



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E
TRABALHO



RITA DE CÁSSIA PERALTA CARVALHO

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
COMPREENDER O PASSADO PARA PLANEJAR O FUTURO

Salvador

2019

RITA DE CÁSSIA PERALTA CARVALHO

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
COMPREENDER O PASSADO PARA PLANEJAR O FUTURO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal da Bahia, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva (área de concentração: Saúde, Ambiente e Trabalho).

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima

Co-orientadora: Ana Angélica Martins da Trindade

Salvador

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Carvalho, Rita de Cássia Peralta
Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde:
compreender o passado para planejar o futuro / Rita
de Cássia Peralta Carvalho. -- Salvador, 2019.
81 f. : il

Orientadora: Mônica Angelim Gomes de Lima.
Coorientadora: Ana Angélica Martins da Trindade.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em
Saúde, Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal
da Bahia, Faculdade de Medicina (FMB/UFBA), 2019.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Vigilância em Saúde do
Trabalhador. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Atenção
Básica à Saúde. I. Lima, Mônica Angelim Gomes de. II.
Trindade, Ana Angélica Martins da. III. Título.

RITA DE CÁSSIA PERALTA CARVALHO

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
COMPREENDER O PASSADO PARA PLANEJAR O FUTURO**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva (área de concentração em Saúde, Ambiente e Trabalho), Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Data da defesa: 29 de maio de 2019

Banca Examinadora

Prof.(a)Dr.(a)Mônica Angelim Gomes de Lima - Orientadora
Universidade Federal da Bahia (PPGSAT /UFBA)

Prof.(a)Dr.(a)Ana Angélica Martins da Trindade – co-orientadora
Faculdade de Medicina da Bahia (PPGSAT /UFBA)

Prof.Dr.Robson da Fonseca Neves
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof.(a)Dr.(a)Elisabeth Costa Dias
Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG)

Dedico esse trabalho a meus pais Tânia e Vicente que com seu exemplo diário me ensinaram a amar incondicionalmente, a respeitar as diferenças, a acreditar no futuro, mas agir no presente sem esquecer as lições que o passado me proporcionou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT) pela experiência de conviver com um ambiente crítico, reflexivo e instigante.

Aos professores do PPGSAT que contribuíram com seus ensinamentos e experiências no meu crescimento pessoal e profissional.

À secretaria Carol sempre disponível para resolver as questões administrativas e amizade.

À querida Inha pelo carinho, atenção, sorriso constante e o cafezinho sempre pronto para nos aquecer.

Aos membros do Grupo de Pesquisa FMB/UFBA/Cnpq: Atenção integral à saúde: saúde, ambiente e trabalho pelo incentivo constante e ambiente de construção de novos saberes.

À DIVAST, aqui representada pela sua diretora Dr^a Leticia Coelho da Costa Nobre, pelo apoio e incentivo.

À coordenadora da COAST Ely da Silva Mascarenhas pela compreensão e apoio dedicados durante esses dois anos.

Às colegas assistentes sociais Jussara Lago, Rita Lemos e Tânia Estrela pela compreensão nos meus momentos de ausência, companheirismo, carinho, apoio e incentivo constante sem os quais seria impossível concretizar esse trabalho.

À Soninha e Codes pela disponibilidade e carinho sempre demonstrados diariamente.

À equipe administrativa da COAST pelo sorriso, atenção e dedicação demonstrados todos os dias.

Às companheiras de caminhada no mestrado que tornaram a minha trajetória prazerosa ao lado de cada uma de vocês. Tão diferentes e tão iguais no apoio, carinho, respeito e companheirismo.

À minha co-orientadora Ana Angélica Martins da Trindade que com seu modo único transmite os temas mais complicados com simplicidade de uma educadora sempre disposta não só a transmitir, mas a construir junto um saber.

À minha orientadora Mônica Angelim Gomes de Lima companheira de caminhada na construção do sonho de promover o cuidado integral aos trabalhadores. Obrigada de coração pela presença, paciência, amizade, carinho, ensinamentos, ideias e orientações nesse trabalho e na minha vida.

À Jandira Maciel pela sua disponibilidade em apoiar a construção desse projeto.

À Elizabeth Costa Dias cujo empenho e dedicação à construção da atenção integral no SUS é fonte de eterna inspiração.

Agradeço aos participantes da pesquisa que se mostraram generosos em confiar a mim seus relatos, experiências e dúvidas.

À Robson Neves exemplo de pessoa e profissional que me inspira todos os dias.

À amiga Andréa Garboggini Melo Andrade irmã que a vida me deu o prazer de encontrar por dividir comigo as alegrias, tristezas, sonhos, realizações, anseios sempre com uma palavra doce e um abraço reconfortante.

À minha irmã Patrícia que em seu silêncio, mas abraço afetuoso confortou-me nos momentos difíceis.

À minha sobrinha e afilhada Yasminie que com sua alegria e espirituosidade transformam o mais cinza dos dias em belo arco íris.

À Romero meu marido e companheiro de vida, que acompanhou todo esse processo de perto sempre pronto a ouvir e discutir as temáticas comigo. A ler quando não conseguia enxergar as letrinhas miúdas. Ao amor e carinho dedicado a nossa família.

