



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Mestrado Profissional em Saúde
da Família- PROFSAÚDE

SAÚDE DO TRABALHADOR: SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE EUSÉBIO, CEARÁ.

Francisco Roberto de Araujo Nogueira

Eusébio
Junho/2019

**SAÚDE DO TRABALHADOR: SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE EUSÉBIO, CEARÁ.**

Francisco Roberto de Araujo Nogueira

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família –
PROFSAÚDE, vinculado ao
Polo Ceará/Fiocruz, como
requisito para obtenção do título
de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dra Vanira Matos Pessoa

Eusébio
Junho/2019

(ficha catalográfica – Ver item 3.2.1 do manual)

Francisco Roberto de Araujo Nogueira

SAÚDE DO TRABALHADOR: SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM EUSÉBIO, CEARÁ.

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Fiocruz/ABRASCO como requisito parcial para
obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Data de aprovação: Eusébio, CE, 17 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Vanira Matos Pessoa
(Orientadora – Fiocruz/CE)

Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
(Membro Interno – Fiocruz/CE)

Dra. Thaís Lacerda e Silva
(Membro Externo – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais)

Dra. Maria Idalice da Silva Barbosa
(Membro Suplente – Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia)

Dedico este trabalho a todos os agentes comunitários de saúde com quem tive o privilégio de aprender nesses 12 anos de vida profissional. A dedicação, a resignação, a tolerância, a persistência e o amor com que praticam a arte de cuidar todos os dias encorajam-me a contornar todos os obstáculos que surgem no caminho.

Ao paciente, usuário, cliente, pessoa... àquele que é o alvo maior de todo meu esmero.

Ao trabalhador e trabalhadora dos sertões, porque suas forças são imensuráveis.

AGRADECIMENTOS

Antes de agradecer, quero externar o quanto esse Mestrado Profissional em Saúde da Família foi importante em minha jornada como médico de família. O convívio com pessoas tão queridas, o sentimento de pertencimento a um grupo tão especial e a oportunidade de com vocês aprender fizeram, desses curtos, porém intensos dois anos, um período de troca de conhecimentos e vivências que jamais serão esquecidos.

Por isso, agradeço...

A Deus, toda honra e glória!

Aos meus familiares, presentes ou ausentes, que foram e são minhas referências de conduta e respeito para com o outro. Mas, em especial, minha mãe Stela, meu pai Erivaldo (*in memorian*), minha irmã Aline, minha avó Santinha (*in memorian*) que fazem minha vida tão especial. Grato por torcerem por mim, sem nada esperar em troca.

A minha esposa, Maiara, pelo apoio, paciência e estímulo durante esse período de Mestrado.

Aos colegas Ana Paula, Anderson, Carla, Daniel, Diego, Leandro, Leonel, Márcia, Patrícia, Roberto Bob. Sem vocês esse Mestrado não teria sido tão engrandecedor.

Aos professores Dr. Roberto Wagner, Dra. Anya Gomes, Dra. Fátima Antero, Dra. Sharmênia Nuto, Dr. Max Ponte, Dra. Ivana Barreto, porque acreditaram nesse projeto, que é o ProfSaúde, posso agora realizar esse sonho.

A minha orientadora, Dra. Vanira Matos Pessoa... apoio, confiança, estímulo, incentivo, aprendizado... tanto que recebi de você, durante momentos de dúvida, incerteza, fragilidade. Suas palavras foram para mim um bálsamo de tranquilidade e confiança de que eu poderia sim realizar este trabalho, mesmo em meio a tribulações. Gratidão.

RESUMO

A Saúde do Trabalhador (ST) vivencia no cotidiano os graves problemas do mundo do trabalho, como: altas taxas de desemprego no Brasil, elevada informalidade no trabalho, perdas de garantias previdenciárias e trabalhistas, e altos índices de acidentes e mortes no trabalho, o que demanda uma resposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) à população trabalhadora do seu território. A ESF com capilaridade em todo o país e seu conhecimento dos territórios e famílias, tem papel relevante na realização de ações de ST. O agente comunitário de saúde (ACS) na ESF tem vínculo com as famílias e territórios, o que impele a necessidade de compreender sua atuação em ST. Esta pesquisa objetivou compreender a atuação de ACS de Eusébio, Ceará, quanto às ações em ST. Utilizou-se abordagem qualitativa, adotando-se a entrevista semiestruturada, e a análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre. Foram entrevistados individualmente 29 ACS, em 2018. Os resultados apontaram que os ACS são: predominantemente feminino, com idade média de 45 anos e tempo médio de atuação, de 18 anos; a escolaridade prevalente foi o ensino médio; acompanhavam, em média, 634 pessoas por ACS. As ações em ST nas práticas dos ACS, limitaram-se a: encaminhamento dos trabalhadores para a unidade básica de saúde ou pronto atendimento, desperdiçando-se as oportunidades de educação em saúde, e o sentimento de despreparo para orientar sobre ST. Ficou clara a ausência de suporte técnico junto aos ACS, que mitigasse essas limitações. Considerou-se urgente a necessidade de promover estratégias de educação permanente em ST, prioritariamente para os ACS, mas também, para as equipes, otimizando o cuidado aos trabalhadores e trabalhadoras dos territórios da ESF.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde do Trabalhador; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

Occupational Health (OH) experiences daily serious problems, such as: high unemployment rates in Brazil, high informality at work, loss of social security and labor guarantees, and high rates of accidents and deaths at work, which demands a response from the Family Health Strategy (FHS) to the working population of its territory. The FHS, whose capillarity throughout the country and its knowledge of territories and families, plays a relevant role in the implementation of ST actions. The community health agent (CHA) in the FHS has ties with families and territories, which impels the need to understand their work in OH. This research aims to understand the performance of CHA of Eusébio, Ceará, as the actions in OH. A qualitative approach was used, adopting the semi-structured interview and the analysis of the Collective Subject Discourse (CSD) by Lefèvre and Lefèvre. Twenty-nine CHAs were interviewed individually, from June to July 2018. The results show that the CHAs are: predominantly female, with an average age of 45 years and average working time of 18 years; the prevalent schooling is the high school; accompany, on average, 634 people by ACS. There was an absence of OH actions in the CHA practices, being limited to: referral of workers to the basic health unit or emergency room, to the detriment of health education opportunities, and a feeling of unpreparedness to advise on OH. The absence of technical support that could mitigate these limitations became clear. It is considered urgent the need to promote permanent education strategies in OH, primarily for the CHAs, but also for the teams, optimizing the actions of care for the workers in the territories.

Keywords: Family Health Strategy; Occupational Health; Community Health Agents.

LISTA DE SIGLAS

AC: Ancoragem

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

AT: Acidente de Trabalho

CAT: Comunicação de Acidente do Trabalho

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DRT: Doença Relacionada ao Trabalho

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

DSS: Determinante Social de Saúde

EC: Expressão-chave

EIPS: Educação Interprofissional em Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

eSF: Equipe de Saúde da Família

IC: Ideia central

MFC: Medicina de Família e Comunidade

MS: Ministério da Saúde

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEA: População Economicamente Ativa

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSST: Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador e Trabalhadora

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RENAST: Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFC: Universidade Federal do Ceará

VD: Visita domiciliar

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de desocupação, em porcentagem, das pessoas de 14 anos ou mais, Brasil, 2019.....	22
Gráfico 2 – Distribuição percentual, por gênero, dos ACS entrevistados, em Eusébio, 2018.....	39
Gráfico 3 – Faixa etária, em anos, dos ACS, em Eusébio, 2018.....	40
Gráfico 4 – Atuação profissional, em anos, na função de ACS, em Eusébio, 2018..	41
Gráfico 5 – Distribuição da renda mensal individual, dos ACS entrevistados, por faixa de salário, em quantidade de salários mínimos, em Eusébio, 2018.....	42
Gráfico 6 – Atividades extras, realizadas pelos ACS, para complementação da renda mensal, em Eusébio, 2018.....	43
Gráfico 7 – Nível de escolaridade dos ACS entrevistados, em Eusébio, 2018.....	44
Gráfico 8 – Relação entre o total de famílias cadastradas e o número de pessoas acompanhadas por ACS entrevistado em Eusébio, 2018.....	46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2. Objetivos Específicos.....	20
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
4.1. A Determinação social da saúde e o mundo contemporâneo do trabalho.....	21
4.2. Saúde do trabalhador no SUS.....	23
4.3. Saúde do trabalhador na atenção primária, em especial na estratégia saúde da família.....	26
4.3.1.O trabalho do ACS na ESF.....	28
5. MÉTODO.....	31
5.1. Tipo de Estudo e Técnica de Coleta de Dados.....	31
5.2. Local de Estudo.....	31
5.3. Sujeitos da Pesquisa.....	33
5.4. Técnica de Coleta de Dados.....	34
5.5. Análise e Interpretação dos Dados.....	35
5.5.1 A Construção dos Discursos do Sujeito Coletivo.....	36
5.6. Aspectos Éticos.....	38
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6.1. Perfis do ACS quanto a: gênero, faixa etária, escolaridade, renda, tempo de atuação profissional na função, tempo de atuação na eSF, número de família e de pessoas acompanhadas, em 2018, em Eusébio, Ceará.....	39
6.2 Saberes e Práticas quanto às ações em ST.....	47
6.2.1 Saberes acerca de saúde do trabalhador.....	47
6.2.2 Contribuições sugeridas pelo ACS para implementação de ações de ST na comunidade.....	53
6.2.3 Vivências e práticas de ações em ST.....	56
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
Apêndice B – Carta de Anuência.....	78
Apêndice C – Ficha de identificação dos participantes da entrevista.....	79
Apêndice D – Roteiro orientador das entrevistas.....	80
Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP.....	81

1 INTRODUÇÃO

O trabalho sempre ocupou papel relevante no processo de adoecimento das pessoas. As transformações nos processos produtivos que vêm ocorrendo devido ao fenômeno da globalização da economia repercutem sobre a vida dos trabalhadores, bem como na organização das atividades laborais, influenciando seus postos de trabalho, ritmo, salários, diversificação de tarefas e, também, nos mercados de trabalho e padrões de consumo. Certamente essas mudanças alteram os modos de trabalhar e, conseqüentemente, o processo saúde-doença-trabalho (HARVEY, 1998).

A capacidade de dominar a natureza, e dela tirar proveito para garantir sua subsistência, é o que confere o significado do trabalho para o homem. Nesse processo de domínios e transformações, ao longo dos tempos, a humanidade pôde testemunhar a história sendo feita, tornando-se agente ativa dessas mudanças. Por meio das relações de trabalho é possível compreender a relação entre os homens em sociedade. É através do exercício do trabalho que o homem se reconhece como agente construtor da sociedade, transformando-a e, assim, fazendo sua própria história. Dessa forma, o trabalho pode ser encarado como instrumento que, ao homem, permite não apenas explicar o mundo, a sociedade e seu passado, mas antever seu futuro, na tentativa de modificá-lo (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

No Brasil, a Saúde do Trabalhador (ST) foi especialmente contemplada quando da promulgação da Constituição em 1988 (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), as quais citam, em seu teor, que o Estado deve garantir saúde por meio de reformulações e execução de políticas econômicas e sociais no intuito de reduzir riscos de doenças e outros agravos. Também considera o trabalho como uma condicionante ao gozo da saúde, cabendo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a prerrogativa de assumir o papel legal de cuidado desta área da Saúde Pública (JACQUES, 2009).

Compreende-se que o SUS deve executar ações de ST em todos os níveis de atenção, buscando desenvolver atenção integral, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, bem como a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Para esse intuito, foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), alcançando todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentes de sua localização, de

sua inserção no mercado de trabalho ou de seu vínculo empregatício, estando incluídos nessa Política até mesmo os desempregados (BRASIL, 2012a).

A partir da implantação do SUS em 1990, observa-se um processo de mudança paulatina do modelo de atenção à saúde. O MS inicia um processo de valorização da Atenção Primária à Saúde (APS), mudando o foco, até então, historicamente centrado em ações curativas e hospitalares, para um modelo de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (ESCOREL et al., 2007).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. Tem como um dos fundamentos o reconhecimento do território de atuação, como forma a permitir o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que compõem aquele território (BRASIL, 2017a).

Além disso, a APS é considerada eixo organizador de toda a rede de atenção à saúde (RAS) e está presente em todos os municípios do país (BRASIL, 2006). Sua capacidade de organizar ações e serviços de saúde com base nas necessidades locais, considerando as particularidades de cada indivíduo na sua relação com o ambiente onde vive, confere, a esse nível de atenção, qualidades ímpares para atender as demandas de atenção integral à saúde dos trabalhadores (DIAS; SILVA, 2013).

No Brasil, de acordo com a última Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário para organização, expansão e consolidação da APS. Considera, no entanto, a possibilidade de coexistência com outros modelos que seriam pertinentes a situações loco-regionais, destacando a dinamicidade do território e peculiaridades de certas populações, como as itinerantes e as dispersas, que também devem estar sob a responsabilidade de uma equipe enquanto estiverem em um território (BRASIL, 2017a).

Para compor uma equipe de Saúde da Família (eSF), deve-se dispor, no mínimo, de profissional médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). O dimensionamento do número de ACS dar-se-á de acordo com as especificidades do

território, como a base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Pode ainda fazer parte da eSF o agente de combate a endemias e os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017a).

Por suas peculiaridades potencialmente danosas aos trabalhadores, algumas situações são consideradas de notificação obrigatória. Seriam elas: acidente de trabalho¹ (AT) com exposição a material biológico; AT fatal ou grave; AT envolvendo crianças e adolescentes; acidentes com animais peçonhentos ou potencialmente transmissores de raiva; casos de violência no trabalho e; intoxicação exógena por substâncias químicas, incluindo os agrotóxicos (BRASIL, 2016a).

Apesar da obrigação legal de notificação desses agravos, diversos autores concordam que a subnotificação é uma realidade, em todas as esferas de trabalho, seja formal ou informal, acarretando riscos à saúde de trabalhadores e trabalhadoras, com potenciais danos não apenas a saúde do indivíduo, mas também no bem-estar de sua família (FIOREZZI; VIEIRA, 2012; GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

É nesse contexto que os ACS, atuando no âmbito da ESF, podem contribuir com sua capilaridade territorial e seu conhecimento da população, do território e das vítimas desses agravos. Tais profissionais são elos entre a comunidade e a equipe de saúde, identificando problemas que afetam as condições de saúde da população, compartilhando informações com a equipe de saúde e, assim, contribuindo para o planejamento e o desenvolvimento de ações de cuidado à saúde das famílias (SILVA; DIAS, 2012).

A partir do que foi exposto, surgiram os seguintes questionamentos: como os agentes comunitários de saúde atuam frente a situações de saúde dos trabalhadores em seu território de atuação? De que forma reconhecem a população enquanto trabalhadores e trabalhadoras?

Assim, as ações exercidas por ACS, ao encontrarem-se diante de questões referentes à ST, configura-se como o objeto desta pesquisa.

2 JUSTIFICATIVA

Desde minha graduação, em meados de 2007, pela Universidade Federal do Ceará (UFC), sempre me dediquei a atuar na APS. Como muitos de minha geração, comecei a atividade médica em uma cidade do interior do estado do Ceará. O

¹ De acordo com a norma legal, acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou de empregador provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2015).

município localiza-se nos Sertões dos Inhamuns, distante aproximadamente 300 quilômetros de Fortaleza. O clima semiárido, a vegetação da caatinga, o modo de viver corajoso e destemido do sertanejo encantaram-me, juntamente com a descoberta da (ESF), só então conhecida superficialmente nos bancos da Universidade ou em poucas visitas supervisionadas durante o Internato em Saúde Comunitária. Foi nessa mistura do encanto com o receio por tudo que era novo que se deu a paixão pela Medicina de Família e Comunidade (MFC).

O trabalho no campo, especialmente no meu caso, no sertão, de imediato, saltou-me aos olhos, não com um sentimento de pesar por testemunhar a rudeza do labor que o sertanejo desenvolve e as consequências sobre a sua saúde; era um sentimento de respeito por pessoas que demonstravam uma relação simbiótica com a terra. Muitas daquelas delas não tinham só nascido naquele lugar, mas de lá tiravam seu sustento, criavam seus filhos e netos, dividiam o que tinham com quem precisasse, enfim, todo o processo de suas vidas se dava em função do trabalho na terra.

Quando alguma pessoa do campo, homem ou mulher, adulto ou idoso era acometida por alguma doença, a incapacidade para trabalhar era o que mais incomodava o sertanejo. O profissional de saúde seria aquele que permitiria a continuidade de uma rotina laboral que já perdurava há anos, daí a maior responsabilidade que se era colocada em nossas mãos. “Eu só queria ter saúde para voltar a trabalhar”, “se meu joelho me deixasse trabalhar, eu voltaria a ser homem”, “eu observando minhas coisinhas na cozinha sem poder trabalhar com ela é o que me deixa mais triste, doutor”... esses eram exemplos discursos de homem e mulheres do campo que eu mais ouvia no consultório.

Logo percebi a relevância do trabalho na vida dessas pessoas. Não era uma obrigação, mas sim aquilo que lhes dava sentido à vida. Descobri que a capacidade para manter os hábitos de trabalho era o melhor indicador da boa resposta terapêutica. A partir do momento em que ele ou ela pudessem retornar ao trabalho, sentia-me mais realizado quanto ao dever de tentar diminuir seus sofrimentos. De certa forma, o trabalho deles também estava dando significado a minha vida.

