas entrevistas da pesquisa



Ministério da Saúde
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **O Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes**, desenvolvida por **Cláudia Castro Bernardes Magalhães**, discente de Mestrado em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Elizabeth Costa Dias.

O objetivo central do estudo é elaborar proposta de Apoio Matricial dos NASF às ações de saúde direcionadas aos usuários trabalhadores.

O convite a sua participação se deve à sua condição de gestor(a) da Atenção Primária à Saúde, no nível central da SES/DF . Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidos o sigilo, o anonimato, a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, sob a guarda dessa pesquisadora. Por outro lado, caso você deseje que seu nome conste no trabalho final, a pesquisadora deverá ser formalmente informada. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será realizada se puder ser gravada, mediante sua autorização no final do presente Termo. A gravação será utilizada exclusivamente para transcrição. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora, respeitando o tempo de entrevistado (a) para se expressar adequadamente.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP e CEP/FEPECS/SES-DF. Os resultados poderão ser divulgados em palestras, relatórios para os entrevistados e outros serviços interessados no tema da pesquisa, em artigos científicos e na dissertação.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a construção do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária à Saúde, fortalecendo essa importante porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Poderá haver desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou ainda assuntos profissionais que lhe tragam incômodo em falar. Se você sentir que alguma(s) pergunta(s) é muito pessoal ou constrangedora, poderá se recusar a respondê-la(s). A pesquisa não implicará em riscos físicos a sua pessoa nem à comunidade da qual faz parte, porém poderá contribuir para alterar a organização do serviço ou modificar práticas de saúde.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma para esta pesquisadora e outra para o participante da pesquisa, devendo ser rubricado em todas as páginas.

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

Aluna do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/ ENSP/FIOCRUZ

Brasília, ____/____/____

Contato com a pesquisadora responsável:

3

Endereço Institucional: Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – GEDANT/SVS/SES/GDF. SGAN, Quadra 601, Lotes O e P. Brasília-DF. CEP: 70830-010. Telefone: (61) 99761145 e (61) 32740957. E-mail: claudiacbmagalhaes@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorização para gravação da entrevista: ☐ sim ☐ não

(Assinatura do participante da pesquisa)

Brasília, ____/____/____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com um dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP):

CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES-DF):

End: SMHN, Qd. 3, cj. A, bloco 1, Asa Norte, Brasília, DF. CEP: 70.710-907. Tel.: (61) 33254955; e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com; página da internet: www.fepecs.edu.br

CEP da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Rio de Janeiro/RJ:

End.: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; página da internet:

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

APÊNDICE C2 – Roteiro das entrevistas da pesquisa

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM GESTORES DO NASF

1

I) Percepções sobre a Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Primária à Saúde (equipes ACS, ESF, CS)

1. Como você percebe a relação entre saúde, trabalho e ambiente?
2. Você tem conhecimento sobre demandas relacionadas à Saúde do Trabalhador que são objeto da APS no DF (tanto em relação aos agravos quanto aos fatores de risco)? Como esses relatos são registrados / informados?
3. Em sua opinião, no DF, a APS desenvolve atividades que têm relação com o processo saúde-trabalho-doença?
4. Você percebe que as ações em Saúde do Trabalhador executadas pela APS em geral podem produzir melhoras na vida dos usuários? Quais?
5. Quais ações de Saúde do Trabalhador podem ser desenvolvidas na APS?

II) Organização dos NASF na Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica:

6. Fale-me sobre as demandas que chegam aos NASF do DF (em geral): quantidade, tipo, de onde vêm, como chegam.
7. Como é a relação dos NASF com as equipes da APS no DF? E com Gestores das Unidades de Saúde? E com Gestores da APS (DIRAPS, Gerentes/ DAS)?
8. Quais as principais ações que os NASF realizam com os profissionais das equipes da APS?
9. Quais ações que os NASF realizam diretamente com os usuários (sozinhos ou com membros da ESF)?
10. Em sua opinião, hoje, o Apoio Matricial é realizado conforme o prescrito nas normas?
11. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é desenvolvido junto às equipes da APS?
12. O Projeto de Saúde no Território (PST) é desenvolvido junto às equipes da APS?
13. Como ocorre o monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos NASF do DF? (agenda mensal? relatório mensal/ anual? instrumentos de planejamento do SUS? metas e indicadores? AMAC?)