À Mateus filho amado e querido que sempre esteve ao meu lado, disponível em ajudar com os assuntos tecnológicos, preocupado com meu bem estar e concedendo abraços e beijos que possuem o dom de apaziguar o coração.

Agradeço também a Deus que possibilitou que tudo e todos fizessem parte desse sonho.

Ontem um menino
Que brincava me falou
Hoje é a semente do amanhã

Para não ter medo
Que este tempo vai passar
Não se desespere, nem pare de sonhar

Nunca se entregue
Nasça sempre com as manhãs
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar

Fé na vida, fé no homem, fé no que virá
Nós podemos tudo, nós podemos mais
Vamos lá fazer o que será

Gonzaguinha

CARVALHO, R. de C. P. Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: compreender o passado para planejar o futuro. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

RESUMO

O estudo analisa o processo de inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde para promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores na rede de saúde, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. O objetivo geral é compreender as interações estabelecidas entre os atores sociais, os componentes das intervenções e o contexto de implantação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva e exploratória. Inicialmente foi realizada uma revisão e síntese da literatura para identificar relatos de experiências de desenvolvimento de intervenções em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no Brasil no período de 2000 a 2017. Intervenções com ações organizadas para modificar uma situação problema, onde fosse possível identificar os cinco componentes de uma intervenção (estrutura, atores, processos de ação, finalidades e ambiente). Em seguida foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os autores/atores das experiências selecionadas (Amparo, Betim e Campinas). Os resultados são apresentados em três etapas: na primeira apresenta as características dos municípios que desenvolveram as intervenções selecionadas; a segunda apresenta a interlocução com os autores/atores das intervenções; a terceira etapa buscou descrever as intervenções de Amparo, Betim e Campinas por meio da identificação das referências básicas e componentes de cada uma delas. Os resultados indicam que há viabilidade para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária, apesar das barreiras existentes, por meio da construção de redes de apoio; da educação permanente que busque a construção de um novo saber mediante a oferta de apoio técnico-pedagógico; do estabelecimento de vínculo baseado numa relação de confiança e respeito; e com uma estrutura adequada.

Palavras-chaves: Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Descentralização em Saúde do Trabalhador. Desconcentração em Saúde do Trabalhador. Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica à Saúde.

CARVALHO, R. de C. P. Occupational Health in Primary Health Care: understanding the past to plan for the future. Master Dissertation - Programa de Pós-Graduação Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

ABSTRACT

The study analyzes the process of inserting Workers' Health actions in Primary Health Care to promote comprehensive health care for workers in the health network, as advocated by the Unified Health System and the National Policy for Workers' and Workers' Health . The general objective is to understand the interactions established between social actors, the components of the interventions and the context for the implementation of Occupational Health actions in Primary Health Care in Brazil. This is a research with a qualitative, descriptive and exploratory approach. Initially, a literature review and synthesis was carried out to identify reports of experiences of developing interventions in Occupational Health in Primary Health Care in Brazil from 2000 to 2017. Interventions with organized actions to modify a problem situation, where it was possible to identify the five components of an intervention (structure, actors, action processes, purposes and environment). Then, semi-structured interviews were conducted with the authors / actors of the selected experiences (Amparo, Betim and Campinas). The results are presented in three stages: the first presents the characteristics of the municipalities that developed the selected interventions; the second presents the dialogue with the authors / actors of the interventions; the third stage sought to describe the interventions of Amparo, Betim and Campinas by identifying the basic references and components of each one. The results indicate that there is feasibility for the development of Occupational Health actions in Primary Care, despite the existing barriers, through the construction of support networks; permanent education that seeks to build a new knowledge by offering technical and pedagogical support; establishing a bond based on a relationship of trust and respect; and with an adequate structure.

Keywords: Occupational Health. Surveillance of the Workers Health. Decentralization. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma do processo de busca da literatura.....	25
Figura 2: Referências básicas da intervenção em Amparo	50
Figura 3: Referências básicas da intervenção em Betim	51
Figura 4: Referências básicas da intervenção em Campinas	52
Figura 5: Modelo Lógico de Amparo	59
Figura 6: Modelo Lógico de Betim	60
Figura 7: Modelo Lógico de Campinas	61
Figura 8: ST e APS: integralidade do cuidado	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Processo de pesquisa: descritores e combinações	24
Quadro 2: Documentos selecionados.....	26
Quadro 3: Facilitadores e barreiras a inserção da ST na APS	41
Quadro 4:Estrutura/insumos das intervenções	56
Quadro 5: Componentes essenciais para inserção da ST na APS.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Acidente de Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CISTT	Câmara Técnica da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
Cerest	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
DAB	Departamento de Atenção Básica
Dieese	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMB	Faculdade de Medicina da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
BEM	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
ML	Modelo Lógico
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOST	Norma Operacional em Saúde do Trabalhador
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PQ	Pesquisa Qualitativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PBE	Prática Baseada em Evidências
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RTST	Referência Técnica em Saúde do Trabalhador
SPBE	Saúde Pública Baseada em Evidências
SER-SAT	Serviço de Referência em Saúde do Trabalhador
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Sist. e-Gestor	Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
VISAT	Vigilância à Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
REFERENCIAL TEÓRICO	8
Análise de políticas públicas	8
Pesquisa avaliativa e análise de implantação	10
A relação entre saúde e trabalho	12
Atenção primária à saúde	16
A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.....	18
OBJETIVOS	21
METODOLOGIA.....	22
Meu lugar como pesquisadora.....	22
O percurso metodológico	22
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
Capítulo I – Caracterização dos municípios de Amparo, Betim e Campinas	30
Amparo	30
Saúde em Amparo	31
Saúde do trabalhador em Amparo	31
Betim.....	32
Saúde em Betim.....	33
Saúde do trabalhador em Betim.....	34
Campinas.....	35
Saúde em Campinas.....	35
Saúde do trabalhador em Campinas.....	36
Capítulo II – As intervenções em saúde do trabalhador na atenção primária á saúde em Amparo, Betim e Campinas.....	38
A interlocução com os autores/atores.....	38
As referências básicas das intervenções.....	48
Os componentes das intervenções.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES.....	77