Saúde do Trabalhador não é disciplina com muito destaque na graduação. Dada essa limitação e o entendimento da importância que o assunto estava assumindo em minha profissão, julguei pertinente iniciar pós-graduação em Medicina do Trabalho, concluindo em 2013. Apesar de conter algumas fragilidades, como não

mencionar as políticas públicas em saúde do trabalhador, a saúde do trabalhador do campo, das águas e das florestas e o viés muito técnico do curso, voltado para o trabalho mais fabril e urbano, este foi muito pertinente por me abrir uma possibilidade de pensar criticamente sobre o tema, além de permitir o reconhecimento de acidentes de trabalho e os procedimentos técnicos e legais na vigilância desses agravos.

Ocorreu que, durante uma reunião para discussão de processos de trabalho, uma ACS comentou sobre um episódio em que, no percurso do trabalho, sofrera um acidente de moto, vindo a fraturar uma perna. Ao indagá-la se foi feita notificação do seu acidente de trabalho (AT), ela surpreendeu-se, afirmando ter se tratado “apenas de um acidente, e não acidente de trabalho”.

Naquele momento, percebi que os temas Saúde do Trabalhador, Acidentes de Trabalho e APS estavam distantes daquela comunidade. Se nem uma profissional de saúde, moradora da comunidade, com anos de experiência, percebia ser vítima de AT, e da necessidade de sua notificação, o que pensar do restante da população? Entendi que agravos à saúde relacionados ao trabalho estavam acontecendo sem que fossem devidamente identificados. A subnotificação impede o conhecimento do problema, a caracterização dos eventos e o planejamento de ações para que sejam reduzidas suas consequências.

Um estudo ecológico mostrou que, apesar do aumento do número de notificações de AT pela APS no decorrer do período investigado, esse aumentou não acompanhou o crescimento da cobertura da ESF, indicando necessidade de maior envolvimento da estratégia na ST (BASTOS-RAMOS; SANTANA; FERRITE, 2015).

A ESF é o espaço ideal para fazer frente a essa situação. Define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais da saúde, em contato permanente com o território. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

Essas autoras relatam que a ESF tem como centro a família, entendida e percebida a partir de um ambiente físico, social e cultural, levando os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde da população, permitindo-lhes melhor compreender o processo saúde-doença e as necessidades de intervenções que vão além de práticas curativas, mediante uso de tecnologias complexas e diversificadas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O médico de família e comunidade é um dos componentes da equipe da ESF, responsável por proporcionar atenção integral e continuada a toda pessoa que solicite atenção médica, atendendo o indivíduo no contexto da família, e a família no contexto da comunidade de que faz parte, sendo, clinicamente, competente para proporcionar a atenção de que necessitar, considerando sua situação cultural, socioeconômica e psicológica (ARIAS-CASTILLO et al., 2010).

Considerando o trabalho como uma dimensão fundamental da vida humana, é essencial conhecer como o ACS relaciona os modos de produção presentes no seu território de trabalho, e as possibilidades de esses processos produtivos causarem algum malefício aos que habitam nesse território. Espera-se que esse conhecimento possa contribuir na reflexão sobre como a APS exerce seu papel de cuidar integralmente da saúde da comunidade, permitindo que as pessoas possam usufruir a terra de forma saudável e sustentável, além de valorizar o papel do ACS como promotor de saberes que estimulam a própria comunidade a compreender seu modo de viver.

Assim, a presente pesquisa justifica-se pelo meu interesse pessoal e profissional como médico e pesquisador em conhecer como agem e o que pensam os ACS diante de situações que versem sobre a ST. Busca-se contribuir com um novo olhar e conhecer as ações em ST sob o ponto de vista desses profissionais da saúde, os quais, atuando mais próximos da comunidade, são verdadeiros promotores de difusão de saberes para toda a comunidade. Este objeto de pesquisa também se constitui como tema de interesse na linha de pesquisa da orientadora, que estuda as inter-relações entre a produção, o ambiente, o trabalho e saúde no contexto dos territórios de atuação da APS, em especial, as populações do campo, das águas e zonas urbanas em situação de vulnerabilidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Compreender a atuação dos agentes comunitários de saúde de Eusébio quanto às ações em saúde do trabalhador e da trabalhadora de seus territórios.

3.2 Objetivos específicos:

- Reconhecer os saberes de agente comunitários de saúde sobre a ST;
- Identificar as práticas de ST realizadas pelos ACS na ESF;
- Identificar os atributos característicos da APS nas ações em ST.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A determinação social da saúde e o mundo contemporâneo do trabalho

Em 2016, o crescimento do Produto Interno Bruto mundial registrou seu nível mais baixo dos últimos seis anos: 3,1%. Apesar de a perspectiva para o período entre 2017 e 2019 serem discretamente melhores, de 3,6%, ainda persiste uma elevada incerteza sobre a economia mundial (ILO, 2019).

Essas decepcionantes cifras geram preocupação sobre a capacidade de a economia criar uma quantidade suficiente de empregos, melhorar a qualidade dos empregos daqueles que ainda os têm e garantir que os benefícios do crescimento sejam compartilhados de maneira inclusiva. Em todo o mundo, os países deparam-se com sérios desafios, como: criar oportunidades de empregos de qualidade para aqueles que vão entrar no mercado de trabalho; equiparar oferta de emprego e renda entre os gêneros e; garantir proteção social àqueles que não os dispõem (ILO, 2019).

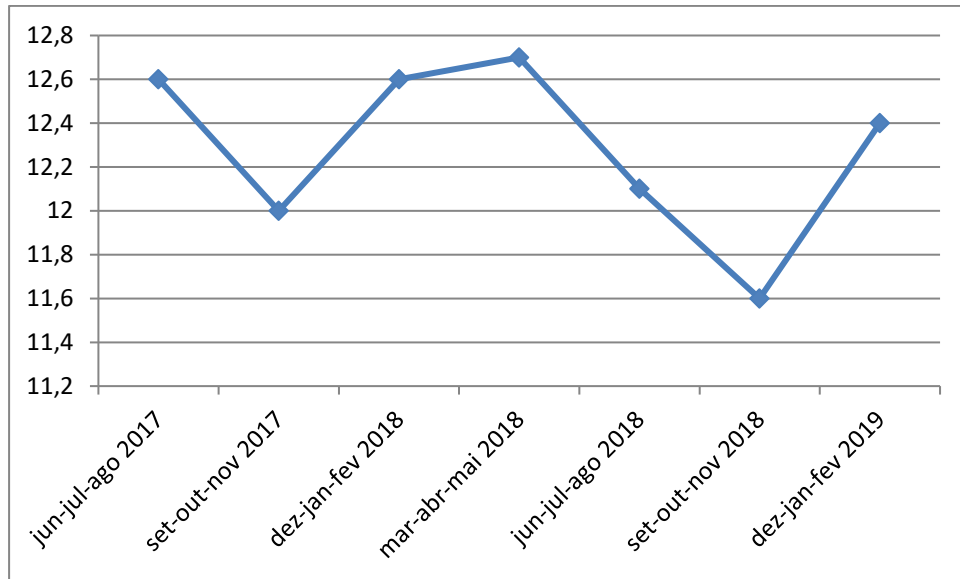
A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima a existência de 172 milhões de desempregados ao redor do mundo em 2018, representando uma taxa de 5,0% da força de trabalho, com tendência, em nível mundial, de manutenção dessas cifras para o período de 2019 a 2020. Prevê o acréscimo anual de um milhão de novos desempregados até 2020, projetando, até lá, 174 milhões de pessoas, um crescimento anual de 0,1% (ILO, 2019).

Chama atenção a discrepância desses números em relação aos dados brasileiros. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a taxa de desocupação² no Brasil, medida até o trimestre fechado em fevereiro de 2019, ficou em 12,4%, representando 13,1 milhões de trabalhadores nessa condição (BRASIL, 2019a).

Interessante notar que, a despeito da Reforma Trabalhista de 2017 (BRASIL, 2017b), que renunciava a geração de novas vagas no mercado de trabalho, ainda não se nota efeito prático dessa medida até o presente momento. Na verdade, de acordo com o gráfico abaixo, percebe-se, praticamente, uma manutenção das taxas de desocupação desde a sanção da Reforma, em julho de 2017 (BRASIL, 2019a).

Gráfico 1 – Taxa de desocupação, em porcentagem, das pessoas de 14 anos ou mais, Brasil, 2019

² População desocupada é composta por pessoas que não tinham trabalho, num determinado período de referência, mas estavam dispostas a trabalhar e, para isso, tomaram alguma providência efetiva, como consultando pessoas, pesquisando em jornais etc. (BRASIL, 2019). Taxa de desemprego e taxa desocupação podem ser consideradas sinônimas.



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua mensal

Além do desemprego, outras questões sociais estão relacionadas ao trabalho, como as que dizem respeito à redução do ritmo da queda de trabalhadores pobres e as disparidades de oportunidade de trabalho e remuneração em relação ao gênero. Configuram-se fatores que instigam esforços em matérias de políticas públicas centradas em maneiras de superar essas limitações, que comprometem a possibilidade de erradicação da pobreza (ILO, 2019).

Iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem o nome de determinantes sociais da saúde (DSS). Esses determinantes incluem experiências do indivíduo ao longo de toda sua vida, como por exemplo, o acesso ao emprego e ao trabalho decente. (OMS, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), entende que a atual crise econômica e financeira global demanda a adoção urgente de medidas para reduzir as crescentes iniquidades na saúde, para prevenir a piora nas condições de vida e a deterioração da proteção social.

Buss e Pellegrini Filho (2007) relatam que as diversas definições sobre DSS expressam o conceito, atualmente bastante generalizado, de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.

Cardoso (2015) relata como a organização de processos do trabalho bancário afetou a vida de trabalhadores, a partir da exigência de metas e excesso de carga horária, gerando estresse, perda do convívio familiar e somatizações diversas.

Várias circunstâncias, provenientes de mudanças nos modos de produção nos tempos atuais, estão relacionadas com o surgimento de doenças e agravos, por exemplo: a individualização e a solidão nos locais de trabalho, com o suicídio e depressão; a gestão por metas e a terceirização, com o aumento de índices de acidentes de trabalho e ansiedade (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Calcula-se que 2,34 milhões de pessoas morrem, anualmente, por acidentes ou enfermidades relacionadas ao trabalho. Esse número vem aumentando rapidamente devido a mudanças tecnológicas nos processos produtivos, que estão agravando os perigos já existentes e, ainda, criando novos, como os transtornos mentais e musculoesqueléticos, com consequentes prejuízos sociais e econômicos (ILO, 2013).

Sobre esse assunto, Konchinski (2019) levantou dados mostrando aumento do número de mortes causadas por AT no Brasil em 2018, mudando uma tendência decrescente desde 2013. Em sua matéria jornalística, o autor apura, ao entrevistar informantes-chave, que a justificativa ao fato pode dever-se desde ao aumento do número de notificações, como a um afrouxamento de leis trabalhistas a partir da Reforma supracitada.

4.2 A saúde do trabalhador no SUS

A criação do SUS foi um marco importante para a conquista de direitos sociais no Brasil. Porém, desde sua criação, percebem-se transformações epidemiológicas complexas e dinâmicas do processo saúde-doença sobre a população. Isso tornou necessário um modelo de atenção que integrasse práticas individuais e coletivas em diversas dimensões das necessidades de saúde, incluindo, além do controle de riscos e agravos, os determinantes sociais em saúde (ARREAZA; MORAES, 2010). A Vigilância em Saúde (VISA) apresenta-se como um desses modelos, propondo articular ações que reconheçam a situação de saúde das populações em seu território para além dos espaços institucionalizados dos serviços de saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

No âmbito do SUS, a portaria GM/MS 1.378/2013 define que as ações de VISA são coordenadas com as demais ações e serviços ofertados para garantir a integralidade da atenção à saúde de toda a população. Seria implementada ao englobar práticas e processos de trabalho que envolvem, entre outras ações, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (BRASIL, 2013).

A VISAT é, portanto, um componente da VISA com vistas à promoção da saúde e redução de danos à população trabalhadora por meio de ações integradas que ajam nos agravos e determinantes oriundos dos modelos de processos produtivos (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foi criada em 2012, tendo em vista a necessidade de fortalecer ações de ST e de definição de diretrizes e estratégias de responsabilidade da gestão do SUS. Ao alinhar-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, a PNSTT reconhece a ST e o trabalho como determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012a).

Apesar da ordem legal, o que se observa é a falta de articulação entre os preceitos e concepções que norteiam as atividades do SUS. Isso impede uma efetiva atuação sobre o processo saúde-doença nos ambientes de trabalho, o que afeta não apenas o trabalhador em si, mas a população em geral e o meio ambiente onde a atividade é exercida (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

O surgimento de redes atenção à saúde (RAS) confere-se numa busca de superar essa desarticulação dos cuidados, ao evitar a fragmentação dos serviços de saúde, a dificuldade ao acesso e o uso irracional de recursos financeiros. Esses fatores fazem com que sejam entregues, à população, serviços de baixa qualidade técnica, além de um aumento desnecessário de custos e, em última análise, insatisfação quanto aos serviços recebidos (MENDES, 2015).

A atenção integral à ST deve ser objeto de todos os serviços de saúde, seguindo os princípios do SUS da equidade, universalidade e integralidade. Assim, o MS instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a fim de articular ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2002).

A mesma portaria implantou, também, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), ferramenta útil a estimular práticas no campo da ST. Dessa

forma, ficou estabelecida uma possibilidade ao SUS de intervir sobre os fatores de riscos e agravos à ST, na medida em que os CEREST propagam conhecimentos acerca do processo saúde-doença que sejam peculiares a esse campo. Os CEREST são compreendidos, principalmente, como agentes produtores e disseminadores de conhecimentos técnicos e científicos, além de formar recursos humanos capazes de compreender esse processo e atuar no campo da vigilância em saúde do trabalhador (JACQUES, 2009).

Ao contrário dos Ministérios do Trabalho e da Previdência, os quais, historicamente, têm suas ações vinculadas aos trabalhadores do setor formal, o SUS nasceu sob a orientação de cuidar de todos os trabalhadores brasileiros (BRASIL, 1990). A presença em todos os municípios do país confere à APS uma posição privilegiada, pois alcança todos os trabalhadores o mais próximo de onde habitam e laboram (DIAS; SILVA, 2013). Além disso, a APS tem como função organizar as ações e serviços de saúde com base nos problemas e necessidades da população, bem como ser o primeiro nível de atenção a partir do qual se organizam e coordenam todos os demais níveis (MENDES, 2010).

A Constituição de 1988 garantiu o acesso de todo cidadão aos serviços públicos de saúde, bem como enfatizou a atenção à saúde de todos os trabalhadores. No entanto, o modelo criado pelo SUS carece de maior difusão na nossa sociedade, não sendo acompanhado de proporcionais cuidados à saúde dos trabalhadores, haja vista os persistentes dados de aumento dos índices de acidentes e doenças adquiridas em função do trabalho (BRASIL, 2002).

Apesar dos avanços e conquistas na legislação em ST no âmbito do SUS, há diversos estudos que demonstram a insuficiência das ações. Como exemplo, citam Cordeiro et al. (2005), que estimam em torno de 79% os casos de subnotificação de acidentes de trabalho não fatais em Botucatu, São Paulo. Os autores atribuem isso ao fato de que boa parte da população economicamente ativa (PEA) está concentrada no setor informal, ou seja, sem o amparo previdenciário da Seguridade Social, que obtém informações dos AT através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), cuja emissão registra e reconhece oficialmente a ocorrência do agravamento. Outro estudo encontrou uma prevalência de 11% de AT em meio rural, que, segundo os autores, está subestimada, uma vez que o evento era uma referência direta dos próprios trabalhadores, os quais deveriam relatar os ocorridos nos últimos 12 meses, podendo haver um viés de memória ou também uma baixa percepção, por parte dos

entrevistados, do que seria, de fato, um AT. Salientam que AT de pequenas proporções ou que tenham recebidos apenas tratamento caseiro podem não ter sido incluídos na estatística do estudo (FEHLBERG et al., 2001).

Percebe-se, portanto, que agravos em ST ainda permanecem invisíveis, não somente porque os profissionais de saúde têm dificuldade de reconhecê-los e notificá-los, mas os próprios trabalhadores idem. Todavia, tais situações podem resultar em expressivos impactos na morbimortalidade da população em geral, constituindo em importante problema de saúde pública, sendo assim, objeto prioritário de ações do SUS, que, juntamente com outros segmentos de serviços públicos e da sociedade civil, devem buscar formas efetivas para seu enfrentamento (BRASIL, 2006).

4.3 Saúde do trabalhador na APS, em especial na Estratégia Saúde da Família

Dias (2000) refere que a assimilação de ações em ST no SUS passaria a ser realidade quando incorporada pela APS. Cita que o acolhimento do trabalhador na porta de entrada do sistema, investigando o nexo entre o trabalho e o processo saúde-doença, e a introdução o saber do trabalhador ao controle social são possibilidades relevantes que poderiam ser alcançadas na APS.

Um marco na história das políticas públicas de ST foi a publicação do Caderno de Atenção Básica número 5, em 2001, que norteou processos de capacitação de muitas eSF acerca do tema (VASCONCELLOS et al., 2013, p.77). Hoje, esse instrumento encontra-se em processo de atualização, correspondendo ao Caderno número 41 (BRASIL, 2018a)

Cabe à equipe de Saúde da Família (eSF), ao fazer o levantamento do território adscrito, reconhecer as áreas com riscos e perigos potenciais à saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. De posse dessas informações, seria possível desenvolver programas e ações de educação em saúde do trabalhador específicas à comunidade (BRASIL, 2018a).