III) Atuação dos NASF em Saúde do Trabalhador:

14. Como se deu a implantação dos NASF no DF?
15. Como você vê o papel dos NASF na APS, tendo que lidar com importantes diversidades: equipe com diferentes ocupações e formações, equipe com diferentes experiências no campo da saúde (privada X pública; APS X Atenção especializada), diferentes territórios para atuar (como conhecer as realidades locais – adoecimentos e fatores de risco), diferentes modelos de atuação das equipes vinculadas (formação, capacitação, sensibilização para a APS).
16. Qual a sua opinião sobre a participação dos NASF na atenção à saúde dos trabalhadores usuários do SUS?
17. Quais as atividades que o NASF poderia desenvolver no campo da Saúde do Trabalhador?
18. Em sua opinião quais são as oportunidades para o matriciamento em Saúde do Trabalhador pelos NASF para as equipes da APS? Como?

19. Você tem conhecimento de demandas de Saúde do Trabalhador que chegam aos NASF do DF (tanto em relação aos agravos quanto aos fatores de risco)? Como estas demandas são atendidas (de onde vêm, se articulam com CEREST ou outro ponto da rede, se fazem o seguimento)?
20. Existem ações realizadas pela equipe do NASF ou elas se restringem às competências de cada ocupação destes profissionais?
21. Você acredita que os profissionais do NASF do DF se sentem preparados para realizar Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador? Como? (Projeto Terapêutico Singular - PTS; Projeto de Saúde no Território - PST)?
22. Você entende que as ações em Saúde do Trabalhador executadas por NASF podem produzir melhoras na vida dos usuários? Quais?
23. Quais os principais desafios enfrentados para o matriciamento em Saúde do Trabalhador?
24. Quais as potencialidades no matriciamento em Saúde do Trabalhador?
25. Quais suas sugestões para melhorar o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na prática diária dos NASF?
26. Existe alguma orientação na SES/DF para o desenvolvimento das ações de ST na APS? Quais?

IV) Perguntas pessoais para melhor caracterização do entrevistado:

27. Sexo: feminino
28. Qual sua idade? (anos completos)
29. Qual sua profissão?
30. Formada há quanto tempo? (em anos)
31. Tem pós-graduação?
32. Tem experiência profissional anterior em Saúde do Trabalhador?
33. Está na SES há quanto tempo?
34. Está na gestão da APS da SES há quanto tempo?
35. Qual sua atuação junto aos NASF da SES/DF?
36. Há quanto tempo você atua nessa função junto aos NASF? (em anos e meses).

**APÊNDICE D1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado na
aplicação do questionário da pesquisa**



**Ministério da Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**O Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às ações de
Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **O Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes**, desenvolvida por **Cláudia Castro Bernardes Magalhães**, discente de Mestrado em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Elizabeth Costa Dias.

O objetivo central do estudo é elaborar proposta de Apoio Matricial dos NASF às ações de saúde direcionadas aos usuários trabalhadores.

O convite a sua participação se deve à sua condição de profissional de Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidos o sigilo, o anonimato, a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, sob a guarda dessa pesquisadora. Por outro lado, caso você deseje que seu nome conste no trabalho final, a pesquisadora deverá ser formalmente informada. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder individualmente a perguntas de um questionário auto aplicável. O tempo de duração para respondê-lo é de

aproximadamente 15 minutos. Você também será convidado a participar de uma reunião de devolução dos resultados, em que será apresentada a consolidação das respostas dos participantes. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP e CEP/FEPECS/SES-DF. Os resultados poderão ser divulgados em palestras, relatórios para os entrevistados e outros serviços interessados no tema da pesquisa, em artigos científicos e na dissertação.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a construção do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária à Saúde, fortalecendo essa importante porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Poderá haver desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou ainda assuntos profissionais que lhe tragam incômodo em falar. Se você sentir que alguma(s) pergunta(s) é muito pessoal ou constrangedora, poderá se recusar a respondê-la(s). A pesquisa não implicará em riscos físicos a sua pessoa nem à comunidade da qual faz parte, porém poderá contribuir para alterar a organização do serviço ou modificar práticas de saúde.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma para esta pesquisadora e outra para o participante da pesquisa, devendo ser rubricado em todas as páginas.