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída no Brasil por meio da Portaria nº 648/2006 (BRASIL, 2006), revisada pela Portaria nº 2488/2011, em 2017 a PNAB sofre uma segunda revisão (Portaria nº 2436) das diretrizes para a organização AB no Sistema Único de Saúde (SUS) revogando a de 2011. Nessa portaria como na anterior os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados termos equivalentes. Nesse estudo será adotado o termo APS.

A PNAB atual mantém a APS como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora dos serviços e ações disponibilizados pela RAS. Reafirma como estratégia prioritária de expansão e consolidação da APS a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no entanto, possibilita o reconhecimento de outras estratégias desde que sejam respeitados os princípios e diretrizes colocados na portaria e tenham um caráter provisório. Nesta perspectiva reconhece e possibilita o financiamento de outras estratégias sem a exigência de que estas sejam compostas por equipes multiprofissionais e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Abrasco; Cebes e ENSP, 2017).

A PNAB 2017, segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018) compromete dois princípios do SUS: o princípio da universalidade da atenção à saúde por flexibilizar a cobertura populacional e colocar de forma indefinida o número de ACS; e a integralidade ao definir padrões diferenciados de ações e cuidados para a APS, assumindo como compromisso o padrão essencial (mínimo) e, apenas recomendando o padrão ampliado, estabelecendo uma APS seletiva.

A despeito da nova PNAB e das críticas à mesma é na APS, conforme Declaração de Alma-Ata, mediante o uso de tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas; com participação comunitária e democrática que se desenvolvem práticas voltadas para a prevenção, promoção e assistência (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012). No Brasil ainda é o ponto mais próximo à população em seus territórios. Territórios, aqui entendidos para além do espaço geográfico, mas um espaço sócio-político, onde se encontram as dimensões histórica, demográfica, epidemiológica, administrativa, tecnológica, política, social e cultural que interagem de forma dinâmica (Santos e Rigotto, 2011). Como coloca

Milton Santos (2003), "... A categoria analítica é o *território usado pelos homens*, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições.". Portanto, o território é o local onde se encontram as pessoas e seus modos de vida, ou seja, os processos de produção, formais, informais, peri e intradomiciliares, bem como trabalhadores, residentes ou não.

É por meio do reconhecimento desse território, enquanto espaço vivo e dinâmico, da capilaridade e potencialidade da APS e da transversalidade das ações de Saúde do Trabalhador (ST) que, em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), estabelece a Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT) como componente estruturante da política, que deverá ser desenvolvida de forma articulada com as demais vigilâncias e com a APS (BRASIL, 2012).

A constatação da importância do desenvolvimento de ações de ST na APS não é algo novo, pois, segundo Vasconcellos e colaboradores (2013) a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST) de 1998 (BRASIL, 1998) já sinalizava essa importância. O inciso V do art. 1º da NOST deixa claro a transversalidade da ST.

"V - regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;..." (BRASIL, 1998).

Tal constatação parte de uma visão holística da ST que toma como central a compreensão das inter-relações que se estabelecem entre processos produtivos, meio ambiente e consumo e a atuação dessas no processo saúde-doença na busca de uma atenção integral. Da constatação de que o modo de produção capitalista e seu processo de reestruturação produtiva, iniciado na década de 1970, têm provocado mudanças significativas, nas relações de trabalho, gerando mudanças de ordem sócio-organizacionais e tecnológicas que conformam novas formas de

produção de mercadorias e serviços (ALVES, 2007), bem como trazem repercussões sobre o modo de viver e adoecer dos trabalhadores.

Diante disso, em 1999, a Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) buscou estabelecer parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), tendo como frutos dessa aproximação em 2001 o *Caderno nº 5 de Saúde do Trabalhador*, que compôs a série de “Cadernos da Atenção Básica/Programa Saúde da Família”; e a realização de capacitações envolvendo profissionais técnicos da APS, ACS e controle social entre 2001 e 2002 (VASCONCELLOS et al., 2013). O MS em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais promoveu a revisão do referido caderno acima que foi publicado em 2018 (Caderno nº 41 – Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora) (BRASIL, 2018).