Para Dias et al. (2009), a compreensão dos modos de produção e trabalho e a inter-relação destes à saúde de uma população habitante de um território são marcos que merecem ser reconhecidos. Entenderem-se as condições de vida, perfis de morbimortalidade, vulnerabilidades de diferentes grupos sociais e degradação do meio ambiente permitiria construir possibilidades de mudanças capazes de

incrementar as condições de vida da população e do ambiente em que vivem e trabalham.

Pessoa et al. (2013) mostraram que uma comunidade foi capaz de organizar-se e pleitear por direitos protetivos quando foi, criticamente, capacitada a reconhecer os impactos negativos dos processos produtivos sobre a saúde dos trabalhadores e moradores de um território. Dessa forma, permitiu-se perceber que a dinâmica das relações do desenvolvimento econômico interferia na produção e na saúde nas localidades, bem como sua interface com o processo saúde-doença.

A rotina dos profissionais da ESF dá-se não apenas na unidade básica de saúde (UBS), mas também nos espaços comunitários e nos domicílio, por meios de ações educativas e de promoção de saúde. Essas ações têm o propósito de expandir o entendimento sobre a influência do trabalho no processo saúde-doença, bem como: identificar e esclarecer os fatores de risco à saúde presentes na atividade laboral e possíveis formas de proteção disponíveis; esclarecer medidas de prevenção e controle e as obrigações dos empregadores; e os direitos assegurados aos trabalhadores pelas políticas públicas. Tudo isso contribuiria ao empoderamento dessa classe na luta por melhores condições de vida e trabalho (DIAS; SILVA, 2013).

Segundo as mesmas autoras, o ACS exerce papel fundamental no desenvolvimento das ações educativas, pois, como membro da equipe e morador do território em que trabalha, possui vasto conhecimento sobre os processos produtivos instalados em sua área e a influência desses na vida das pessoas e no ambiente. Além disso, conhece o perfil ocupacional das famílias e as principais queixas, demandas e problemas relacionados ao trabalho. Destacam, no entanto, a necessidade de capacitação e a disponibilidade de suporte técnico permanente para exercer bem essa função.

Mas não apenas o ACS, mas os demais membros das eSF reúnem condições ímpares para desenvolver ações que contemplem a ST em suas práticas. Há, porém, a necessidade de superar dificuldades históricas para uma efetiva inserção desse saber na rotina das equipes, como a inclusão do tema nas grades curriculares da graduação e nas ações de educação permanente, maior participação dos CEREST e apoio dos gestores municipais (SILVA et al., 2014).

4.3.1 O trabalho do ACS na ESF

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos 1990, foi instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS. O programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, buscando contribuir com a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vista à ligação entre a comunidade e a unidade de saúde (BRASIL, 2001).

O desenvolvimento dessas ações dá-se por meio dos ACS, que são responsáveis por uma população adscrita no território. Eles desenvolvem atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde através de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2001).

O trabalho do ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, por ser ele um membro da comunidade e possuir com ela um envolvimento pessoal, estando mais próximo dos problemas que a afetam (BRASIL, 2009).

Atribuem-se aos ACS as ações de: cadastramento e diagnóstico de saúde da comunidade; territorialização; identificação das microáreas de riscos; realização de visitas domiciliares; ações coletivas e intersetoriais na área da saúde; orientação à comunidade acerca de sinais e sintomas de doenças; mobilização da comunidade à participação nas políticas públicas voltadas para a saúde; registro, para fins de planejamento e acompanhamento de ações de saúde, dos dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. Podem ainda ser atribuições desse profissional, a partir da PNAB 2017, em caráter excepcional, ações de: aferição de pressão arterial, de temperatura axilar e de glicemia capilar; realização de técnicas limpas de curativos e; orientação em domicílio para a correta administração de medicação a pacientes em situação de vulnerabilidade, desde que detenham capacidade técnica em formação específica (BRASIL, 2017a).

Porém, faz-se necessário trazer à luz o debate acerca das mudanças que a PNAB 2017 podem acarretar à APS no Brasil. Alguns textos denunciam riscos da perda de conquistas historicamente alcançadas, como a melhoria de indicadores de saúde, a garantia do acesso e a manutenção de atributos, como a longitudinalidade e continuidade do cuidado, ao longo de anos vindouros. Isso se daria devido a uma série de concessões e relativizações a partir da aceitação de modelos antigos de APS, em

detrimento da cobertura universal à ESF; da redução da oferta de serviços prestados hoje pela ESF e; da integração de serviços, até então estranhos, ao ACS, descaracterizando a história e a importância desta categoria para a sedimentação da ESF como único modelo de APS a ser seguido no Brasil (ABRASCO, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

O trabalho comunitário exige algumas características peculiares desses profissionais, a começar pela percepção das potencialidades da comunidade, bem como dos problemas nela existentes, introduzindo novas alternativas, sem que, para isso, sejam negadas a cultura e a vivência dessa comunidade. Tendo em vista essas condições, os ACS podem sofrer, a cada dia, várias situações de tensão, nas quais devem rever suas práticas diante de novos desafios. Por geralmente residirem no território onde trabalham, vivem o cotidiano da comunidade, com seus aspectos positivos ou negativos, certamente com mais intensidade do que qualquer outro membro da equipe de saúde (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Essas autoras também destacam o grande número de ACS atuantes no Brasil e, portanto, a extrema importância do seu trabalho para o desenvolvimento da APS no Brasil. No entanto, apesar de todas essas atribuições, trata-se, em geral, do grupo de menor escolaridade na eSF e, conseqüentemente, de pior remuneração. Assim, consideram a necessidade de aprofundamento de estudos sobre os processos de trabalho desses profissionais, relevantes para a viabilização da APS e, por conseguinte, do SUS (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Até o dia 29 de abril de 2019, havia no Brasil 243.469 ACS cadastrados³ no MS, atuando em 5.467 municípios, que implantaram a ESF, e distribuídos em 54.596 eSF cadastradas nos sistemas de informação do MS. Apenas no estado do Ceará, há 14.629 ACS atuando em 2.324 eSF (DATASUS, 2019).

O exercício profissional desses trabalhadores está regulamentado pela lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que dispõe sobre a reformulação das atribuições; a jornada e as condições de trabalho; o grau de formação profissional; os cursos de formação técnica e continuada dentre outros quesitos (BRASIL, 2018b).

No entanto, no tocante ao campo da ST, percebe-se uma fragilidade das ações do ACS, com ações pontuais e não institucionalizadas, dependendo, mormente, de

³ ACS cadastrados são aqueles a quem o MS concede incentivo financeiro ao município. Existem também os ACS implantados, que são aqueles que atuam no município, independente do vínculo de trabalho. Portanto, o número destes pode ser maior do que o daqueles.

iniciativas pessoais. É possível que tal fato ocorra devido à baixa valorização desse profissional e sua pouca influência no planejamento das ações da eSF (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011). Isso se mostra mais claro quando, ao ler-se o regulamento supracitado, não se perceber menção a ações de ST como atribuição desse profissional (BRASIL, 2018b).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas buscam entender um problema sob o olhar dos sujeitos que o

vivenciam em seu cotidiano, também como seus sentimentos, satisfações, desejos, surpresas ou quaisquer emoções (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

Essas pesquisas são úteis na busca do entendimento do contexto onde algum fenômeno ocorre e permitem a observação de vários elementos, mesmo em pequenos grupos, mostrando o potencial dessa abordagem em propiciar um conhecimento profundo de um evento (VICTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p.37). O aspecto descritivo diz respeito à finalidade de descrever características de determinada população ou fenômeno, procurando levantar suas opiniões, atitudes e crenças, proporcionando uma nova visão sobre o fenômeno ou problema estudado. Já o aspecto exploratório refere-se à finalidade de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, bem como de desenvolver e modificar ideias e conceitos, tendo em vista a formulação de problemas ou hipóteses para posteriores estudos (GIL, 2010, p.27, 28).

Ainda sobre a abordagem qualitativa, Minayo (2014, p.30) afirma que as análises devem ser contextualizadas, permitindo distinções entre as visões dominantes e outras formas de pensar a realidade, quando se considera a origem e a historicidade dos fatos sociais e dos grupos estudados. Além disso, devem incluir os espaços formais da economia e política, como os locais de trabalho, pois se tratam de espaços de consensos e de conflitos.

5.2 Local de estudo

O estudo ocorreu no município de Eusébio, Ceará. Esse município faz parte da região metropolitana de Fortaleza, capital do estado. Situa-se na região semiárida nordestina, com uma área de abrangência de 97km² e com uma população de 52.880 habitantes, estimada em 2018, 100% urbana, tendo 79,9% da PEA consideradas ocupadas (IPECE, 2018; IBGE, 2018).

Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano, em 2010, de 0,701 (4º maior do estado) e Índice de Desenvolvimento Municipal, em 2016, de 76,71 (1º maior do estado) e renda per capita de R\$ 53.212,55. A população é majoritariamente empregada nos setores de serviços, na indústria da transformação e na construção civil (IPECE 2018; IBGE, 2018).

Quanto à regionalização da saúde, encontra-se na 1ª Regional de Saúde e possuía 29 estabelecimentos de saúde ligados ao SUS em 2015, sendo 28 públicos

e um privado. A proporção de médicos por 1.000 habitantes é de 3,64, superior à média do Estado, que é de 1,39 (IPECE, 2018).

Quanto aos agravos de notificação compulsória, no ano de 2016, a doença de maior incidência foi tuberculose, seguida de dengue e febre do Chikungunya. A taxa de mortalidade infantil é de 4,77/1.000 nascidos vivos. Não há registro de acidentes de trabalho de notificação compulsória naquele ano, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica do Ceará (IPECE, 2018). Porém, ao analisar dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, uma iniciativa formada pela parceria do Ministério Público do Trabalho do Brasil e a OIT, há registro de dois AT com morte, que é agravo de notificação compulsória, no ano de 2016 (BRASIL, 2019b). A discrepância de informações demonstra grave falha nos registros dessas condições, levando, por conseguinte, ao menosprezo dos impactos sociais e econômicos por ela acarretados.

No estado do Ceará, a ESF está presente em todos os 184 municípios, porém, com suas 2.324 eSF, cobre uma população de 78,19% de cearenses. Ao observarem-se os números referentes ao PACS, 14.629 ACS estão distribuídos por todas as cidades, prestando assistência a 80,35% da população cearense (BRASIL, 2019c).

Em Eusébio, atuam 18 eSF, todas contando com a presença de médicos, dentistas, enfermeiros e técnico de enfermagem, distribuídas em 17 UBS, cobrindo 100% da população com a ESF. Chama a atenção o fato de que a cobertura por ACS é feita por um total de 49 profissionais, que assistem uma população local estimada em 28.175 pessoas ou 53,28%, até março de 2019. Destaque-se que o município tem um teto para contratação de até 130 ACS (BRASIL, 2019c).

Ainda, nesse município está localizado o novo Polo Industrial e Tecnológico de Saúde, que conta com a sede da Fundação Oswaldo Cruz, no Ceará, instituição que promove a pós graduação de que faz parte esta pesquisa. É interesse da instituição melhor conhecer o entorno em que está inserido, de modo a melhor oferecer recursos e insumos necessários ao desenvolvimento da região. Nesse contexto, faz-se pertinente a realização da presente pesquisa.

A ST, no município de Eusébio, é apoiada pelo CEREST de Horizonte-Ceará, distante 32 quilômetros entre si. Esse Centro tem sua criação registrada na portaria GM/MS 1.068, de 4 de julho de 2005, abrangendo um total de 10 municípios, a saber: Aquiraz; Beberibe; Cascavel; Chorozinho; Eusébio; Horizonte; Itatira; Ocara; Pacajus e; Pindoretama. A população estimada dessas cidades era de pouco mais de 450.000

habitantes em 2018 (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2006; RENASTONLINE, 2019)

5.3 Sujeitos da pesquisa

Foi feito um primeiro contato com a gestão do município e ao conselho municipal de saúde, para quem foi apresentado o projeto de pesquisa, solicitando permissão para a execução. A partir desse contato, indicaram-se informantes-chave que pudessem intermediar contato com os demais ACS. Naquele momento, foi apresentada a presidente da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Eusébio, a qual, ao ouvir a proposta do projeto, concedeu a oportunidade para sua realização nas dependências da Associação. Foram convidados a participar da pesquisa todos os ACS do município de Eusébio, num total de 49 profissionais.

Apresentou-se o projeto de pesquisa aos ACS reunidos na Associação em maio de 2018, durante reunião ordinária da categoria, onde estavam reunidos, aproximadamente, trinta e cinco profissionais. Foi-lhes apresentado o tema do projeto, a instituição, os objetivos da pesquisa, e feita uma leitura do termo de consentimento livre e esclarecido àqueles participantes.

A aprovação e concordância na realização da pesquisa deram-se por unanimidade dos participantes. Solicitou-se, então, que a proposta da pesquisa fosse compartilhada com os demais ACS ausentes, de modo a garantir que todos ficassem cientes do estudo.

Aqueles que estavam exercendo a função de ACS em Eusébio, no período da coleta de dados e manifestaram interesse e disponibilidade em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram entrevistados pelo próprio pesquisador.

Não foram incluídos no estudo aqueles que estavam: sob licenças (maternidade, por motivo de doença etc.); em gozo de férias ou; desviado da função.

5.4 Técnica de coleta de dados

Para a presente pesquisa, optou-se por entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro de sete perguntas de respostas abertas, além de perguntas a respeito de perfil sociodemográfico.

A entrevista é uma técnica em que o pesquisador se coloca frente ao investigado, e, formulando-lhe perguntas, obtém dados que interessem à pesquisa, caracterizando-se como uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados, e a outra, apresenta-se como sua fonte (GIL, 2010, p. 109-113).

As entrevistas semiestruturadas permitem que o entrevistado contribua com a pesquisa ao permitir-lhe liberdade e espontaneidade em suas respostas, sem, contudo, perder a objetividade. Em um roteiro semiestruturado, parte-se de uma base prévia de conhecimentos do pesquisador, porém, à medida que se aprofunda e amplia-se a entrevista, observa-se um acréscimo de novos conhecimentos, formados a partir das visões e vivências do informante. Assim, este passa a participar do conteúdo da pesquisa (ANDRADE, 2010, p.38).

Foram as características dessa técnica que promoveram sua escolha para esta pesquisa. Esperava-se que o entrevistado não fosse mero fornecedor de informações, mas que experimentasse, durante o contato com o pesquisador, uma chance de refletir sobre suas experiências e ideias acerca da temática da pesquisa.

As entrevistas ocorreram em sala reservada, em períodos escolhidos pelos próprios profissionais, durante os meses de junho e julho de 2018, durando, aproximadamente, quinze minutos por entrevista. O número de entrevistados não foi limitado somente àquele grupo ouvinte, ficando aberto a todos que se dispusessem a contribuir com a pesquisa, haja vista que o convite também foi repassado por meio de grupo de redes sociais da associação, enviado pela presidente.

As entrevistas semiestruturadas foram guiadas por um roteiro de perguntas abertas, além de perguntas sobre o perfil sociodemográfico dos participantes. As entrevistas foram gravadas em áudio, após consentimento dos mesmos, e, posteriormente, transcritas.

O critério para interrupção das entrevistas foi o da saturação teórica. Isso significa a presença de elementos redundantes nos discursos dos entrevistados, momento em que, substancialmente, pouco era acrescentando às informações necessárias para responderem-se os objetivos da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Tal observação se deu a partir da décima nona entrevista, mas optamos por levar adiante, até a vigésima nona, buscando confirmar que a saturação fora alcançada. Desta feita, contribuíram para a realização deste trabalho 29 ACS.

5.5 Análise e interpretação dos dados

O método qualitativo permite trazer à luz processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisando e criando novos conceitos e categorias durante a investigação. Além disso, permite a sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna de um grupo (MINAYO, 2014, p. 57).

Gil (2010, p.178,179) afirma que, com o auxílio de uma teoria, pode-se verificar que, por trás dos dados, existe uma série complexa de informações sobre o efeito dos fatores sociais no comportamento e um sistema de proposições sobre a atuação de cada grupo. Assim, segundo o autor, essas teorias se constituiriam elementos fundamentais para o estabelecimento de generalizações empíricas e sistemas de relações entre proposições.

Os dados sociodemográficos foram tabulados utilizando-se o software MS Excel® versão 2010.

Já os dados textuais coletados foram analisados sob a ótica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC, como técnica de processamento em análise qualitativa, consiste em reunir conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes, reunindo-os sob a forma de discursos únicos e redigidos em primeira pessoa do singular, buscando produzir um efeito de “coletividade falando”, além de conferir um acréscimo de densidade semântica nas Representações Sociais (LEFÈVRE et al., 2009).

A Teoria das Representações Sociais parte do princípio de que toda realidade não é objetiva, mas sim representada, isto é, reconstruída pelo indivíduo ou grupo em seu sistema cognitivo. Ela integra-se a seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico em que se insere. Assim, essa realidade, reconstruída e apropriada, seria aquela pertencente ao indivíduo ou ao grupo. Ao reconhecer essa visão funcional do mundo, a Representação permite que o indivíduo ou o grupo possa significar suas condutas e compreender sua realidade por meio do seu próprio sistema de referências, com isso a ele adaptando-se e posicionando-se (MOSCOVICI, 1976 *apud* OLIVEIRA; SÁ, 2001).