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

Aluna do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/
ENSP/FIOCRUZ

Brasília, ____/____/____

Contato com a pesquisadora responsável:

Endereço Institucional: Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis –
GEDANT/SVS/SES/GDF. SGAN, Quadra 601, Lotes O e P. Brasília-DF. CEP: 70830-
010. Telefone: (61) e (61) E-mail:
claudiacbmagalhaes@gmail.com

Contato com a pesquisadora responsável:

3

Endereço Institucional: Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – GEDANT/SVS/SES/GDF. SGAN, Quadra 601, Lotes O e P. Brasília-DF. CEP: 70830-010. Telefone: (61) 99761145 e (61) 32740957. E-mail: claudiacbmagalhaes@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorização para gravação da entrevista: ☐ sim ☐ não

(Assinatura do participante da pesquisa)

Brasília, ____/____/____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com um dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP):

CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES-DF):

End: SMHN, Qd. 3, cj. A, bloco 1, Asa Norte, Brasília, DF. CEP: 70.710-907. Tel.: (61) 33254955; e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com; página da internet: www.fepecs.edu.br

CEP da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Rio de Janeiro/RJ:

End.: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; página da internet:

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

APÊNDICE D2 - Guia para responder ao questionário para profissionais do Nasf sobre a abordagem de questões de saúde relacionadas ao trabalho

**GUIA PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS
DO NASF SOBRE A ABORDAGEM DE QUESTÕES DE SAÚDE
RELACIONADAS AO TRABALHO**

O presente estudo está focado na atenção aos trabalhadores usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, que compõem a população adscrita da Atenção Primária à Saúde (APS). Desta forma, não objetiva conhecer informações sobre a saúde dos trabalhadores do setor saúde, exceto aqueles que habitam os territórios de abrangência das equipes vinculadas a seu NASF e apresentam demandas à APS de ações de saúde relacionadas a seu trabalho.

O questionário é individual e para garantir o sigilo de suas respostas, salve em seu computador o arquivo em Word do questionário, responda às questões, salve novamente e envie o arquivo para a pesquisadora (claudiacbmagalhaes@gmail.com), a partir de seu e-mail pessoal. Solicita-se que isto seja feito **em até 2 dias** após o recebimento desta mensagem. Caso tenha dificuldade, a pesquisadora se coloca à disposição para auxiliar sobre qualquer dúvida pelo telefone: 99761145.

O questionário foi dividido em quatro blocos de perguntas. O primeiro tem o objetivo de conhecer as demandas e a natureza das respostas que a equipe do NASF apresenta em sua prática diária. O segundo bloco busca apontar as possíveis dificuldades para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador pelos NASF. No terceiro bloco o objetivo é conhecer qual o grau de importância da participação dos NASF no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador junto à APS. No último bloco solicitamos sua colaboração sobre os conteúdos que você gostaria de ver presentes em um curso de capacitação em Saúde do Trabalhador.

Para auxiliar um melhor entendimento dos participantes da pesquisa, apresentam-se alguns conceitos de termos utilizados no questionário:

Saúde do Trabalhador: é o campo da Saúde Pública de estudo e intervenções sobre as relações produção-consumo e o processo saúde-doença dos trabalhadores (LACERDA E SILVA e DIAS, 2012).

Trabalhadores: são todos os homens e mulheres de qualquer idade, que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas desenvolvidas no domicílio; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004).

Trabalho: é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis a sua vida e, nesse processo, simultaneamente, transformam a si próprios. Assim, é um eixo organizador da vida social e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. O trabalho é um espaço de dominação e de resistência dos trabalhadores, que busca transformar os processos produtivos no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte (MENDES e DIAS, 1991).

Processo de trabalho: é a atividade em que o homem opera a transformação de um objeto (matéria prima ou necessidades), utilizando instrumentos de trabalho (materiais e abstratos), para a produção de produtos (bens ou serviços), com um determinado fim. É possível abordar e compreender certos aspectos da realidade por meio da análise da dinâmica entre a atividade, o objeto e os instrumentos utilizados (MARX, 1994)

Agravos à saúde relacionados ao trabalho: são acidentes, doenças, danos, distúrbios, sofrimentos ou lesões causados ou agravados pelo trabalho que causam dano à saúde de um indivíduo ou da população (LACERDA E SILVA e DIAS, 2012).