Em 2002, através da Portaria nº 1.679, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), revisada pelas portarias 2.437/2005 e 2.728/2009 (revisões que objetivaram a ampliação e fortalecimento desta). A institucionalização da Renast propiciou o avanço no desenvolvimento de ações de ST no SUS, pois, segundo relatório técnico elaborado em 2010, sob a coordenação de Elizabeth Costa Dias, no período de 2002 a 2009 foram implantados 198 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) em todos os estados brasileiros o que levou há uma maior visibilidade das ações de ST e a interlocução com os gestores.

A Renast enquanto uma rede que visa integrar as ações de ST no SUS, mediante a inserção dessas em todas as suas instâncias, segundo Leão e Vasconcellos (2011), é uma “rede que não enreda” (p. 470), pois não consegue disseminar o cuidado em ST nas demais instâncias da RAS, incluída aí a APS. Nessa perspectiva, Dias (2010), em seu relatório coloca que a Renast, ao manter a centralidade das ações de ST nos Cerest, mesmo após as revisões sofridas (pontos privilegiados de execução, articulação e pactuação dessas ações intra e intersetoriais em suas áreas de abrangência) entra em confronto com o modelo de gestão do SUS e se coloca como um retrocesso no processo de direcionamento das ações de ST para o âmbito da APS.

Buscando corrigir os problemas acima apontados, foi aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde o relatório da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CISTT/CNS) e publicada a Resolução nº 603,

de 8 de novembro de 2018. Essa resolução apresenta a proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores no SUS visando o desenvolvimento de um novo modelo para os Cerest, buscando corrigir as assimetrias entre as regiões e atender as realidades locais. Nesse documento reforça-se o papel de retaguarda técnica dos Cerest mediante o apoio matricial à rede, introduz a figura da Referência Técnica em Saúde do Trabalhador (RTST), estabelecendo parâmetros a partir da faixa populacional dos municípios para a organização das RTST e implantação de novos Cerest. No entanto, não tratou diretamente das questões relativas aos recursos financeiros, apesar de apontar a discrepância entre o recurso e as realidades locais dos Cerest.

A APS como ponto mais próximo do território será cada vez mais desafiada a enfrentar demandas oriundas de uma realidade cada vez mais marcada pela presença de 'contextos vulneráveis' onde vulnerabilidades sociais podem potencializar os riscos oriundos de processos sócio-técnico-ambientais (FIRPO, 2007). Vulnerabilidades agravadas pela financeirização da economia que impõe um novo modo de vida social marcado pela volatilidade e descartabilidade, tanto do que se produz como das pessoas que produzem, características do processo de acumulação do capital em escala mundial associado a intensificação da precarização das relações de trabalho, mediante a adoção de flexibilização das formas de contrato de trabalho (DRUCK, 2011).

No Brasil, tal processo iniciado nos anos 1990 se efetiva legalmente por meio das Leis nº 13429/2017 e 13467/2017. A primeira amplia e modifica o conceito de trabalho temporário ao eliminar a restrição de uso desse tipo de contrato à situações extraordinárias e autoriza a terceirização de toda e qualquer atividade. Segundo o Dieese (2017), "... o texto legal é muito frágil quanto à garantia dos direitos e à proteção dos trabalhadores terceirizados, aumentando riscos de crescimento de precarização das condições de trabalho e rotatividade." A segunda denominada de Reforma Trabalhista reforça e amplia a terceirização, legaliza a pejotização do trabalho ao restringir o conceito de empregado, elimina a necessidade de autorização prévia para que as empresas realizem rescisões coletivas ou individuais, desobriga a assistência sindical nas rescisões de contrato com mais de um ano, promove alterações na jornada de trabalho intensificando a flexibilização desta

(extensão ou redução da jornada a depender da produção, sem controle por parte do trabalhador), dentre outras. Segundo Teixeira e colaboradores (2017)

“..., o pacote de alterações quanto à jornada promove a redução de direitos para o trabalhador, levando à perda de remuneração, à intensificação do trabalho (e, conseqüentemente, ao aumento do cansaço e do número de acidentes), à desorganização da vida social e familiar (devido às jornadas incertas e flexíveis) e ao rebaixamento na perspectiva de capacitação e crescimento profissional.”

Pode-se inferir, portanto, que a precarização das relações de trabalho levará muitos trabalhadores a atuarem informalmente em seus territórios através do desenvolvimento de trabalhos extra ou intradomiciliares para garantia de sua sobrevivência e de sua família. Mesmos aqueles que atuam formalmente terão seus direitos reduzidos, seu trabalho intensificado e conviverão com a insegurança que trarão reflexos significados ao processo trabalho-saúde-doença.