Faz-se necessária uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, permitindo que se conheçam pensamentos, representações, crenças e valores de uma

coletividade sobre um determinado tema, utilizando-se de métodos científicos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULARTI, 2013).

Lefèvre e Lefèvre (2006) defendem que o sujeito coletivo emita sua opinião em primeira pessoa do singular por se tratar do regime natural de funcionamento das opiniões ou representações sociais, mas reportando a um pensamento coletivo. Ou seja, em se tratando de DSC, percebe-se uma “pessoa coletiva” emitindo um discurso com uma representação de conteúdo ampliado.

Esse indivíduo/coletivo é um sujeito de discurso, pois, ao carregar os conteúdos da Representação Social, que já adota na sua prática discursiva, também o faz com os conteúdos falados dos outros, isto é, das representações semanticamente equivalentes, disponíveis na sociedade e na cultura adotadas por seus “colegas de representações” (LEFÈVRE, 2017, p. 17).

5.5.1 A Construção dos Discurso do Sujeito Coletivo

O processo de construção dos DSC teve como referência a obra de Lefèvre (2017, p. 28-36) e seguiu as seguintes etapas metodológicas:

a) obtenção dos depoimentos obtidas por meio das entrevistas semiestruturadas;

b) redução dos discursos entendidos como a seleção de estratos mais significativos da entrevista, tendo por base a pergunta formulada, de onde emerge a figura metodológica da técnica chamada de Expressões Chaves (EC). Nessa etapa, permitiu-se obter a contribuição de cada indivíduo para o pensamento da coletividade, e não pormenorizar este pensamento. Os trechos selecionados como EC compuseram o conteúdo dos DSC per si;

c) busca do(s) sentido(s) das EC , procurando-se verificar se as EC relatadas pelo entrevistado apresentavam algum posicionamento frente a um problema. Para tal, utilizou-se da figura metodológica da Ideia Central (IC), ou Ideias Centrais, caso houvesse mais de uma. Consistiu em uma formulação sintética do pesquisador, como uma “etiqueta”, que permitiu identificar outros sentidos atribuídos pelo entrevistado à questão que lhe foi proposta. A IC diz respeito ao(s) sentido(s) do depoimento; a EC, ao(s) conteúdo(s) deste. O pesquisador, ao selecionar a EC em nada interfere no depoimento; quando identifica a IC, pode ou não usar as palavras que estão no texto. Cabe destacar

a possibilidade de um tipo especial de IC, chamada Ancoragem (AC). Esta diz respeito ao mecanismo em que o sujeito se apoiou numa conhecimento ou informação prévia ao seu repertório, e que contribuiu para dar sentido a um evento ou a situação que a ele se apresentava. É um artifício metodológico que se propôs a tornar mais rigorosa a detecção de um sentido implícito ou pressuposto de um depoimento. Em suma, todo depoimento apresentava uma ou mais IC, mas algumas se respaldaram em AC;

d) identificação e nomeação das Categorias de depoimentos que apresentam IC ou AC de sentidos semelhantes, ressaltando-se que, para os DSC, as Categorias de sentido comum são obtidas por indução. Buscou-se o estrito respeito ao depoimento na inerência da textualidade. Filtros de interpretação poderiam ser necessários, mas, no caso do DSC, só foram mobilizados depois de constituída a categoria de sentido manifestado pelo entrevistado, cabendo ao pesquisador assumir um compromisso ético e responsável pela interpretação do texto;

e) elaboração do DSC propriamente dito, pela reunião de EC de IC ou AC de sentidos semelhantes que foram agrupadas numa Categoria. Para redigi-los, fez-se necessário usar técnicas de edição, como encontrar depoimentos que se adaptassem ao começo de uma narrativa, outro com o fim e fazer uso de conectivos para unir ideias. A rigor, o DSC foi (e deve ser) escrito em primeira pessoa do singular para marcar explicitamente que o que se buscava era a expressão direta do pensamento coletivo, isto é, o que o *eu* (coletivo) pensava, em detrimento do que pode *ele* (pesquisador) “pensaria que eu penso”.

5.6 Aspectos éticos

Foram garantidos todos os princípios da proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade, sendo sigilosa a identificação dos participantes, conforme preconiza o artigo terceiro da Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde, de sete de abril de 2016. Além disso, a mesma Resolução deixa claras e compreensíveis as normas que versem sobre pesquisas sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam dados obtidos diretamente com os participantes (BRASIL, 2016b).

Foi assinada a carta de anuência pelo Gestor Municipal de Saúde do município de Eusébio, autorizando a realização da pesquisa no território. Deixou-se claro que não haveria custos para o município e que haveria interferência mínima possível nas atividades cotidianas das unidades de saúde. Ainda, foi firmado compromisso com a apresentação dos resultados à Gestão.

Essa pesquisa faz parte de um Projeto “guarda-chuva” intitulado: “Pesquisa-ação no Entorno do Polo Industrial e Tecnológico da Saúde - PITS - no Ceará/Brasil: Interfaces entre a Comunidade, o Território, a Saúde da Família, o Ambiente e o Trabalho”, previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará e aprovado sob o parecer 2.532.070 (CAAE: 83991318.3.0000.5037), em 8 de março de 2018, conforme preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo as entrevistas iniciadas após aprovação do Comitê (BRASIL, 2012b).

Foi respeitado o direito de os sujeitos optarem por não participar do estudo, além de destacar-lhes a possibilidade mínima de exposição a riscos, como constrangimento ao responder as perguntas ou compartilhar suas percepções. Antes de iniciarem-se as entrevistas, o pesquisador apresentou-se aos participantes, sendo-lhes entregue, lido e assinado o TCLE, conforme preconiza a mesma resolução.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como forma de organizar a apresentação dos resultados e da discussão, este capítulo foi subdividido em dois, em que o primeiro traz informações sobre os perfis sociodemográficos dos ACS; e o segundo, os DSC construídos a partir das múltiplas falas dos participantes.

Os dados sociodemográficos foram analisados e apresentados graficamente, de modo que facilitasse a visualização das informações obtidas.

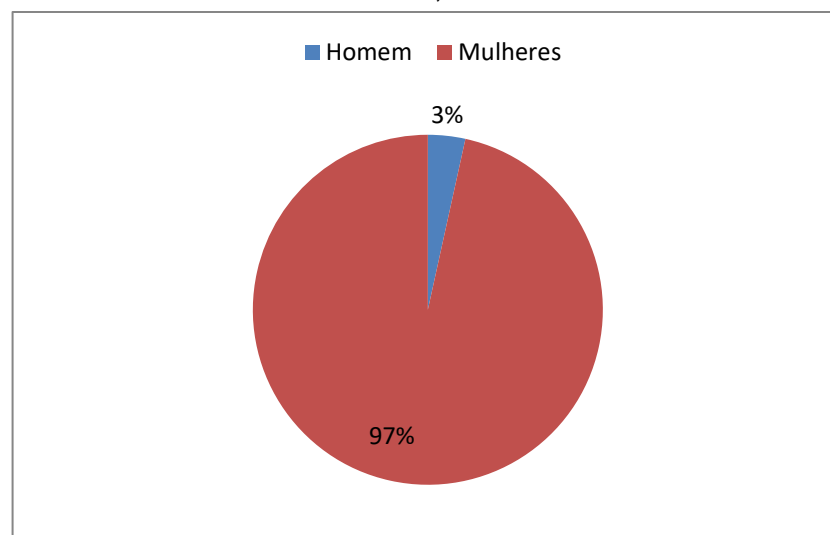
A análise qualitativa das falas foi realizada após leitura flutuante e releitura das entrevistas, quando os dados foram tabulados, identificando-se, daí, três categorias,

determinadas e reunidas a partir da similitude dos sentidos das IC/AC expressas nas narrativas. São elas: Saberes acerca de saúde do trabalhador; Contribuições sugeridas pelo ACS para implementação de ações de ST na comunidade; Vivências e práticas de ações em ST. Cada categoria, portanto, correspondeu a um conjunto de IC/AC, com seus respectivos DSC.

6.1 Perfis do ACS quanto a: gênero, faixa etária, escolaridade, renda, tempo de atuação profissional na função, tempo de atuação na eSF, número de família e de pessoas acompanhadas, em 2018, em Eusébio, Ceará.

Participaram do estudo 29 ACS ao todo (59% do total do município), sendo vinte e oito mulheres e um homem.

Gráfico 2 - Distribuição percentual, por gênero, dos ACS entrevistados, em Eusébio, 2018



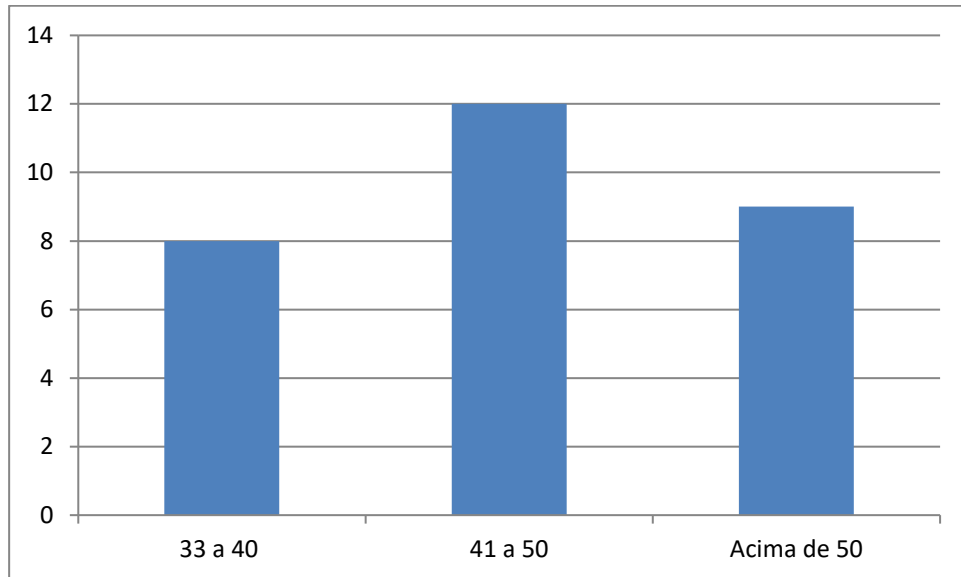
Fonte: Autoria própria, a partir de dados colhidos nas entrevistas

outras pesquisas que envolvem essa categoria profissional (PEDRAZA; SANTOS, 2017; FREITAS et al., 2015). Em Eusébio, atuam 48 mulheres e apenas 1 homem (DATASUS, 2019b). O trabalho essencialmente feminino dessa categoria pode estar atrelado à visão de cuidadora, historicamente relacionada às mulheres, conferindo credibilidade e sensibilidade junto à comunidade (GARCIA et al., 2017).

Mota e Davi (2010) destacam que é comum, em todas as regiões do país, que essa profissão seja ocupada predominantemente por mulheres, porém, devido à atual questão do desemprego, a inserção do público masculino pode se tornar cada vez mais comum.

A média de idade foi de 45,9 anos, variando de 33 a 58 anos, estando a maior parte na faixa entre 40 a 49 anos.

Gráfico 3 - Faixa etária, em anos, dos ACS, em Eusébio, 2018

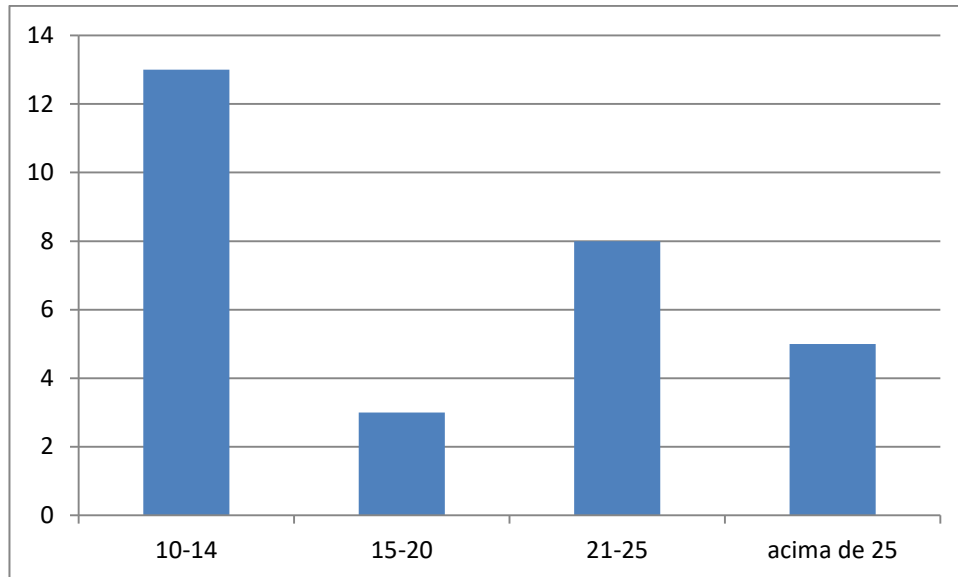


Fonte: Autoria própria, a partir de dados colhidos nas entrevistas

Esse resultado assemelha-se aos achados em outros municípios brasileiros. (PEREIRA et al., 2018; GRACIA et al., 2017; FERRAZ; AERT, 2005). Ferraz e Aert (2005) concordam que ACS com essa faixa de idade podem ter melhor conhecimento da comunidade e compreensão do processo saúde-doença, possibilitando ações de cuidado mais eficazes.

Em relação ao tempo de atuação como ACS, a média de tempo dos entrevistados foi 18,2 anos, variando entre 9 e 33 anos.

Gráfico 4 - Atuação profissional, em anos, na função de ACS, em Eusébio, 2018



Fonte: Autoria própria, a partir de dados colhidos nas entrevistas

O tempo mínimo de nove anos trabalhados na ESF indica que o município de Eusébio apresenta profissionais que podem ter boa experiência no trabalho de ACS e conhecimento de suas funções e atribuições, considerando que exercem suas atividades há praticamente uma década. Diversas pesquisas mostram um período de 2 anos para indicar um tempo mínimo necessário para que o ACS se aproprie de suas tarefas (MOTA; DAVI, 2010; FREITAS et al, 2015; GALAVOTE et al, 2011; FERRAZ; AERT, 2005). No entanto, Ferraz e Aert (2005) destacam que o tempo de trabalho não garante a qualidade do serviço prestado, dependendo também do vínculo que o profissional desenvolva com a comunidade.

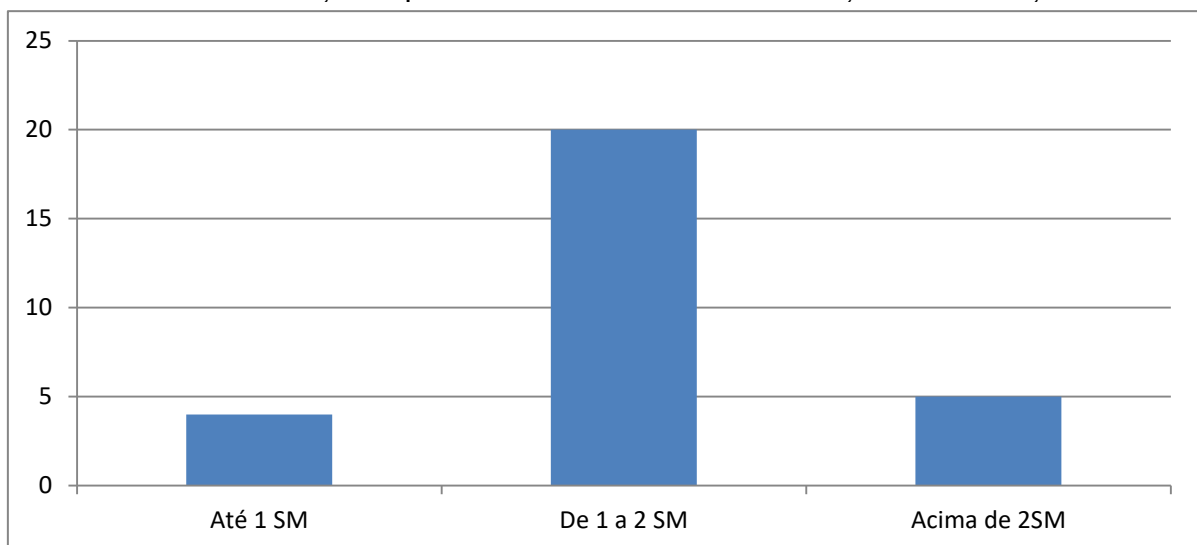
Vale destacar que dezessete profissionais relataram sempre ter atuado no mesmo território. Dos ACS que chegaram a mudar de local de trabalho o fizeram de 1 a 17 anos atrás, com o detalhe que, para esses, houve apenas uma mudança de eSF ao longo do suas vivências profissionais como ACS. Isso mostra, de uma forma geral, a baixa rotatividade dessa categoria no município estudado, assegurando longitudinalidade e continuidade dos cuidados prestados às comunidades, e assim todos os resultados positivos em indicadores de saúde que advêm da garantia desses atributos (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Quanto à renda mensal individual, a média foi de 1,64 salário mínimo (SM), variando, em múltiplos de SM, entre 1 e 3,15. Por se tratar de uma média, isso não significa que esse valor se distribui uniformemente por entre os participantes. Pode-se observar que a moda corresponde ao intervalo de 1 e 2 SM. Esse resultado modal

pode ser comparado aos mesmos encontrados por outros estudos, mostrando uma homogeneidade quanto aos rendimentos dessa categoria profissional (TELLES; PIMENTA, 2009; SANTOS et al., 2011; MELO; QUINTAO; CARMO, 2015; FREITAS et al., 2015; SIMAS; PINTO, 2017).