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT): objetiva a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos. A vigilância do processo, do

ambiente e das condições em que o trabalho se realiza permite a identificação e a intervenção em situações de risco à saúde. A ação de intervenção é organizada de forma participativa e se opera pela modificação do processo de trabalho/atividade conjugando aspectos epidemiológicos ao contexto social das relações de trabalho e com a base técnica em que o trabalho se desenvolve (BRASIL, 2012).

Educação em saúde do trabalhador: são ações que objetivam aumentar o conhecimento da população trabalhadora e das comunidades, qualificando-as para participação e controle social na perspectiva da efetivação de um processo de vigilância popular em saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Promoção da saúde do trabalhador: são intervenções nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, como a busca e análise das informações referentes à implantação de novos processos produtivos e de serviços, bem como modificações em atividades econômicas já estabelecidas que podem gerar riscos em seu território; a articulação com as instâncias de referência específicas de vigilância em saúde do trabalhador dentro e fora do SUS; o incentivo à negociação coletiva para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza; a divulgação e efetivação de normas e políticas de promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

SINAN: é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do Ministério da Saúde, alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2013).

SIAB: é o Sistema de Informação da Atenção Básica, do Ministério da Saúde, que foi implantado para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2013).

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, nov. 2004. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf> Acesso em: 29 out 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<<http://renastonline.org/recursos/diretrizes-de-implanta%C3%A7ao-da-vigil%C3%A2ncia-em-sa%C3%BAde-do-trabalhador-no-sus>>. Acesso em: 25 out 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>> Acesso em: 05 nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/> Acesso em: 05 nov 2013. LACERDA E

SILVA, T. DIAS, E. C. (Org.). **Guia do ACS: o Agente comunitário de saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 72p.

MARX, K. **O Capital**. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, out. 1991.

APÊNDICED3 - Questionário para profissionais do NASF sobre a abordagem de questões de saúde relacionadas ao trabalho.

Este questionário faz parte do estudo *Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Distrito Federal para o matriciamento de ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores: a percepção das equipes*, que objetiva elaborar proposta de Apoio Matricial dos NASF às ações de saúde direcionadas aos usuários trabalhadores.

Identificação do participante da pesquisa:

Região Administrativa do NASF:

Profissão: _____ Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Idade: ____ anos Tempo de formado: ____ Menos de 1 ano ____ anos
Experiência prévia na Atenção Básica: ____ Menos de 1 ano ____ anos ____ nenhuma Tempo de NASF: ____ Menos de 1 ano ____ anos
Formação ou experiência profissional em Saúde do Trabalhador: ☐ Sim ☐ Não Carga horária semanal no NASF: ____ 10h ____ 20h ____ 30h ____ 40h

Bloco 1 - Selecione com um X a opção que melhor define a frequência com que as ações descritas a seguir **acontecem** no cotidiano do trabalho de sua equipe:

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca	Não é do âmbito do NASF
01 A equipe utiliza dados de identificação da população trabalhadora de sua área de abrangência, como a ocupação, o tipo de vínculo empregatício, o local de trabalho, a renda e a escolaridade					
02 A equipe conhece o diagnóstico da situação de saúde da população <u>adscrita</u> das equipes que apoia e avalia o perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho que acometem os trabalhadores (dados como os do SUS, da Previdência Social e do Ministério do Trabalho e Emprego)					
03 A equipe analisa coletivamente as demandas envolvendo as relações entre o trabalho e o processo de saúde-doença dos trabalhadores usuários do SUS e planeja as respostas					
A equipe planeja, articula e/ou executa programas, projetos e/ou ações de:					
04 • Vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, com incentivo ao preenchimento do campo "ocupação" nos sistemas de informação (como o SIAB e SINAN) e à Notificação <u>Compulsória</u>					
05 • Vigilância dos fatores de risco ocupacionais, por meio do apoio ao mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas nos territórios das equipes que seu NASF <u>apoia</u> , bem como a orientação para a redução da exposição a estes fatores					
06 • Assistência à saúde do trabalhador, com apoio à conclusão dos diagnósticos e ao estabelecimento da relação dos agravos (doenças e acidentes) com o <u>trabalho</u>					
07 • Orientação e educação em Saúde do Trabalhador, como o fornecimento de informações trabalhistas e <u>previdenciárias</u>					
08 • Promoção da Saúde do Trabalhador, como a participação em ações <u>intersetoriais</u> de enfrentamento ao trabalho <u>infantil</u>					
09 A equipe estimula a participação social dos trabalhadores e suas representações no SUS					
10 Outra ação de Saúde do Trabalhador desenvolvida pela equipe:					

Bloco 2 - As frases abaixo apresentam **possíveis dificuldades** para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador pelos NASF.