Estudos já desenvolvidos identificaram a implantação de ações de ST na APS voltadas para o cuidado à saúde dos trabalhadores, no período de 2003 a 2009 (Dias e Silva, 2013) em quatro eixos: 1. mapeamento das atividades produtivas e do perfil dos usuários trabalhadores; 2. identificação do usuário trabalhador e o estabelecimento da relação entre o agravo e o trabalho; 3. ações educativas, de promoção da saúde e orientação dos usuários trabalhadores; e 4. ações de vigilância em saúde do trabalhador. No entanto, apesar do reconhecimento da transversalidade do trabalho no processo de saúde-doença; da importância das ações de ST na APS e do avanço da Renast tais estudos também demonstram, segundo as organizadoras, que estas ações são assistemáticas e descontínuas.

Diante do agravamento do desemprego gerado pela retirada de direitos e maior flexibilização dos contratos de trabalho, a ST será ainda mais desafiada, pois precisará criar mecanismos mais efetivos de atuação junto a APS, saindo do espaço restrito pelos muros das fábricas para os espaços dos territórios onde vivem, produzem e onde se dá a produção e reprodução do trabalho. A implantação de ações de ST na APS precisará lidar com a complexidade dessa intervenção que envolve interação de diferentes atores, em variados níveis, que possuem diversos pontos de vistas, percepções, interesses e motivações, muitas vezes divergentes e contraditórios onde o aparato legal tem se mostrado insuficiente para a

institucionalização das ações já postas em prática que tem se caracterizado como sendo assistemáticas e descontínuas (DIAS e SILVA, 2013).

Apesar dos estudos já desenvolvidos sobre a implantação de ações de ST na APS, coloca-se como desafio compreender tais intervenções, como foram implantadas e implementadas, quais seus componentes constituintes (estrutura, atores, processos de ação, finalidades, ambiente), como se deu as interações entre os atores envolvidos, como elementos presentes no contexto de implantação atuaram como facilitadores ou como obstáculos. Como aprender com o que já foi desenvolvido, revisitar o antes, abrir as “caixas pretas”, desmontar o quebra-cabeça e remontá-lo, desconstruir para reconstruir em outras bases mais consistentes.

Diante dessas constatações o grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA), do qual a autora é membro, está desenvolvendo o projeto de pesquisa intervenção interinstitucional voltado para a implantação da PNSTT na APS, intitulado *“Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador: compreender para agir”* aprovado pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) edital nº 003/2017. É um esforço na busca de efetivar a implantação da PNSTT na APS estando o projeto estruturado em três componentes inter-relacionados: componente I - análise da situação de saúde dos trabalhadores de Salvador/Bahia; componente II - mapeamento de processos de trabalho e atividades ocupacionais num território da Estratégia de Saúde da Família; e, componente III co-produção de tecnologia de saúde do trabalhador e ambiente no território da Estratégia de Saúde da Família.

O presente estudo está alinhado ao componente III do projeto supracitado, buscou compreender como as interações estabelecidas entre os atores sociais, os componentes das intervenções e o contexto influenciaram o processo de implantação dessas na APS.

A pergunta que orientou esse estudo foi “Quais e como foram desenvolvidas intervenções em ST na APS publicadas por meio de artigos e ou estudos acadêmicos (Dissertações e Teses) no período compreendido entre 2000 e 2017?”. Intervenção aqui entendida como uma ação organizada em um contexto e momento específico cujo objetivo é modificar uma situação-problema (CHAMPAGNE et. al., 2016) (CONTANDRIOPOULOS et. al., 1997).

Para responder essa pergunta foi realizada uma busca nas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO; Portal de teses e dissertações da CAPES; na base de dados LILACS; e no web site do Google Acadêmico de intervenções em ST na APS no Brasil, no período de 2000 a 2017. Para responder ao objetivo principal desse estudo que é compreender as interações estabelecidas entre os atores sociais, os componentes das intervenções e o contexto de implantação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no Brasil, além da leitura e análise dos documentos/intervenções selecionadas, foi também realizado um diálogo com os autores/atores de tais intervenções.

Os objetivos do presente estudos serão apresentados em dois capítulos. O primeiro capítulo apresentará a caracterização dos municípios onde foram desenvolvidas as intervenções selecionadas, trazendo dados sócio demográficos, dados sobre a rede de saúde e sobre a ST. O segundo trará o problema disparador das intervenções, as referências de cada intervenção, seus objetivos, atividades desenvolvidas, a lógica de cada intervenção e os componentes essenciais para a inserção da ST na APS. Tratará também da interlocução estabelecida com os autores/atores identificando os facilitadores e barreiras presentes durante o desenvolvimento das intervenções, as estratégias adotadas e a relação entre os autores/atores, o contexto e os componentes das intervenções.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA) sob parecer nº 2.775.378.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Análise de políticas públicas

Souza (2006) define política pública como

“... o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).”

Ainda conforme a autora esse campo é multidisciplinar cujos esforços de estudos estão centrados nas explicações tanto dos processos como da natureza da política pública. A autora coloca que as políticas públicas “desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação” que trazem repercussões econômicas e sociais implicando, portanto, na necessidade de conhecer e explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade.