Convém mencionar que, com a promulgação da lei federal 13.708/18, o piso salarial da categoria passou a ser de R\$1.250,00 a partir de 1º de janeiro de 2019, com escalonamento progressivo até R\$ 1.550,00 a partir de 1º de janeiro de 2021, tendo, a partir de 2022, correções anuais a serem definidas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias, desde que cumprida uma carga horária de 40 horas semanais (BRASIL, 2018b). Há de se aguardar quais possíveis impactos podem ser ocasionados pela aplicação dessa nova política de valorização, uma vez ser queixa constante os baixos salários pagos a esses trabalhadores da saúde (SANTOS et al., 2011).

Gráfico 5 - Distribuição da renda mensal individual, dos ACS entrevistados, por faixa de salário, em quantidade de salários mínimos, em Eusébio, 2018

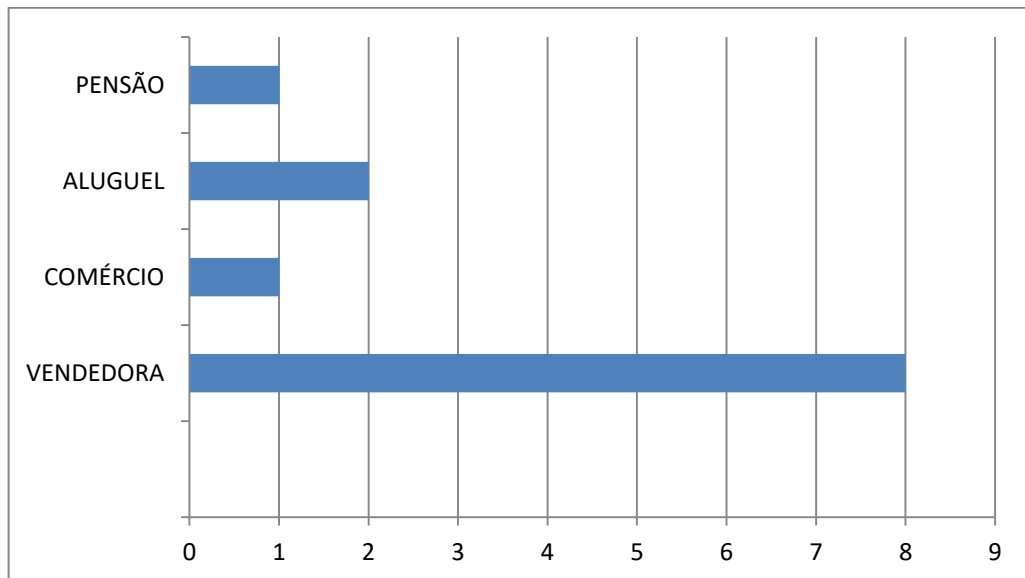


Fonte: Autoria própria, a partir de dados colhidos nas entrevistas

Merece destaque o fato de que o governo do estado do Ceará promulgou a lei estadual número 16.870, em 17 de abril de 2019, estabelecendo, a partir dessa data, os valores acima citados a título de vencimentos para os ACS com vínculo ao governo estadual, bem como as correções conforme sugere a lei federal (GOVERNO DO CEARÁ, 2019).

Sobre formas de complementação da renda mensal, 12 ACS (41,3%) relataram complementar com as atividades extras assim discriminadas:

Gráfico 6 - Atividades extras, realizadas pelos ACS, para complementação da renda mensal, em Eusébio, 2018



Fonte: Autoria própria, a partir de dados colhidos nas entrevistas

Diante da baixa remuneração de suas funções, alguns ACS impõem-se à necessidade de complementar seus rendimentos com atividades extras. Na presente pesquisa, os profissionais relataram as atividades acima descritas, com destaque para vendedora de catálogos (75%). Características peculiares do trabalho do ACS, como a de visitar pessoas rotineiramente, tendo acesso a seu domicílio, podem explicar o porquê desse número tão expressivo.

Alguns trabalhos mostraram que 10 a 20% desses profissionais exerciam essas funções extras (LINO et al., 2012; SOUZA, 2014). Faz-se importante refletir o motivo da discrepância do percentual encontrado nesta pesquisa com os dos autores citados, seja devido ao tamanho pequeno da amostra de que se dispôs nesta pesquisa ou mesmo pela razão de Eusébio ser um município da região metropolitana com custo de vida elevado.

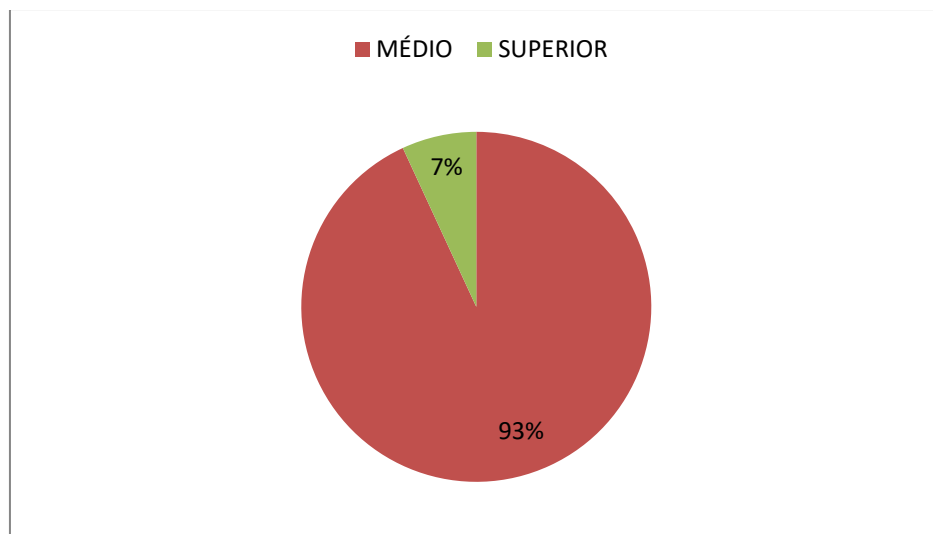
Em síntese, é necessário repensar que o ACS, acumulando outras funções, numa jornada de trabalho já exaustiva, pode ter repercussões em sua vida, bem como no desempenho laboral desse trabalhador. Ao percebe-se, também, um número

significativo de agentes de saúde mulheres, pode-se considerar, além do trabalho fora de casa, o acúmulo de atividades próprias do espaço doméstico, relacionadas a condições de gênero.

Outra inferência possível é que as características peculiares da função de vendedora de produtos de catálogos encontrem semelhança com as necessidades de visitas domiciliares do ACS, oportunidade em que permitem oferecer esses produtos mais facilmente. No entanto, como bem observam Lino et al. (2012), essas atividades extras podem interferir no comprometimento do profissional em sua atividade, no aproveitamento de seu tempo livre para atividades de lazer, cultura e esporte, além de poder refletir na satisfação de seu próprio trabalho.

Quanto à escolaridade, duas ACS afirmaram ter nível superior; enquanto os demais, nível médio.

Gráfico 7 – Nível de escolaridade dos ACS entrevistados, em Eusébio, 2018



Fonte: Autoria própria, a partir de dados colhidos nas entrevistas

Segundo a Lei 13.595, de 2018, para o exercício da atividade do ACS, este deve ter concluído o ensino médio ou, quando não tiver essa formação, deverá concluí-lo no prazo de 3 anos da promulgação da lei (BRASIL, 2018b). Portanto, todos os entrevistados satisfazem os requisitos da lei. Dois entrevistados tinham diploma universitário, tendo concluído os cursos de Pedagogia e Gestão de Recursos Humanos.

A obrigatoriedade legal dessa formação escolar pode causar uma corrida para que uma parcela de ACS contemple a nova exigência. Alguns estudos que envolvem

perfis sociodemográficos demonstram haver desses profissionais sem o ensino médio completo no Brasil (SOUZA, 2014; PEREIRA et al., 2018; PEDRAZA, SANTOS, 2017; GARCIA et al., 2017; FREITAS et al., 2015). Importante ficar atento para averiguar quais os impactos dessa medida sobre a qualidade do trabalho entregue pelo ACS, de que forma os municípios farão esse monitoramento e como darão suporte para aqueles que ainda precisam se adequar à lei.

Espera-se que um maior nível de escolaridade, ou anos de estudos, reflita-se numa maior capacidade crítica e criativa no exercício da profissão do ACS, além de poder favorecer a relação entre o profissional e a eSF, e a comunidade (LINO et al., 2012).

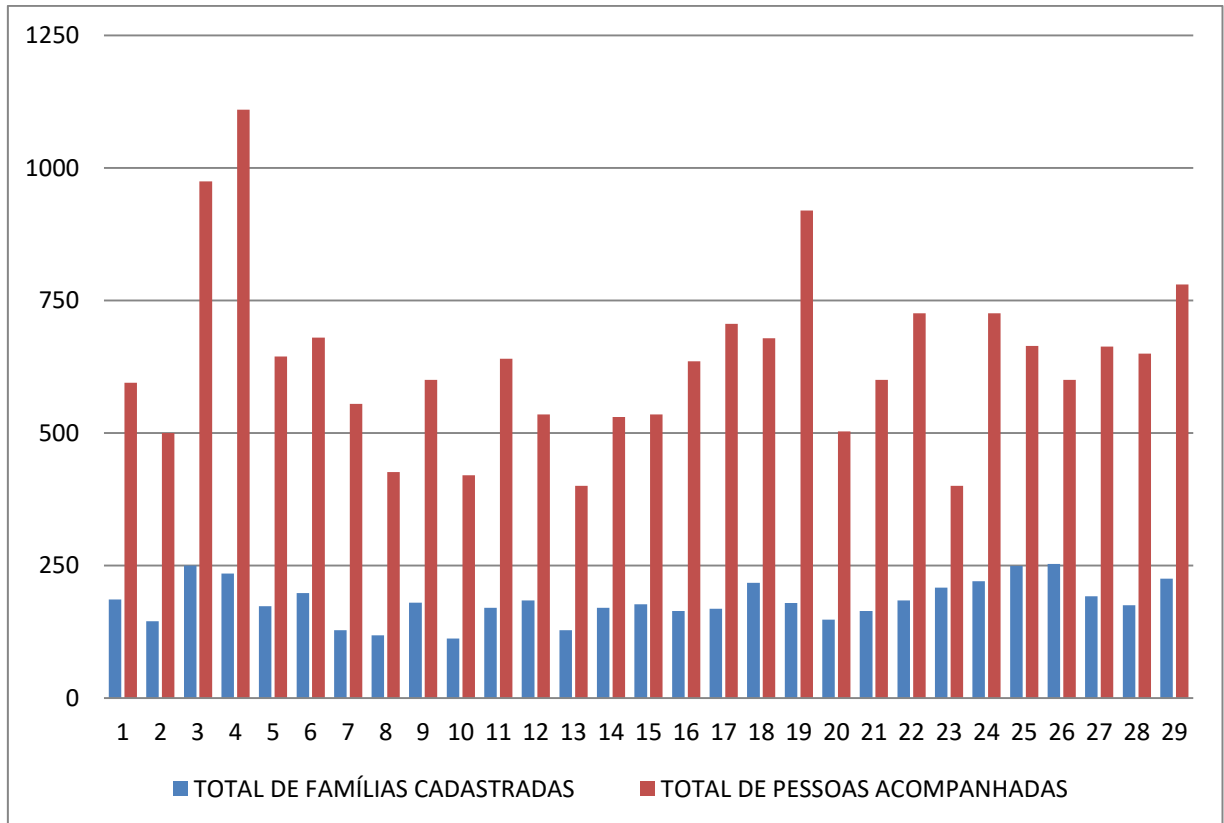
Os ACS entrevistados eram responsáveis pela cobertura de 5.300 famílias, perfazendo uma média de 182,7 famílias por ACS, cabendo destacar que nem todas as famílias eram efetivamente acompanhadas. Foi relatado que 5.011 (94%) famílias eram, de fato, mensalmente visitadas. Os motivos relatados para justificar a impossibilidade de realizarem visitas foram dois: a ausência de pessoas na residência no horário de trabalho e a violência, sendo este citado por apenas uma ACS.

Essas famílias reúnem 18.397 pessoas, ou 34,7% da população de Eusébio. A média de pessoas acompanhadas por ACS é de 634,3 pessoas.

Pela observação do gráfico 8, abaixo, percebe-se uma grande discrepância na distribuição do número de pessoas por ACS, mesmo ele(a) acompanhando um número, relativamente, adequado de famílias.

Pelo exposto anteriormente, Eusébio tem um teto, para cobertura total de sua população, de até 130 ACS. Percebe-se, portanto, que há sobrecarga de trabalho sobre alguns profissionais, o que, possivelmente, pode impactar, negativamente, na qualidade do cuidado prestado, além prejudicar sua qualidade de vida. Sugere-se, em médio prazo, a contratação de mais ACS pelo município, preferencialmente por concurso público. Porém, em um curto prazo, seria possível avaliar os critérios da territorialização, com a readequação da população distribuída nos respectivos territórios, numa tentativa de homogeneizar a distribuição de pessoas por ACS.

Gráfico 8 – Relação entre o total de famílias cadastradas e o número de pessoas acompanhadas por ACS entrevistado em Eusébio, 2018



Fonte: Autoria própria, a partir de dados colhidos nas entrevistas

A PNAB 2017 recomenda que os ACS que atuem em área de risco ou com vulnerabilidade social cubram uma população de, no máximo, 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017). Não foi alvo desta pesquisa determinar se o território de atuação dos entrevistados apresentava tais características. No entanto, para efeito de dimensionamento populacional, foi usada essa mesma regra, pois se entende ser esse valor o máximo para qualquer área, independentemente dos riscos que lhe são peculiares. Dessa forma, quatro entrevistados (13,4%) eram responsáveis por mais de 750 pessoas, portanto com risco de ter a qualidade de seus trabalhos comprometidos por uma excessiva carga laboral, além de dificultar a formação de vínculos com as famílias, uma vez estar extrapolando sua capacidade resolutive. Infelizmente, não é uma realidade exclusiva do município de Eusébio, haja vista algumas pesquisas também destacarem a repetição desse fato (PEREIRA et al., 2018; PEDRAZA; SANTOS, 2017).

Quanto a essa relativização da cobertura, ao se garantir a definição do número de ACS a apenas uma parcela da população, isto é, aos mais vulneráveis, concorda-se com Morosini, Fonseca e Lima (2018), as quais trazem à luz essa discussão ao

perceber que, nas edições anteriores das PNAB, era garantida cobertura universal em todos os territórios da ESF. Essas autoras relatam a agora desconsideração da relação entre quantidade de ACS e da qualidade da cobertura, desestabilizando o compromisso da Política com o acesso universal ao SUS.

6.2 Saberes e Práticas dos ACS quanto às ações em ST

Doravante, inicia-se a apresentação dos resultados e das discussões dos DSC de que trata esta pesquisa.

Este subcapítulo foi organizado a partir da apresentação das categorias, sendo estas, por sua vez, formadas pelo agrupamento das IC que buscavam responder os objetivos da pesquisa.

6.2.1 Saberes acerca de saúde do trabalhador

IC: Ausência de ações de ST no relato da rotina de cuidados do ACS

O meu trabalho se refere a muitas atividades que estão diretamente ligadas a família e a comunidade. O foco é a prevenção, por meio de visitas domiciliares. Peso as crianças e vejo se o cartão de vacina está em dia. Se a mãe atrasou, eu oriento a colocar em dia. Vejo também se está amamentando e faço orientações. Acompanho os hipertensos e diabéticos, e também o pré-natal. Sou orientada para ver se o hipertenso tem remédio: se está sobrando, eu digo para a enfermeira, e ela vem fazer visita na casa do paciente. Vejo os jovens e informo sobre DST e sobre o consumo de drogas. Em caso de tuberculose vejo se foi pegar a medicação no posto. Dou mais prioridade para a casa de gestantes, criança, hipertenso e diabético, porque sou cobrada por isso. Tenho muito papel, muita papelada para preencher; De vez em quando, sou cobrada para apresentar registros: “ah, quero crianças de zero a cinco anos; quero idosos com mais de sessenta, quero gestantes, quero números...” Meu trabalho se tornou muito burocrático. E eu tenho que estar com esses papéis em mãos. Meu dia a dia até que é bom, mas têm dias que são estressantes (DSC 1)

O DSC traduz o papel do ACS no processo de trabalho da ESF, como foco para ações especialmente no âmbito da prevenção. Sabe-se que a função do ACS está preconizada na PNAB 2017 (BRASIL, 2017).

Destaca-se que, no DSC elaborado neste estudo, não se evidencia a presença de ações que denotem no papel do ACS atribuições relacionadas a ST. Este fato conduz a reflexões que podem nos ajudar a uma compreensão. Primeiro, se refere ao fato de que no município estudado, estas ações não estejam preconizadas no escopo de prática desses profissionais. Outra se refere de que os ACS não tem formação que

os conduza a uma atuação com foco para as questões relacionadas a saúde do trabalhador.