Selecione com um X a opção que melhor expressa a sua opinião:

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
11 Deficiência no entendimento sobre a proposta de <u>matriciamento</u> dos NASF no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)				
12 Deficiência na abordagem de temas pertinentes à relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença na formação profissional				
13 Desconhecimento de orientações normativas para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na APS				
14 Ausência ou desconhecimento de suporte técnico efetivo em Saúde do Trabalhador				
15 Falta de organização de fluxos (linhas de cuidado) para atenção à saúde dos trabalhadores				
16 Dificuldades de encaminhamento dos trabalhadores vítimas de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde				
17 Prioridade de outros Programas já estabelecidos pela Secretaria de Saúde				
18 Outra dificuldade:				

Bloco 3 - Tendo em vista a sua prática de trabalho e as deficiências da APS, classifique sua opinião sobre a **participação dos NASF no desenvolvimento de cada uma das seguintes ações de Saúde do Trabalhador**:

		Indispensável	Importante	Pouco importante	Dispensável	Não é do âmbito da APS
19	Incentivar a identificação pela ESF das características da população trabalhadora de seus territórios					
20	Conhecer o diagnóstico da situação de saúde da população das equipes que apoia e avaliar o perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho que acometem os trabalhadores					
21	Analisar coletivamente as demandas que envolvem as relações entre o trabalho e o processo de saúde-doença dos trabalhadores usuários do SUS e planejar as respostas					
	Participar do planejamento, articulação e/ou execução de programas, projetos e/ou ações de:					
22	Vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, com incentivo ao preenchimento do campo "ocupação" nos sistemas de informação (como o SIAB e SINAN) e à Notificação Compulsória					
23	Vigilância dos fatores de risco ocupacionais, por meio do apoio ao mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas nos territórios das equipes que seu NASF apoia, bem como a orientação para a redução da exposição a estes fatores					
24	Assistência à saúde do trabalhador, com apoio à conclusão dos diagnósticos e ao estabelecimento da relação dos agravos (doenças e acidentes) com o trabalho					
25	Orientação e educação em Saúde do Trabalhador, como o fornecimento de informações trabalhistas e previdenciárias					
26	Promoção da Saúde do Trabalhador, como a participação em ações intersetoriais de enfrentamento ao trabalho infantil					
27	Estimular a participação social dos trabalhadores e suas representações no SUS					
28	Outra ação de Saúde do Trabalhador:					

Bloco 4 – Neste bloco você é convidado a contribuir com a elaboração de uma proposta de capacitação em Saúde do Trabalhador para a APS:

29 Ordene os conteúdos que gostaria de ver presentes em um **curso de capacitação sobre Saúde do Trabalhador**, segundo sua importância, de 1 a 5, sendo 1 para o mais importante e 5 para o menos:

- ___ Diagnóstico e tratamento de agravos relacionados ao trabalho
- ___ Funcionamento da rede de atenção à Saúde do Trabalhador
- ___ Papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
- ___ Vigilância em Saúde do Trabalhador
- ___ Direitos previdenciários e trabalhistas

30 Cite outro(s) conteúdo(s) que gostaria de ver presente(s) em um curso de capacitação sobre Saúde do Trabalhador:

APÊNDICE E1 – Programação da Reunião de Devolução dos resultados do questionário de pesquisa

REUNIÃO DE DEVOLUÇÃO DE RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA “*Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Distrito Federal para o matriciamento de ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores: a percepção das equipes*”

Objetivo da reunião: analisar coletivamente os dados obtidos após a aplicação do questionário de pesquisa, bem como as análises produzidas até o momento. Esta reunião pretende ir além do caráter informativo da exigência ética da devolução de resultados de uma pesquisa, avançando no sentido de se compreender lacunas que o instrumento utilizado não foi capaz de abordar diante dos objetivos do estudo.