Segundo Ham e Hill (1993) o movimento de análise de políticas públicas, iniciado nos Estados Unidos na década de 1960, possuía duas vertentes de interesse: a necessidade dos responsáveis pela elaboração de políticas públicas de buscar soluções para o enfrentamento, por parte dos governos, dos problemas gerados pelo processo de industrialização, especialmente, nos países ocidentais e; a atenção de pesquisadores acadêmicos para as políticas públicas no sentido de aplicação de seus conhecimentos para o esclarecimento das questões/problemas postos. Destacam os autores que o surgimento de programas universitários voltados para o ensino de políticas públicas associados ao crescimento do número de estudos nessa área e a contratação de analistas políticos pelos governos, que começaram a empregar técnicas e práticas na confecção dessas políticas são de fato fatores determinantes para o desenvolvimento desse campo.

Segundo Souza (2006) existem vários conceitos e modelos orientadores para a análise de políticas públicas, fruto da multidisciplinaridade do campo, no entanto, a autora sintetiza seis elementos principais das políticas públicas contidos nas variadas formas de análise: possibilita diferenciar a intenção do governo do seu fazer real; envolve diversos atores e vários níveis de decisão; é abrangente, não

limitada a leis e normas; é uma ação intencional, com objetivos a alcançar; possui impactos a curto prazo, no entanto, caracteriza-se por ser de longo prazo; envolve uma série de processos após a decisão de elaboração como a implantação, execução e avaliação.

Na análise de políticas públicas se faz necessário compreender o que é o Estado e qual seu papel. Para Ham e Hill (1993) o Estado pode ser definido como o conjunto formado por suas instituições (órgãos legislativos, executivos e jurídicos) e as funções desempenhadas por estas. Estas instituições situam-se em diferenciados níveis (nacional, regional e local), possuem órgãos subsidiários que podem ter graus variados de autonomia o que implica em maior ou menor possibilidade de adequação da política definida centralmente à realidade local. Os autores destacam três áreas de intervenção do Estado: a de prestação de serviços públicos (educação, saúde, habitação, etc); a regulação da economia (incentivos tributários ao desenvolvimento de indústrias) e; o desenvolvimento de atividades regulatórias para limitar os possíveis impactos coletivos negativos de ações individuais, que na complexidade das sociedades modernas exigem a adoção de controles sociais regulatórios mais amplos (proteção ambiental, ao consumidor). Salientam ainda que esses pontos demonstram que as atividade de intervenção estatal estão diretamente associadas às transformações econômicas de uma sociedade.

Outro ponto importante para a análise de políticas públicas diz respeito às questões relacionadas à burocracia e seu impacto sobre o poder político a partir de duas perspectivas: o modo como as instituições funcionam e o papel dos diferentes grupos que as compõem. A primeira perspectiva diz respeito ao que ocorre no interior das instituições, ou seja, o modo como o trabalho, as recompensas e punições são distribuídas e como se dá a tomada de decisão. A segunda perspectiva está relacionada a como as interações estabelecidas entre os diferentes atores no interior das instituições e com o público alvo de suas ações se dão . Ou seja, como esses atores (servidores) com suas crenças, valores e ideias, responsáveis pela implementação das políticas públicas, influenciam a sua efetivação e funcionamento (HAM e HILL, 1993).

A implantação de políticas públicas se coloca dentro de uma arena social complexa que envolve a interação e negociação entre diversos atores, cada ator com suas crenças, valores e objetivos e desses com os diversos contextos

presentes (econômico, político, social). Interações que podem viabilizar a implementação de uma política pública ou dificultar e até impedir a sua efetivação.

A implantação da PNSTT e de suas ações propostas, dentre essas a inserção da ST na APS, se dá, portanto, no interior da arena social supracitada, deste modo compreender esse jogo complexo coloca-se como ponto essencial para a institucionalização dessas ações.

2.2. Pesquisa avaliativa e análise de implantação

Em Saúde Pública um dos grandes desafios é a incorporação da pesquisa avaliativa, entendida como um procedimento científico que busca identificar as relações estabelecidas entre os diferentes elementos de uma intervenção/ação, ou seja, que busque identificar “as melhores práticas” por meio das melhores evidências. Segundo Pereira e Veiga, 2014, Saúde Pública Baseada em Evidências (SPBE) é o uso criterioso, explícito e judicioso da melhor evidência disponível para a tomada de decisão sobre os cuidados prestados a comunidades para promoção, prevenção e assistência à saúde. A SPBE é uma evolução do conceito da Prática Baseada em Evidências (PBE) e da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A PBE surgiu na década de 1970, no Reino Unido, tendo como objetivo alcançar maior eficiência no uso dos recursos do sistema de saúde, já a MBE surgiu no Canadá na década de 1980 com o objetivo de promover melhor assistência à saúde e melhoria da qualidade de ensino (Lacerda et al., 2011).

A SPBE ao incorporar a pesquisa avaliativa para a identificação das melhores evidências disponíveis irá analisar além dos fundamentos teóricos, produtividade e efeitos de uma intervenção/ação analisará também as relações que se estabeleceram entre a intervenção e o contexto onde foi efetivada. Segundo Champagne e colaboradores (2016) e Contandriopoulos e colaboradores (1997) a pesquisa avaliativa consiste em analisar a pertinência, lógica, produtividade, os efeitos e as relações que se estabelecem entre os componentes de uma intervenção e o contexto. Intervenção aqui compreendida como um sistema de ação organizado em um determinado contexto e momento para a produção de bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação-problema. Ainda, segundo os autores, uma intervenção possui cinco componentes: estrutura (física, organizacional e simbólica); atores individuais e coletivos e suas práticas; processos de ação (atividades); finalidades (objetivos); ambiente (contexto).