Para a construção desse DSC, houve exaustiva atenção nas leituras e releituras das transcrições correspondentes à primeira pergunta do roteiro semiestruturado – “me fale como é a rotina de seu trabalho na ESF” -, de modo que se pudessem apreender todas as ações de cuidados à saúde que fossem relatadas como parte do cotidiano do ACS. Procurou-se, exaustivamente, encontrar as EC que pudessem estar relacionadas ao campo da ST.

Como esperado, não se logrou exitosa a empreitada. No entanto, encontraram-se trechos de discursos nos quais, quando o ACS era diretamente interrogado sobre questões em que se citava algum termo que remetesse ao assunto ST, isto é, nas demais perguntas do roteiro, percebeu-se, de alguma forma, certo nível de conhecimento sobre a temática:

Conheço pessoas que trabalham numa empresa e que vêm com muita dor nas juntas, hérnia de disco. Também pego costureiras em casa com dor na coluna, aí sempre digo que é questão de postura. Se eu conhecia uma pessoa antes de trabalhar, tenho noção de como ela era antes do trabalho e depois; vejo como ela anda estressada e deprimida agora (DSC 2)

Nesse DSC, entende-se haver atenção de cuidados em áreas consideradas estratégicas, a saber: saúde da mulher; da criança; programa de controle de diabetes e hipertensos; programa de controle de tuberculose e; saúde do adolescente. Para o ACS, esses são os programas para as quais suas atenções devem estar mais voltadas, haja vista a obrigatoriedade de precisar entregar, ao final de um período, os resultados das avaliações das visitas domiciliares (VD) à gestão do município.

Interessante observar que, mesmo no conteúdo da Lei que dispõe da reformulação das atribuições dos ACS, o cuidado aos trabalhadores não é citado. Ao todo, são elencados dez programas estratégicos de saúde, porém a ST não está contemplada (BRASIL, 2018b).

Disso pode-se afirmar que não há interesse em se avaliar as condições de saúde dos trabalhadores dos territórios. Da mesma forma que se cobram dados sobre as condições de saúde de crianças, gestantes, adolescentes, hipertensos e diabéticos, etc., os gestores poderiam, e deveriam, solicitar informações sobre as condições de saúde dos trabalhadores cobertos pela ESF. Mesmo que, para tal, não

lhes seja cobrado pelo MS, iniciar essa prática é questão imperiosa para fazer parte da cultura de qualquer gestão em saúde que valorize e reconheça as pessoas de forma integral.

Por outro lado, nas falas acima destacadas, entende-se que o ACS é capaz de perceber o impacto do trabalho sobre a saúde das pessoas. Ele observa não somente a ação direta do processo de trabalho, seja em um trabalho fabril ou mesmo em um trabalho domiciliado, sobre o corpo e a mente do trabalhador. Ainda compreende que o trabalho pode atrapalhar o seguimento dos cuidados de saúde por parte do trabalhador e os riscos advindos desta prática.

Trata-se de perceber, de forma integral, o indivíduo que trabalha. O atributo da integralidade diz respeito exatamente ao que se discute agora. Oliveira e Pereira (2013) relatam a importância de valorizar as necessidades subjetivas singulares de cada indivíduo, possibilitando a construção de cuidados centrados no próprio usuário. Lembram, também, que exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações de serviços públicos de saúde, ainda hoje, caracterizados pela descontinuidade assistencial.

IC: Trabalho/profissão como limitador ao acesso à ESF pelo usuário-trabalhador

Entendo que a pessoa tem que trabalhar e não tem tempo, mas ela prefere ganhar sua diária e ficar trabalhando doente, deixando sempre a saúde de lado. A pessoa trabalha no mesmo horário que eu, então acabo não encontrando esse trabalhador. A maioria dos hipertensos e diabéticos que trabalham, hoje em dia, não faz acompanhamento; eu que faço o acompanhamento só praticamente, me encarregando de pegar a medicação, às vezes eu mesma tento consulta no posto. Também posso perguntar à alguém da família como está a pessoa, mas sei que isso nem sempre é o certo; faço isso só pra ajudar mesmo. As pessoas me contam que trabalham demais, que os patrões são rígidos, e não as deixam sair ou acabam descontando. Então acham que o atendimento no posto pode atrasar e acabam procurando uma urgência, uma emergência, tipo o hospital, a UPA por ser mais rápido. Fica complicado criar um vínculo, porque, a hora em que chego a casa, é a hora em que a pessoa está saindo para o trabalho (DSC 3)

O DSC expressa uma preocupação quanto ao possível impacto do trabalho sobre o acesso aos cuidados em saúde ora ofertados pela APS. Os conflitos que os trabalhadores enfrentam na busca de superar os obstáculos a eles colocados e as possíveis formas de superá-los são apresentados pelos ACS, que se colocam como sujeitos ativos no cuidados à população sob seus cuidados.

O anexo da Portaria GM/MS 4279/2010 relaciona uma série de atributos organizadores da APS (BRASIL, 2010). Um dos atributos, o acesso aos serviços de saúde, encontra-se fragilizado nessa fala coletiva. Também entendido como porta de entrada ou primeiro contato ao sistema de saúde, a ESF, modelo de APS adotado pelo SUS, aparece impedida de ser utilizada pela maioria dos usuários-trabalhadores, uma vez terem seus horários coincidentes aos horários de funcionamento usual das UBS de Eusébio, assim como, também, coincidirem com os das visitas domiciliares (VD) dos ACS.

Em vez disso, os usuários-trabalhadores procuram superar essa barreira do acesso aos serviços de saúde de forma pontual e imediata nos serviços de atenção secundária do município, ferindo outro atributo, o da longitudinalidade.

O DSC 2 também apresenta estratégias de superação dessa limitação por parte do ACS, como a investigação direta com algum membro da família sobre o estado de saúde do trabalhador ou procurando saber algum momento de descanso ou folga desse trabalhador para agendar uma nova visita domiciliar. Observa-se um evidente risco às pessoas, pois se delega a uma percepção subjetiva de um familiar a provável condição de saúde de seu ente. Além disso, o reagendamento de visitas domiciliares incorre no aumento da carga de trabalho do ACS, perda de produtividade, estresse, redução do tempo para atividades outras junto à eSF, como avaliações de indicadores e planejamento de ações em saúde.

Sugere-se uma séria discussão sobre a possibilidade de abertura de UBS em horário estendido, nos finais de semana, ou em período noturno, mesmo que não necessariamente em todos os dias úteis. Espera-se, contudo, que, com essa viabilidade, o trabalhador possa ter acesso à ESF em todas as suas potencialidades, com acompanhamento integral por uma eSF e com garantia da longitudinalidade de seu cuidado, isto é, que não lhe seja ofertado apenas uma opção de pronto atendimento de baixa complexidade em lugar mais próximo de sua residência. O que se deve procurar é evitar o discurso de reduzir a demanda de trabalhadores a unidades de pronto atendimento e hospitais secundários, mas sim garantir-lhes o direito de ter acesso a uma ESF de qualidade.

Além disso, podem ser estimuladas ações intersetoriais entre as eSF e empregadores cujos locais de trabalho estejam dentro de um território adscrito. Isso permitiria que esses trabalhadores ficassem sob a responsabilidade de uma eSF e recebessem os devidos cuidados de APS em seus locais de trabalho, evitando-se o

mero atendimento durante campanhas de vacinação ou para realização de palestras de educação em saúde.

IC: Diagnóstico situacional e condições de trabalho nos territórios de atuação

No território onde atuo, tem uma fábrica de velas, e semana passada foi denunciada a questão do esgoto que estava indo para as portas das pessoas. Há ainda uma vacaria que não tem supervisão, e isso traz consequências para a saúde das pessoas. Também tenho no meu território uma empresa de reciclagem que joga poluição de algum meio químico, e isso pode trazer algum acidente no ambiente. Seria importante conhecer não só os trabalhadores da minha área, mas as empresas que têm nos territórios; como elas trabalham; se atendem normas de segurança (DSC 4)

Esse DSC remete a um reconhecimento dos agravos presentes no território e suas implicações sobre a vida das pessoas.

A oferta de serviços e de ações de saúde parte do conhecimento das necessidades e da definição de uma população inserida no contexto de um território. (BRASIL, 2010).

O diagnóstico situacional deve ser a primeira atividade desenvolvida no processo de implantação de uma eSF. Tem por objetivo conhecer os perfis demográfico, epidemiológico, socioambiental, assistencial e produtivo, bem como as necessidades e demandas de uma população adscrita a um território. As constantes transformações por que passam os territórios indicam que essas análises devem ser feitas periodicamente (BRASIL, 2018a).

Apropriar-se do conceito de território é uma necessidade premente para a efetiva implantação de políticas públicas de ST. A análise territorial, tendo em mente a ST, capta informações sobre os vínculos empregatícios, as condições e os processos de trabalho, a identificação de riscos e agravos a que estão expostos os trabalhadores, além do contexto social, político e cultural que os envolve. A partir dessas informações, o planejamento e a articulação de ações de saúde dar-se-ia mais efetivamente (CANGUSSU, 2014).

A mesma autora encontrou um cenário desafiador ao se deparar com uma realidade de sobrecargas de trabalho, de ausência de proteções trabalhista e previdenciária aos trabalhadores informais e de risco familiar, quando frente ao trabalho domiciliar, entre outras situações de risco. Como a autora, esta pesquisa destaca o papel do SUS na proteção e vigilância à saúde de todos os trabalhadores,

independentemente do vínculo empregatício, conforme já relatado no referencial teórico.

A partir da leitura do DSC 4, observou-se que os ACS têm uma boa percepção dos riscos presente em seus territórios de atuação. Conseguem, ainda, relacionar esses riscos com possíveis impactos, não somente sobre a saúde dos trabalhadores que atuam nos diversos processos produtivos, mas também sobre a população que habita em seu entorno. Além disso, a preocupação com meio ambiente foi lembrado como mais um risco em potencial.

Cabe destacar que, possivelmente, as percepções desses riscos deram-se outrora, quando da realização de curso de capacitação junto ao CEREST responsável por atender as demandas, sobre ST, do município de Eusébio.

Isso foi o que trouxe à reflexão o seguinte DSC:

Até que eu fiz um curso no CEREST; foi há uns três ou quatro anos. Mas ficou nisso, e não deu em nada. Lembro-me desse curso no CEREST e o quanto voltei mais capacitado para o território depois dele. Porque quando tenho mais conhecimento, fico mais capaz de identificar uma situação como problema (DSC 5)

Os CEREST têm como atribuição, dentre outras, de fomentar o desenvolvimento das ações de ST na APS, nos serviços especializados e de urgências e emergências, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos da RAS. Além disso, desempenham importante função de apoio matricial, isto é, de promover suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à ST em sua área de abrangência (BRASIL, 2012).

Com efeito, há diversos exemplos sobre o papel da atuação de CEREST na organização dos serviços voltados aos cuidados aos trabalhadores.

Almeida e Reis (2013, p.258) mostraram como o CEREST pode articular ações intersetoriais entre a APS e a Academia, permitindo definir o lugar da ST na RAS. Também mostraram o desenvolvimento de sistemas de informação que agilizou os cuidados prestados ao trabalhador, ou mesmo a ampliação do conhecimento acerca dos saberes de ACS sobre os trabalhadores de seus territórios para efeito de planejamento em saúde.

A mediação da informação de riscos ocupacionais a categorias profissionais expostas a riscos desnecessários foi objeto de estudo do CEREST de Marília, São

Paulo. Tamanho foi o impacto dessa ação, que promoveu mudanças na legislação municipal em defesa de trabalhadores frentistas (VERÍSSIMO et al., 2018).

No entanto, Amorim et al. (2017) encontraram situações semelhantes às deparadas no relato desse DSC. Os autores criticam a atuação de um CEREST quando o percebem atuando como meros transmissores de conhecimentos, priorizando a realização de cursos de capacitação sobre conhecimentos técnicos e informações acerca de ST, em detrimento da proposição de práticas mais eficazes, que deem maior significado às ações do CEREST.

Seguindo a mesma linha, o próximo DSC apresenta uma contribuição, sugerida pelos ACS, quando indagados sobre como os mesmos poderiam melhor exercer ações de ST em suas práticas cotidianas.

6.2.2 Contribuições sugeridas pelo ACS para implementação de ações de ST na comunidade

IC: A educação permanente em saúde e a educação interprofissional em saúde como estratégias na formação de ACS em ST

Eu nunca nem tinha focado muito se faço isso em específico. Antes de qualquer coisa, eu precisaria ser mais bem capacitado, receber orientações prévias, porque não sei dizer como poderia realizar essas ações. Para poder orientar, eu precisaria ser orientado antes. Tendo a informação, eu poderia qualificar melhor meu atendimento e repassar para as pessoas. Gostaria de saber mais sobre os direitos do trabalhador e previdenciários para poder repassar para as pessoas, porque meu trabalho é mais orientação. Poderia participar de palestras, explicações sobre o que é acidente de trabalho, mas uma palestra em conjunto, com minha equipe também. Tudo tem que envolver o médico e a enfermeira para ser um acompanhamento completo. Sinto falta de alguém que pudesse me dar um suporte para eu poder passar para as famílias. E quanto menos pessoas doentes e mais conhecimento esteja na minha área, menos eu vou ficar sobrecarregado. Acho que meu trabalho ficaria cem por cento melhor. Seria importante se fosse algo frequente, porque às vezes havia cursos, mas se passavam anos e anos para ter outro, e sei que hoje em dia tudo muda rápido. Dessa forma, entendo que vou conseguir abranger melhor essa situação. (DSC 6)

A ânsia por uma melhor capacitação é o mote trazido na leitura desse DSC. Além disso, a importância da presença conjunta de toda a eSF foi, destacadamente, relatada pelos ACS como proposta de incrementar o momento da Educação em Saúde.

A formação de trabalhadores para atuação no sistema de saúde no Brasil é uma responsabilidade constitucional do SUS. Em seu artigo 200, a Carta Magna deixa

clara que a ordenação de formação de recursos humanos é competência do SUS, além do incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988).

Tendo em vista a necessidade de formulação e execução de políticas orientadoras para formação e desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, o MS instituiu, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa Política, assim como sua atualização em 2007, defende a importância da integração do ensino da saúde e do exercício de ações nos serviços como instrumento de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004, 2007).

Entende-se como Educação Permanente o processo de aprendizado no trabalho, quando a aprendizagem e o ensino se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho. Nesse processo, a capacitação de profissionais da saúde tem como referência as necessidades das pessoas e das comunidades; objetiva a transformação das práticas profissionais e das organizações do trabalho e; é estruturada a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2007).

No entanto, diante das complexas necessidades da saúde no mundo contemporâneo, onde coexistem mudanças de perfis sociodemográfico e epidemiológico e alterações nos processos de trabalho em saúde, fez-se imperioso o surgimento de novas formas de prover-se a formação dos trabalhadores da saúde. A Educação Interprofissional em Saúde (EIPS) vem sendo apresentada como estratégia prioritária para a orientação de políticas de educação na saúde, haja vista seu potencial para fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018c, p. 41).

A EIPS pode ser conhecida como a atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de forma articulada, valorizando a colaboração e a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2018c, p.41-42). Costa et al. (2018, p. 40) destacam a colaboração, não apenas entre profissionais de equipes de saúde, mas também com a participação social no processo de aprendizagem interprofissional na saúde.

Como citado no referencial teórico, as eSF são formadas por diversos profissionais, e a incorporação desses saberes nas ações cotidianas deveria ocorrer de forma compartilhada. A ESF é, portanto, um campo fértil para a prática de EIPS.

O DSC 6 é claro quando mostra a necessidade de uma maior integração das eSF nos processos formativos. Os ACS relataram que a participação de profissionais da medicina e da enfermagem tornaria “o acompanhamento mais completo”. Além

disso, passa a impressão de um relativo abandono quando refere “sentir falta de alguém que me pudesse dar suporte”.

Nessa linha, um estudo de Coelho, Vasconcelos e Dias (2018) encontrou resultados semelhantes ao desta pesquisa. Em ambos os casos, os ACS relataram não se sentirem preparados para lidar com problemas relacionados à ST por falta de conhecimento sobre o assunto, desde a identificação de um agravo até a condução do caso, isto é, o fluxo de um usuário na RAS, para que pudesse dar solução ao seu problema.

Esta pesquisa concorda, em parte, com os autores acima, quando consideram não se esperar que nem os ACS ou a APS possam executar, de forma completa, ações em VISAT, mas que se espera da atenção primária a identificação do que eles chamaram de “situação-problema”, cabendo a condução da ação ao CEREST.

Ora, mesmo que a APS, e em especial o ACS, seja capaz de identificar um agravo relacionado ao trabalho, é atributo da APS a coordenação de todo o cuidado, enquanto o usuário estiver transitando na RAS. Mesmo que o trabalhador não esteja mais sob a atenção direta da APS, isso não a isenta, em princípio, de permanecer mantendo o cuidado à saúde daquele trabalhador adscrito em seu território.

Assim, entende-se a premência de se elaborar uma estratégia para estruturar o fluxo de cuidados aos usuários trabalhadores de Eusébio. Tal estratégia envolveria ações de educação permanente em saúde, com apoio e suporte técnico do CEREST, ou de qualquer outra entidade, que pudesse assumir esse protagonismo, porém com a participação de todos aqueles que fazem parte da cadeia de cuidados à saúde, a saber: os profissionais das eSF, os usuários-trabalhadores, o controle social e até mesmo a gestão municipal. Essas formações devem englobar todos esses participantes, numa tentativa de diálogo conjunto sobre as situações locais de saúde que almeje soluções as quais envolvam todos os seus saberes.