Data: 26/11/2013

Horário: 8h às 11h30

Local: Sala 11 da Fiocruz (1º andar)

End: Campus da UnB, atrás do Hospital Universitário de Brasília, na pista que leva à Faculdade de Ciências da Saúde. Telefone: 3329.4582

Telefone de Cláudia Magalhães (pesquisadora): 99761145

Programação:

8h às 8h30 – Entrega do material com café da manhã

8h30 – Abertura com apresentação dos participantes

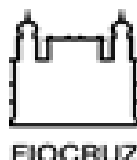
9h – Leitura dialogada dos resultados dos questionários da pesquisa

10h – Debate

11h – Avaliação oral da reunião

11h30 – Encerramento da reunião

**APÊNDICE E2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado na
Reunião de Devolução dos resultados do questionário**



**Ministério da Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**O Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às ações de
Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **O Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes**, desenvolvida por **Cláudia Castro Bernardes Magalhães**, discente de Mestrado em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Elizabeth Costa Dias.

O objetivo central do estudo é elaborar proposta de Apoio Matricial dos NASF às ações de saúde direcionadas aos usuários trabalhadores.

O convite a sua participação se deve à sua condição de profissional de Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), ou de atuar na gestão da Atenção Primária ou de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da SES/DF. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidos o sigilo, o anonimato, a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificar sua opinião será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, sob a guarda dessa pesquisadora. Por outro lado, caso você deseje que seu depoimento conste no trabalho final, a pesquisadora deverá ser formalmente informada. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em contribuir com sua opinião na reunião de devolução de resultados do questionário aplicado pela pesquisadora do projeto, a profissionais dos NASF do DF. A reunião somente será realizada se puder ser gravada e, para tanto, solicita-se sua autorização no final do presente Termo. A gravação será utilizada exclusivamente para transcrição. O tempo de duração da reunião é de aproximadamente três horas e meia, respeitando o tempo dos participantes se expressarem adequadamente.

A reunião será transcrita e armazenada em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP e CEP/FEPECS/SES-DF. Os resultados poderão ser divulgados em palestras, relatórios para os entrevistados e outros serviços interessados no tema da pesquisa, em artigos científicos e na dissertação.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a construção do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária à Saúde, fortalecendo essa importante porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Poderá haver desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou ainda assuntos profissionais que lhe tragam incômodo em falar. Se você sentir que alguma(s) pergunta(s) é muito pessoal ou constrangedora, poderá se recusar a respondê-la(s). A pesquisa não implicará em riscos físicos a sua pessoa nem à comunidade da qual faz parte, porém poderá contribuir para alterar a organização do serviço ou modificar práticas de saúde.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma para esta pesquisadora e outra para o participante da pesquisa, devendo ser rubricado em todas as páginas.

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

Aluna do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/
ENSP/FIOCRUZ

Brasília, ____/____/____

Contato com a pesquisadora responsável:

3

Endereço Institucional: Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – GEDANT/SVS/SES/GDF. SGAN, Quadra 601, Lotes O e P. Brasília-DF. CEP: 70830-010. Telefone: (61) 99761145 e (61) 32740957. E-mail: claudiacbmagalhaes@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorização para gravação da entrevista: ☐ sim ☐ não

(Assinatura do participante da pesquisa)

Brasília, ____/____/____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com um dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP):

CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES-DF):

End: SMHN, Qd. 3, cj. A, bloco 1, Asa Norte, Brasília, DF. CEP: 70.710-907. Tel.: (61) 33254955; e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com; página da internet: www.fepecs.edu.br

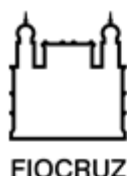
CEP da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Rio de Janeiro/RJ:

End.: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; página da internet:

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

**APÊNDICE E3 – Carta de agradecimento pela participação na Reunião de Devolução
do questionário de pesquisa**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



CARTA DE AGRADECIMENTO

Brasília, 29 de novembro de 2013.

Pela presente, venho agradecer a _____
por ter aceitado participar da entrevista da pesquisa **O Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes**. Sua participação foi muito importante para este estudo.

O objetivo desta pesquisa é elaborar uma proposta de Apoio Matricial dos NASF às ações de saúde direcionadas aos usuários trabalhadores. A análise desta entrevista será realizada em conjunto com os demais resultados obtidos neste estudo e integrarão minha dissertação de mestrado profissional de Vigilância em Saúde do Trabalhador, promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP).

Os resultados da dissertação serão consolidados e disponibilizados aos participantes, permitindo a todos utilizar as informações conforme a necessidade.

Atenciosamente,

Cláudia Castro Bernardes Magalhães

Aluna do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/
ENSP/FIOCRUZ