A estrutura física compreende os diversos recursos desde financeiro passando pelos humanos, técnicos à informacionais. A estrutura organizacional envolve o arcabouço jurídico (leis, normas, atos administrativos, dentre outros) e a estrutura simbólica são o conjunto de valores, crenças e representações dos atores envolvidos. No segundo componente os atores individuais e coletivos são aqueles envolvidos com a intervenção onde seus projetos pessoais ou coletivos, seus valores e visões de mundo interagem estabelecendo um jogo de cooperação e disputa. As práticas são as condutas adotadas por esses atores no desenvolvimento da intervenção. Os processos de ação configuram-se como o conjunto de atividades utilizado pelos atores mediante a mobilização dos recursos disponíveis para o alcance dos objetivos propostos, que são as finalidades da intervenção. E o ambiente configura-se como os contextos (físico, jurídico, político, econômico, social, cultural, histórico) onde a intervenção esta sendo desenvolvida, bem como os contextos e sistemas com os quais esta precisa se interrelacionar para atingir seus objetivos (CHAMPAGNE et al., 2016).

As intervenções podem ainda ser classificadas como simples ou complexas. As complexas podem ser caracterizadas como aquelas onde estão presentes múltiplas atividades, finalidades e atores envolvidos cuja efetividade sofre influência do contexto onde se desenrola (CHAMPAGNE, et.al., 2016). As intervenções em ST na APS poderiam, portanto, ser classificadas como complexas, pois a sua execução envolve múltiplas atividades (promoção, prevenção, assistência e vigilância), com múltiplas finalidades e atores envolvidos.

A pesquisa avaliativa pode ser classificada em seis tipos de análise: a análise estratégica; a análise lógica; a análise da produção; a análise dos efeitos; a análise da eficiência; e a análise da implantação. Dentre os tipos de possíveis análises da pesquisa avaliativa a análise de implantação é a mais indicada quando a intervenção em estudo é complexa, multicomponente, interdependente sofrendo influência do contexto onde esta inserida. A análise de implantação consiste na observação das relações que se estabelecem entre a intervenção e o contexto onde esta está sendo desenvolvida e sua influência na produção dos efeitos. Esse tipo de análise ao considerar a interação entre a intervenção e o contexto, rompe como o modelo da “caixa-preta” que considera a intervenção como uma variável dicotômica e impermeável as características e influências do contexto onde se desenvolve

(CHAMPAGNE, et. al., 2016). A análise de implantação ao considerar os processos nos quais se deu ou não a produção dos efeitos pode possibilitar a identificação dos fatores que influenciaram o desenvolvimento da intervenção, seus componentes, a interação entre os componentes e o contexto na produção dos efeitos, os facilitadores e obstáculos presentes.

Nesse sentido buscar “romper as caixas pretas” das intervenções de ST na APS, é buscar identificar os elementos essenciais que possam possibilitar a replicação ou adaptação dessas intervenções em outros contextos de modo a produzir resultados semelhantes aos demonstrados na intervenção original (Costa-Black, 2013).

Uma das metodologias para “romper as caixas pretas” é a modelização das intervenções, ou seja, a construção do Modelo Lógico (ML). Modelizar uma intervenção é buscar revelar as hipóteses consideradas necessárias para mudar uma situação problema. O ML deverá explicitar o caminho lógico da intervenção e os objetivos dos seus autores. Hartz (1999) define o ML como um instrumento que descreve de forma resumida o funcionamento de um programa e seus componentes essenciais, permitindo verificar se este está estruturado de forma coerente para atingir os objetivos propostos. É também uma descrição gráfica de um programa e a forma de organizar os componentes de um programa de forma sistemática e visual, articulando os recursos disponíveis, as ações planejadas e os resultados esperados explicitando assim a teoria do programa. Ou seja, explicitando os passos e as relações entre estes e os resultados almejados. (ROWAN, 2000)(CASSIOLATO E GUERESI, 2010)

2.3. A relação entre saúde e trabalho

Trabalho é a execução de tarefas realizadas pelo homem de forma remunerada ou não com emprego de esforço físico e mental para a produção de bens ou serviços com objetivo de atender a satisfação de suas necessidades (GIDDENS, 2012). Segundo, Costa e Costa (2000) para que o trabalho ocorra faz-se necessário a presença de três fatores: o ser humano ou sua força de trabalho, as matérias primas e os instrumentos. Esses fatores estão presentes em qualquer modo de produção. No caso do modo de produção capitalista, a relação que se estabelece entre tais fatores esta fundamentada na necessidade de que uma classe

se torne proprietária dos meios de produção (matérias-primas, ferramentas, etc.) enquanto a outra destituída desses meios tenha a sua força de trabalho explorada, não exclusivamente para o atendimento das necessidades do homem, mas também para a obtenção do lucro (mais-valia).