No entanto, ações de educação não devem ser pensadas como momentos isolados de transferência de conhecimentos. A ST, por sua complexidade, demanda um planejamento de formação em que métodos mais eficazes de ensino e aprendizagem devam ser considerados. Ainda, deve-se entender a formação como um processo contínuo, que exija avaliação e monitoramento adequados para garantia dos melhores resultados possíveis.

6.2.3 Vivências e práticas de ações em ST

IC: Estratégias usadas para abordar ou identificar uma pessoa enquanto trabalhador(a)

É difícil eu encontrar, durante uma visita domiciliar, um paciente que seja trabalhador, pois ele, dificilmente, está em casa. Eu tento descobrir os horários de folga dele para visitá-lo ou acompanhá-lo. Às vezes, até levo o remédio para pressão alta ou diabetes para ele. Sempre digo que a saúde tem que vir em primeiro lugar! Agora, quando eu chego a uma casa e sei que aquela pessoa está em casa no horário de trabalho, aí me preocupo; ela realmente deve estar doente, passando por alguma dificuldade. Então oriento a procurar o posto de saúde e falar com a enfermeira ou marco uma consulta para ela quando posso. Eu encaminho para o posto e sei que minha equipe vai resolver. Porque, quando eu identifico, eu encaminho; uma das coisas que faço é orientar e encaminhar (DSC 7).

O DSC 7 apresenta a centralidade das ações dos ACS nas orientações e nos encaminhamentos apropriados da população sob seus cuidados.

A visita domiciliar é uma atividade cotidiana realizada no âmbito da ESF, marcadamente associada ao trabalho do ACS. Durante uma VD, esse profissional é capaz de reconhecer condições de saúde de grupos específicos, como os trabalhadores da comunidade, e vulnerabilidades sociais de pessoas e famílias, além de realizar ações de promoção e educação à saúde. Avaliar ambientes onde o trabalho é realizado no próprio domicílio ou no entorno, configura-se, também, como oportuno durante a realização de uma VD (BRASIL, 2018a).

Trata-se de um momento em que o ACS pode contribuir na identificação e na investigação de agravos relacionados ao trabalho, especialmente em casos graves ou óbitos. No caso da ocorrência de tais situações, o ACS e a eSF podem acionar uma equipe de apoio estratégico para investigação conjunta, oportunidade em que podem ser aplicadas estratégias de educação permanente em ST e estreitamento de vínculos entre a eSF e a equipe de referência (BRASIL, 2018a).

Pinheiro, Ribeiro e Montenegro Júnior (2019) atentam à necessidade de organização e planejamento de VD, no âmbito da ESF, no intuito de garantir acesso às pessoas com limitações para deslocarem-se à UBS, além de um cuidado integral e longitudinal aos mesmos. Embora os autores tenham se debruçado a pesquisar pacientes com dificuldades motoras ou com barreiras sociais, como a violência na periferia de Fortaleza, trazem à tona a importância da definição de estratégias para alcançar os impossibilitados de acessarem a APS.

Os ACS demonstraram sua preocupação com os trabalhadores sob sua responsabilidade, buscando maneiras para contornar o problema que lhe foi apresentado, isto é, suas ausências no momento da VD. Embora algumas dessas

maneiras, como a entrega de medicamentos sem prévia avaliação médica ou de enfermagem, possa causar sérios danos à saúde do paciente, não se pode negar que o ACS lança mão de qualquer subsídio para tentar prover algum tipo de cuidado ao trabalhador.

Conforme apresentado nos perfis anteriormente citados, alguns ACS são responsáveis por uma quantidade maior de pessoas do que a recomendada pela PNAB 2017. Tendo em vista o relato de que pode retornar a visitar uma família cujo membro esteja ausente devido seu trabalho, pode-se deduzir que alguns ACS obrigam-se a uma carga maior de trabalho, para prover melhores cuidados aos trabalhadores de seus territórios.

Foi interessante observar que o ACS pôde ter desenvolvido, por meio de suas vivências cotidianas, a percepção de que a presença de um trabalhador em casa, que normalmente estaria ausente durante a VD, seria um indicador de alguma anormalidade.

Tratou-se de um saber construído durante as vivências do trabalho em saúde. Pode-se dizer que o ACS foi capaz de captar um fenômeno, que seria possível de se apresentar sob várias maneiras, e, a partir dele, ter construído um conhecimento, conforme explicam Rios et al. (2007). Esses autores relatam que os saberes podem ser elaborados sobre experiências concretas, a partir da inter-relação entre profissionais e população.

A interação dessas experiências pode ocorrer, no âmbito da APS, quando se considera o atributo da centralidade na família, a partir de uma abordagem familiar e comunitária. Quando um ACS faz uso desses atributos, é-lhe permitido conhecer o contexto de vida dos membros de uma família, criar vínculos e fortalecer uma relação de confiança entre esta e a eSF (OLIVEIRA et al., 2017).

Sem dúvida, esse atributo figurou-se bem presente nas ações dos ACS. Talvez pela sua própria trajetória histórica, cujo cerne é o conhecimento das comunidades, seja possível perceber a articulação dos serviços de saúde e a vida nos territórios, a partir da conjunção de ações de cuidado, prevenção e promoção à saúde (MOROSINI, FONSECA, 2018).

Portanto, municiar os ACS com a informação certa, para assim poderem transmitir a orientação adequada para as famílias, no momento oportuno, como numa VD, pode fortalecer as ações desses profissionais e, por conseguinte, sua valorização diante das comunidades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do exposto, podem tecer-se algumas considerações acerca das ações em ST executadas pelos ACS de Eusébio.

De início, a presença feminina prevalente, no grupo de ACS, reforça esse como o principal gênero que compõe a categoria. A escolaridade predominante é a mínima considerada para a atuação como ACS, a saber, o ensino médio. Ainda, considera-se que o ACS de Eusébio conhece bem o local onde atuam, haja vista o tempo médio trabalhando num mesmo território, encontrado entre os entrevistados.

No entanto, houve, pontualmente, uma distribuição heterogênea de pessoas acompanhadas por ACS entrevistado. Tal realidade faz urgente a necessidade de redistribuição do contingente populacional por meio de uma reterritorialização, sendo

que o benefício desse processo, também, dar-se-ia no âmbito do diagnóstico situacional dos territórios.

Nota-se que os saberes são pontuais, baseados naquilo que se apreendeu no cotidiano de seus trabalhos ao longo do tempo, tendo o reconhecimento do próprio ACS como sendo limitado para executar ações em ST. Faz-se necessária, portanto, uma sistematização e valorização da educação em saúde do trabalhador, principalmente com o auxílio do CEREST, que, apesar de ter atuado, em determinado momento, como promotor do conhecimento sobre a temática, não o fez de forma eficaz nem permanente.

Ainda, a educação permanente em saúde foi apresentada como ferramenta útil para o fortalecimento da ST nas práticas do ACS. Deve-se, porém, prever ações que envolvam todos os atores sociais, sobretudo, os médicos e a enfermagem. Ficou bem clara a importância da interação entre os membros das equipes, nos momentos de educação permanente, segundo os ACS. Certamente, poderia ser uma oportunidade de fortalecimento de vínculos e trocas de saberes.

As práticas em ST foram reduzidas aos encaminhamentos para os profissionais da medicina e da enfermagem das respectivas eSF. Quando não, os ACS sugeriam que os trabalhadores deveriam procurar uma Unidade de Pronto Atendimento ou outro serviço de atenção secundária à saúde.

Percebeu-se o desejo de melhor orientar os trabalhadores quanto aos seus cuidados e até mesmo aos seus direitos. No entanto, mais uma vez, encontrou-se obstáculo na questão de conhecimentos prévios sobre o assunto.

Nas leituras dos DSC, buscou-se identificar a presença ou não dos atributos esperados por um serviço organizado de APS.

Evidenciou-se o impedimento do acesso à APS a uma parte dos trabalhadores dos territórios, simplesmente, pelo fato de que o horário em que estavam em seus locais de trabalho coincidia com o horário de funcionamento da UBS. As consequências são, potencialmente, danosas aos trabalhadores: perdem o vínculo com a ESF; deixam de ser, integralmente, cuidados, com atendimentos pontuais em vários pontos da RAS e, portanto; não tem seu cuidado coordenado pela ESF.

Uma possibilidade de superação desse fato seria a abertura de UBS no terceiro turno ou em horários estendidos, porém, com a obrigação de garantir os atributos da APS, e não que fossem serviços de pronto atendimento. Outra possibilidade estaria aliada a um fortalecimento de ações intersetoriais entre empregadores e eSF, que

seriam as responsáveis por acompanhar todos aqueles que trabalhassem em seus territórios, sejam formais ou informais.

Para a execução desta pesquisa, algumas dificuldades foram apresentadas. Uma delas foi a distância do local das entrevistas, que, para alguns ACS, demandaria a necessidade de pegar um transporte para deslocar-se até a Associação. Outra, diz respeito aos horários propostos para as entrevistas, que coincidiam com os horários de trabalho, fazendo com que muitos deixassem de cumprir suas funções naquele período marcado, para contribuir com esta pesquisa.

A ST na APS merece um aprofundamento sobre seus conhecimentos. A presente pesquisa não se propõe a encerrar o assunto, mas sim, a dar sua contribuição para o fomento de outras que venham a reconhecer a importância do trabalho e de suas consequências, positivas ou negativas, sobre a vida das pessoas e, conseqüentemente, de suas famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Magda Helena Reis Cota de; REIS, Adriana de Paula. O cuidado à saúde do trabalhador na rede SUS Betim e Microrregião: a atuação do CEREST. In: DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e (org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, p. 253-271.

ALMEIDA, Márcia Furquim de. O Uso de Informações em Saúde na Gestão dos Serviços. **Saúde soc.**, São Paulo, v.4, n.1-2, 1995

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901995000100008&script=sci_arttext

Acessado em: 01/11/2017

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena G.F. Dias Da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paideia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, 1992.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/n2/07.pdf>

Acessado em: 07/02/2018

AMORIM, Luciana de Assis; SILVA, Thais Lacerda e; FARIA, Horácio Pereira de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; DIAS, Elizabeth Costa. Vigilância em saúde o trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.3403-3413. 2017.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3403.pdf>
Acessado em: 14/05/2019

ANDRADE, Lucimay Bernabé Pedrosa. **Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais**. São Paulo: Editora UNESP, 2010.
Disponível em ebook: <http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-05.pdf>
Acessado em: 30/04/2019

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A Sociedade dos Adoecimentos no Trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015.
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282015000300407&script=sci_abstract
Acessado em: 12/12/2017

ARAUJO, Romilda Ramos De; SACHUK, Maria Iolanda. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v.14, n. 1, p.53-66, 2007.
Disponível em:
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rege/v14n1/v14n1a5.pdf>
Acessado em: 28/11/2017

ARIAS-CASTILLO, Liliana; TORO, Cesar Brandt; FREIFER, Sandra; FERNANDÉZ, Miguel Ángel. Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Ibero-americana. **Wonca Ibero-americana**, Santiago de Cali, Colômbia, 2010.
Disponível em:
[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Perfil%20m%C3%A9dico%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Perfil%20m%C3%A9dico%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20(1).pdf)
Acessado em: 03/12/2017

ARREAZA, Antonio Luiz Vicente; MORAES, José Cássio de. Vigilância da Saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, p. 215-2228. Julho 2010.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
Acessado em 03/12/2018

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. In: **12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. 2018, Rio de Janeiro
Disponível em:
https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/10/Agenda_APS_SUS_Rede.pdf
Acessado em 29/04/2019

BASTOS-RAMOS, Teresa Pompílio; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Silvia. **Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho**, Brasil, 2007-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.4, p.641-650, outubro-dezembro 2015
Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00641.pdf>

Acessado em: 18/09/2018

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Acessado em: 01/12/2017

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Acessado em: 01/12/2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM no. 1.823, de 23 de agosto de 2012 – Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora**. Brasília, 2012.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Acessado em 10/11/2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM no. 198, de 13 de fevereiro de 2004 – Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília, 2004.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>

Acessado em: 11/05/2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM no. 399, de 22 de fevereiro de 2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto**. Brasília, 2006.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Acessado em: 20/08/2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.996, de 20 de agosto de 2007 – Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2007.

Disponível em :

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

Acessado em: 11/05/2019

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 41**. Brasília, 2018

Disponível em:

http://www.renastonline.org/sites/default/files/051_Cadernos_de_AB_Saude_do_Tra_balhador.pdf

Acessado em: 31/11/2018

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM no. 204, de 17 de fevereiro de 2016 – Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Brasília, 2016.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html

Acessado em 15/11/2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM no. 2.436, de 21 de setembro de 2017 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2017.

Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>

Acessado em: 14/11/2017

_____. Casa Civil. **Lei 13.467, de 13 de julho de 2017 – Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.** Brasília, 2017.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm

Acessado em: 28/04/2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM no. 204, de 17 de fevereiro de 2016 – Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Brasília, 2016.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html

Acessado em 15/11/2016

_____. Ministério Da Saúde. **Notificação de Acidentes do Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes.** Brasília, 2006.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf

Acessado em: 25/11/2017

_____. Ministério Da Saúde. **Portaria GM/MS 1.679, de 19 de setembro de 2002 – Dispõe sobre a Estruturação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS e Dá Outras Providências.** Brasília, 2002.

Disponível em:

http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf

Acessado em: 04/10/2017

_____. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Normatiza os aspectos éticos e bioéticos em pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Acessado em: 10/02/2018

_____. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Acessado em: 10/02/2018

_____. Casa Civil. **Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; e dá outras providências.** Brasília, 2015.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm

Acessado em: 12/04/2018

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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, Municípios e Distrito Federal, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília, 2013.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

Acessado em 10/06/2018

_____. Casa Civil. **Lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018 - Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.** Brasília, 2018.

Disponível:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20152018/2018/Lei/L13595.htm#art1

Acessado em: 20/03/2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1ª ed. rev. Brasília, 2018.73 p.

Disponível em e-book:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

Acessado em: 16/05/2019

_____. Ministério Público do Trabalho. **Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho.** Brasília, 2019.

Disponível em: <https://observatoriosst.mpt.mp.br/>

Acessado em: 29/04/2019

_____. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica – **E-Gestor**. Brasília, 2019.

Disponível:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.a.xhtml>

Acessado em: 30/04/2019

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

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Acessado em: 15/05/2019

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e Seus Determinantes Sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt

Acessado em: 11/12/2017

CANGUSSU, Betânia Moreira. **A categoria território como ferramenta estratégica na planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma experiência participativa na região sul do município de Palmas – Tocantins**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 175 p., 2014.

Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736652>

Acessado em 12/05/2019

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. O Trabalho como Determinante do Processo Saúde-Doença. **Tempo Soc.**, São Paulo, v.27, n. 1, p. 73-93, 2015.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702015000100073&script=sci_abstract&tlng=pt

Acessado em: 12/12/2017

CORDEIRO, Ricardo; SAKATE, Mirian; CLEMENTE, Ana Paula Grotti; DINIZ, Cíntia Ségre; DONALISIO, Maria Rita. Subnotificação de Acidentes de Trabalho Não-Fatais em Botucatu, SP, 2002. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 2, p.254-260, 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24050.pdf>

Acessado em: 13/09/2017

COSTA, Marcelo Viana da; PEDUZZI, Marina; FILHO, José Rodrigues Freire; SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves. **Educação Interprofissional em Saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Secretaria de Educação a Distância. Natal, 2018. 85 p.

Disponível em e-book:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>

Acessado em 17/05/2019

COELHO, Jamily Gusmão; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; DIAS, Elizabeth Costa. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 583-604, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00113.pdf>

Acessado em: 17/05/2019

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/Continuidade do Cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1029-1042, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>

Acessado em: 27/04/2019

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp

Acessado em: 30/04/2019

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

Acessado em: 30/04/2019

DIAS, Elizabeth Costa; RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; CANCIO, Jacira; HOEFEL, Maria da Graça Luderitz. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: Oportunidades e Desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p. 2016-2070, 2009.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000600013&script=sci_abstract&tlng=pt

Acessado em: 10/09/2018

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda E. Contribuições da Atenção Primária À Saúde Para Implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38(127): 31-43, 2013

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100007&script=sci_arttext

Acessado em: 12/11/2017

SCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; SENNA, Mônica De Castro Maia. O programa de Saúde da Família e a Construção de um Novo Modelo Para a Atenção Básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washinton (USA), v. 21, n.2, p.164-176, 2007

Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>

Acessado em: 15/09/2017

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 347-355, 2005

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>
Acessado em: 29/03/2019

FIGUEIREDO, Marília Z.A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N.G. De. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.
Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931/11139>
Acessado em: 03/12/2017

FIOREZI, Janaína Maria Setto; VIEIRA, Giani Cláudia Setto. Subnotificação de acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem. **Nursing**. São Paulo, v.14, n. 165, p. 96-100, 2012.
Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-620068>
Acessado em: 23/04/2019

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
Acessado em: 29/04/2019

FREITAS, Lagerson Mauad; CORIOLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; LIMA, Luciana Soares de; RUI-MORENO, Lídia. Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sci**. Santo André, v. 40, n. 3, p. 171-177, 2015
Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/791/686>
Acessado em: 26/03/2019

GALAVOTE, Heletícia Scabelo; PRADO, Thiago Nascimento do; MACIEL, Ethel Leonor Noia; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Desvendando os Processos de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Cenários Revelados na Estratégia Saúde da Família no Município de Vitória (ES, Brasil). **Ciên. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.231-240, 2011.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>
Acessado em:15/03/2019

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Sílvia. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.145-159, 2012.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/15.pdf>
Acessado em 23/04/2019

GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro; LIMA, Rita de Cássia Duarte; GALAVOTE, Heletícia Scabelo; COELHO, Ana Paula Santana; VIEIRA, Elza Cléa Lopes; SILVA, Renata Cristina; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: Do perfil às Atividades Desenvolvidas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00039.pdf>
Acessado em: 23/03/2019

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça; MEIRA, Karina Cardoso; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; DUTRA, Viviane Gomes Parreira; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os desafios para formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1407-1406, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n5/1407-1416/pt>
Acessado em 12/08/2018

GOVERNO DO CEARÁ. **Comissão Intergestores Bipartite – Ata da 1ª Reunião Ordinária de 2006**. Fortaleza, 2006.

Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/atas_1_15_2006.pdf
Acessado em 29/06/2019

GOVERNO DO CEARÁ. **Lei 16.870, de 17 de abril de 2019. Altera a lei 14.101, de 10 de abril de 2008, para fixar novo piso salarial dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Estado do Ceará**. Fortaleza, 2019.

Disponível em: <http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20190422/do20190422p01.pdf>
Acessado em: 23/04/2019

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Ed. Loyola, 1998

Disponível como ebook em:

http://books.google.com.br/books?id=8bcTGHbGP_MC&pg=PA135&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

Acessado em 27/11/2017

HOEFEL, Maria Das Graças; DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Jandira Maciel. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: A Proposta da RENAST. In: **Ministério da Saúde**. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de Textos, p. 61-67. Brasília, 2005.

Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf

Acessado em: 10/12/2017

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil básico municipal, Eusébio**. Fortaleza, 2018.

Disponível em:

https://www.ipece.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/45/2018/09/Eusebio_2017.pdf

Acessado em: 06/03/2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Brasil em síntese**. Brasília, 2018.

Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/eusebio/panorama>

Acessado em: 11/03/2019

_____. **Pesquisa Mensal de Emprego**. Brasília, 2019.

Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24110-desemprego-sobe-para-12-4-e-populacao-subutilizada-e-a-maior-desde-2012>

Acessado em 28/04/2019

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **World Employment Social Outlook – Trends, 2019.**

Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_670542.pdf

Acessado em: 24/04/2019

_____. **La Prevención De Las Enfermedades Profesionales, 2013.**

Disponível em:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf

Acessado em: 12/12/2017

JACQUES, Camila Côrrea. Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente)** – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009

Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dissertacao_camila_jacques.pdf

Acessado em: 12/11/2017

KASSADA, Danielle Satie; MARCON, Sonia Silva; WAIDMAN, Maria Angelica Pagliarini. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 428-434, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0428.pdf>

Acessado em: 12/11/2017

KONCHINSKI, Vinicius. **Número de mortes por acidentes de trabalho volta a crescer após 5 anos.**

Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/05/16/mortes-no-trabalho-voltam-a-crescer-especialistas-criticam-reforma-de-2017.htm>

[reforma-de-2017.htm](https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/05/16/mortes-no-trabalho-voltam-a-crescer-especialistas-criticam-reforma-de-2017.htm)

Acessado em: 16/05/2019

LEFÈVRE, Fernando. **Discurso do Sujeito Coletivo. Nossos modos de pensar; nosso eu coletivo.** 1ª. Edição. São Paulo: Andreoli, 2017.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina Da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a20v14n4.pdf>

Acessado em: 06/02/2018

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>

Acessado em: 05/02/2018

LINO, Mônica Motta; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; SCHVEITZER, Mariana Cabral. Perfil Socioeconômico, Demográfico e de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v17n1/v17n1a08.pdf>

Acessado em: 30/03/2019

MELO, Marilene Barros de; QUINTAO, Ana Flávia; CARMO, Rose Ferraz. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvido na atenção primária em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0086.pdf>

Acessado em: 01/04/2019

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.11-24, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>

Acessado em: 20/03/2019

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, spe 1, p. 261-274, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0261.pdf>

Acessado em: 24/05/2019

MENDES, Eugênio Vilaça. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS**. Brasília, 2015.

Disponível em:

<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Acessado em: 16/09/2017

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005

Acessado em: 10/12/2017

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, 2010

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a04v8n2.pdf>

Acessado em: 01/04/2019

OLIVEIRA, Denize Cristina de; SÁ, Celso Pereira de. Representações Sociais da Saúde e Doença e Implicações Para o Cuidar em Enfermagem: Uma Análise Estrutural. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 54, n. 4, p. 608-622, 2001.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n4/v54n4a09.pdf>

Acessado em 23/08/2018

OLIVEIRA, Maria Amélia De Campos; PEREIRA, Maria Iara. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020

Acessado em: 03/12/2017

OLIVEIRA, Vanessa Cristiane de Araújo; OLIVEIRA, Suzane Fonseca; MENDES, Patrícia Helena Costa; SANTOS, Aline Soares Figueiredo dos. Aplicação de ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-8, 2017.

Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6682/pdf>

Acessado em 23/05/2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. In: **WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**. Rio de Janeiro, 2011.

Disponível em:

http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf

Acessado em: 11/12/2017

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SANTOS, Iná. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n4/pt_2526-8910-cadbto-26-04-00784.pdf

Acesso em: 27/03/2019

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>

Acessado em: 15/02/2019

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria; CARNEIRO, Fernando Ferreira; TEIXEIRA, Ana Cláudia de Araujo. Sentidos e Métodos da Territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n. 8, p.2253-2262, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/09.pdf>

Acessado em: 30/08/2018

PINHEIRO, Juliana Viana; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão; Fiuza, Tatiana Monteiro; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães. Ferramenta para avaliação e

gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1818, 2019.

Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1818/986>

Acessado em: 17/04/2019

RENASTONLINE, PLATAFORMA. **CEREST Regional de Horizonte-Ce**.

Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/cerests/cerest-regional-horizonte>

Acessado em: 29/06/2019

RIOS, Ediara Rabello Girão; FRANCHI, Kristiane Mesquita Barros; SILVA, Raimunda Magalhães da; AMORIM, Rosendo Freitas de; COSTA, Nhandejara de Carvalho. Senos comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-209, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a26v12n2.pdf>

Acessado em: 19/05/2019

SANTOS, Karina Tonini dos; SALIBA, Nemre Adas; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; ARCIERI, Renato Moreira; CARVALHO, Maria de Lurdes. Agente Comunitário de Saúde: Perfil Adequado a Realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>

Acessado em: 02/04/2019

SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Saúde do Trabalhador. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 15, n. 38, p. 859-870, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop3611.pdf>

Acessado em: 30/08/2018

SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa. **O Agente Comunitário de Saúde e o Cuidado À Saúde dos Trabalhadores em Suas Práticas Cotidianas – Guia do ACS**. Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2012

Disponível em:

http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Guia%20do%20ACS%20no%20cuidado%20aos%20trabalhadores_2012.PDF

Acessado em: 03/10/2017

SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa; PESSOA, Vanira Matos; FERNADES, Luisa da Matta Machado; GOMES, Ednalva Maria. Saúde do Trabalhador na Atenção Primária: Percepções e Práticas de Equipes de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v.18, n.49, p. 273-288. 2014

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130227.pdf>

Acessado em: 20/09/2018

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; AKERMAN, Marco; BELGA, Stephannie Marques Moura; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Intersetorialidade, Determinantes Socioambientais e Promoção da Saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4361-4370, 2014

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361

Acessado em: 25/09/2017

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Trabalho em Saúde: Retrato dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1865-1876, 2017

Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n6/1865-1876/pt>

Acessado em: 10/04/2019

SOUZA, Fernanda Rodrigues Martins de. **Agentes Comunitários de Saúde, formação, e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias, RJ.** 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TELLES, Stela Heloisa; PIMENTA, Ana Maria Carvalho. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.3, p.467-478, 2009

Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/11.pdf>

Acessado em: 15/03/2019

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GUTIERREZ, Paulo Roberto; NUNES, Elizabete de Fátima A.; IENO, Gláucia Maria de Luna; SENNA, Jacinta de Fátima; KULESZA, Teresa Mitsunaga. O processo de construção das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica (1990-2002). In: DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e (org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas.** 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, p. 73-95.

VERÍSSIMO, Daniela Maria Maia; JORGE, Carlos Francisco Bitencourt; ANDRADE, Nastássia Satomi Uchiama; SILVA, Cristiano Marques da; PEREIRA, Luciana Caluz Carvalho. A informação como recurso estratégico de prevenção em saúde do trabalhador e uma análise do Cerest de Marília no estado de São Paulo. **Rev. cuba. inf. cienc. salud,** La Habana, v. 29, n. 3, 2018.

Disponível em: http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v29n3/a09_1256.pdf

Acessado em: 14/05/2019

VICTORIA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazaré Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema.** 1ª ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e Desafios do Planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 2009

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000800030&script=sci_abstract&tlng=pt

Acessado em: 04/11/2017



Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Saúde Do Trabalhador: Saberes e Práticas de Agentes Comunitários de Saúde em Eusébio, Ceará.

Nome do Pesquisador: Francisco Roberto De Araujo Nogueira

Natureza da pesquisa: Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade investigar os saberes e as dos agentes comunitários de saúde atuam diante de situações que envolvam a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras dos territórios.

Participantes da pesquisa: Agentes comunitários de saúde que atuem nas Unidades Básicas de Saúde de Eusébio.

Envolvimento na pesquisa: ao decidir participar deste estudo você permitirá que o pesquisador, realize entrevista escrita e gravada com a finalidade de coletar dados e

informações sobre o tema da pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Sobre as entrevistas: Serão realizados em dia e horários marcados em reunião prévia com os participantes e serão gravadas em áudio para posterior transcrição (digitação). Em nenhum momento o nome do participante será divulgado, sendo assegurado o anonimato da participação. Você poderá solicitar a gravação e ficar com ela, caso tenha interesse.

Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamento as normas de pesquisa com seres humanos. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Benefícios: ao participar desta pesquisa, você, entrevistado, terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possa trazer informações importantes sobre a Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Eusébio e como os agentes comunitários de saúde entendem a saúde dos trabalhadores de seus territórios, de forma que o conhecimento construído a partir desta pesquisa possa contribuir para a formação de agentes de saúde mais capacitados e sensíveis às questões que

envolvem as pessoas enquanto trabalhadores e trabalhadoras no território. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos em revistas científicas e a realizar seminário na Fiocruz Ceará para compartilhamento dos resultados com os ACS, gestores públicos e demais trabalhadores e trabalhadoras.

Pagamento: não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador: Francisco Roberto de Araujo Nogueira/(85)991372806

Orientadora: Dra. Vanira Matos Pessoa / (85)996238508

Fiocruz/CE: Rodovia CE 010 S/N, Precabura, Eusébio, CE, 61760-000.

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Declaro para os devidos fins que estou ciente da proposta da realização da pesquisa intitulada SAÚDE DO TRABALHADOR: SABERES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM EUSÉBIO, CEARÁ que tem como pesquisador o médico e mestrando da Fundação Oswaldo Cruz, do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), Francisco Roberto de Araujo Nogueira, CREMEC 10.635. Deixo claro que não acarretará nenhum ônus para as unidades básicas de saúde, uma vez que todos os custos são de inteira responsabilidade do pesquisador. A coleta de dados será acordada com os agentes comunitários de saúde para não mudar a rotina das unidades.

Eusébio , ____ de _____ de 2018

Mário Lúcio Martildes

Secretário de Saúde

Apêndice C – Ficha de identificação dos participantes das entrevistas

IDENTIFICAÇÃO			
Sexo	Idade	Território	Tempo de trabalho como ACS
Renda			
Escolaridade			
Tempo de trabalho com esta equipe de saúde da família			
Vínculo			
Horário de trabalho			
Carga Horária de trabalho			
Realiza outras atividades além de ser ACS? SIM _____ NÃO _____ Se sim, quais:			
Total de famílias cadastradas:			
Total de famílias acompanhadas:			
Total de pessoas acompanhadas:			

Apêndice D – Roteiro orientador das entrevistas

1. Me fale do seu trabalho na ESF....
2. Me fale como você percebe a relação do trabalho humano com a saúde das pessoas que vocês cuidam?
3. Durante o seu trabalho, como você costuma abordar os trabalhadores e trabalhadoras?
4. Como você identifica agravos, doenças e acidentes relacionados ao trabalho?
5. Em uma situação de acidente de trabalho como você age?
6. Como você analisa a realização de ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora pelos ACS?
7. Que conhecimentos você considera que seria importante para o ACS realizar ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora?

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/ CE
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa-ação no entorno do polo industrial e tecnológico da saúde (PITS) no Ceará/Brasil: interfaces entre a comunidade, o território, a saúde da família, ambiente e trabalho.

Pesquisador: Vanira Matos Pessoa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83991318.3.0000.5037

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.532.070

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa coordenado Fundação Oswaldo Cruz - Escritório Técnico do Ceará. A implantação do Polo Industrial e Tecnológico da Saúde (PITS) no município de Eusébio é uma iniciativa que envolve uma rede de parceiros. No governo do Estado a interlocução é realizada pela Agência de Desenvolvimento do Estado do Ceará (ADECE). Soma-se a este processo como âncora científica e tecnológica a Fundação Oswaldo Cruz - Escritório Técnico do Ceará e o Centro de Plataformas Vegetais de BioManguinhos. O PITS objetiva: desenvolver o setor da saúde do Estado; promover a inovação e a interação entre a academia, os setores público e privado de forma a garantir o desenvolvimento social e avanços tecnológicos e econômicos; incentivar a geração de novos produtos; fomentar a sinergia entre as indústrias que formam o Polo e; atrair instituições e empresas inovadoras que são referência no setor da saúde.

A fundação realizou um estudo na área de influência direta e apontou uma percepção negativa da comunidade quanto ao empreendimento em alguns pontos: não disseminação clara de informações junto à comunidade quanto aos impactos (positivos e negativos) do empreendimento; o cercamento do terreno estaria invadindo a área do espelho d'água fechando um acesso muito usado pelas comunidades para a lagoa e ainda sem apresentar alternativa para o livre acesso; receio que se instaure um processo violento de gentrificação na região que já é cobiçada pela especulação imobiliária.

Considerando esse contexto e a atuação da Fiocruz/CE que objetiva fortalecer a saúde das populações do campo, floresta, águas e das zonas urbanas vulneráveis, como também qualificar a ESF foi proposta uma estratégia de “Desenvolvimento de Territórios Laboratórios” (DTL), que consiste na realização de ações de cooperação social e de pesquisa articuladas e integradas no âmbito territorial entre os pesquisadores, os representantes das políticas públicas, dos segmentos populares e das comunidades com foco no território e no aperfeiçoamento do SUS. O município de Eusébio, enquanto sede do PITS e da Fiocruz Ceará, e sendo um “Território Laboratório” consiste no cenário onde será desenvolvido esse projeto de pesquisa. A pesquisa-ação será adotada como caminho para a investigação nesse estudo que se insere no campo das Ciências Sociais e da Saúde. A pesquisa-ação será desenvolvida em três etapas. A primeira etapa denominada de: a) aproximação com

o território - será realizada por meio de uma pesquisa documental. A segunda etapa intitulada: b) Constituição do grupo pesquisador e elaboração do plano de ação participativo – será desenvolvido no processo de oficinas participativas e círculos de cultura, dentro de um processo de pesquisa-ação participativo e crítico da realidade; e o terceiro eixo consistirá na c) implementação, monitoramento e avaliação das ações, considerando parâmetros avaliativos da qualidade.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar as transformações territoriais, ambientais, culturais, econômicas e sociais e os impactos destas na saúde humana e na qualidade de vida no território de implantação do Polo Industrial e Tecnológico da Saúde no Ceará.

Específicos: 1. Reconhecer os elementos que ameaçam e promovem a saúde na comunidade por meio de análises das dimensões: social, cultural, histórica, ambiental, sanitária, econômica, educacional e de trabalho da população da região; 2. Abordar o território, os processos de organização comunitária, a implantação das políticas públicas, os investimentos privados e a interface com ações de saúde ambiente e trabalho no contexto das comunidades do entorno PITS, com vistas a fomentar a integração Fiocruz-Comunidade-Serviços de Saúde; 3. Desenvolver métodos de territorialização em saúde participativa que incorpore as novas transformações e mudanças advindas com o PITS considerando o território na Estratégia Saúde da Família; 4. Elaborar mapas temáticos que possam servir como produtos para a comunidade e para a pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados à participação dos sujeitos na pesquisa podem estar relacionados a constrangimentos perante pessoas e instituições, caso dados sobre sua identidade venham a público. No entanto, será garantido que isso não ocorrerá sob hipótese alguma.

Benefícios:

Os benefícios relacionados com a participação dos membros da comunidade são no sentido de contribuir para o conhecimento e percepção dos aspectos relacionados à saúde, ambiente, trabalho no território em que vivem. Soma-se a isso a possibilidade de intervir em problemas prioritários, que podem advir em melhorias concretas para a população local, como também para os participantes da pesquisa. A divulgação dos

problemas enfrentados pelas comunidades e a articulação com o SUS e outros setores podem contribuir para construção de ações e políticas mitigadoras dos danos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, segue os preceitos éticos da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto assinada pelo diretor da FIOCRUZ-CE. Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Eusébio. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Enviar relatório para o CEP/ESP após término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 08 de março de 2018

Assinado por:
JOSÉ OSMAR VASCONCELOS FILHO
(Coordenador)