O modo de produção e consumo adotados por uma dada sociedade irá definir a forma como se estabelecerão as relações entre produção, trabalho, ambiente e saúde. E são essas relações, que são interdependentes, que orientam a compreensão das condições de vida, adoecimento e morte de grupos sociais, bem como a degradação do ambiente. Também por meio dessa compreensão é possível a construção de alternativas que possibilitem mudanças que venham a garantir a saúde das pessoas e do ambiente (DIAS et. al., 2009).

O aprimoramento de formas e estratégias de garantir o máximo de extração da mais-valia e de acumulação engendrados pelo modo de produção capitalista, como o processo de acumulação, baseado no modelo de produção taylorista/fordista que prevaleceu no período Pós-Segunda Guerra e na reestruturação produtiva, iniciada da década de 1970, fruto da crise estrutural capitalista no mundo e intensificada no Brasil a partir da década de 1990, tem provocado mudanças significativas, tanto no modo de produção capitalista como também nas relações de trabalho (ANTUNES e POCHMANN, 2007).

O processo de reestruturação produtiva do capitalismo, iniciado na década de 1970, fruto da crise do taylorismo/fordismo, atingiu de forma diferenciada países, regiões, setores e empresas (industriais ou de serviços) e tem provocado mudanças significativas, tanto no modo de produção como também nas relações de trabalho, gerando mudanças de ordem sócio-organizacionais e tecnológicas que conformam novas formas de produção de mercadorias e serviços (ALVES, 2007).

Segundo Alves (2007), a reestruturação produtiva tem como base a adoção de uma forma de produção fluida, flexível e difusa. Fluida, pois implica na adoção de dispositivos organizacionais que estimulam a ação pró-ativa do trabalhador; flexível, na medida em que pressupõe a adoção de novas formas de contratação salarial, de novas tecnologias (microeletrônica e informacional), bem como, de um novo perfil profissional; e difusa, por ampliar o processo de terceirização e das redes de subcontratação.

A reestruturação produtiva e seu binômio desregulamentação e flexibilização do trabalho se fizeram presente na América Latina já na década de 1990, segundo Ledesma (2017), através das recomendações do Fundo Monetário Internacional (FMI) apresentadas no relatório intitulado “Estabilização e Reforma na América Latina: perspectiva macroeconômica sobre essa experiência nos anos 1990”. Ainda segundo o autor, o Banco Mundial por meio do “Relatório sobre o Desenvolvimento Social” e do documento “O Mundo do Trabalho em uma Economia Integrada” reforça a necessidade de desregulamentação e flexibilização do trabalho. Tendo como pano de fundo as recomendações dos documentos supracitados vários países latino americanos implementaram políticas de desregulamentação e flexibilização do trabalho. No Brasil, foram adotadas algumas medidas pontuais de flexibilização do trabalho como o contrato por prazo determinado e o parcial; a criação do banco de horas; permissão do trabalho aos domingos e; o programa de participação nos lucros e resultados (TEIXEIRA et al., 2017).

O processo desencadeado na América Latina tinha como pressupostos o combate à crise financeira e ao desemprego, no entanto, essas medidas não surtiram os efeitos postulados pelo FMI e Banco Mundial. Ao invés de gerar um decréscimo na taxa de desemprego a desregulamentação e flexibilização do trabalho gerou um crescimento da informalidade e, conseqüente, aumento da desproteção social (LEDESMA, 2017).

Apesar dessas constatações, no Brasil, o processo de desregulamentação e flexibilização do trabalho foi retomado, segundo Teixeira e colaboradores (2017) diante de um momento marcado pela crise econômica e política, onde este processo compõe um conjunto de medidas estruturantes (congelamento dos gastos públicos por 20 anos, reforma da previdência, privatizações, dentre outras) que visam criar um ambiente institucional que proporcione a garantia para o capital de aumento da rentabilidade, com redução de custos e de gastos públicos.

O processo de desregulamentação e a multiplicação das possíveis formas de contrato de trabalho atualmente vigentes no Brasil como a retirada da restrição da terceirização apenas da atividade-meio das empresas trará em seu bojo uma série de conseqüências, já sinalizadas por Antunes (2012) como a intensificação do trabalho, a precarização dos vínculos de trabalho, o aumento do trabalho informal, a redução da proteção social, o desemprego que impactarão diretamente na saúde da

população trabalhadora. Ainda, segundo Pena e Gomes (2011), a terceirização gera um duplo padrão de relações de trabalho e saúde entre os contratados diretamente pela empresa e os terceirizados. Os primeiro enquanto núcleo duro da empresa tem garantido todos os direitos conquistados, inclusive os relacionados às condições de trabalho, segurança, assistência médica, enquanto o segundo grupo perde total ou parcialmente direitos trabalhistas, previdenciários, de condições dignas e seguras de trabalho e cuidado.

No Brasil, onde o modo de produção capitalista globalizado e neoliberal, com grandes indústrias multinacionais e transnacionais, convive ainda com fordismo clássico, onde se observa o processo de fragmentação das unidades produtivas com a instituição de pequenas manufaturas de fundo de quintal e pequenas oficinas, que se multiplicam pelos bairros (territórios) das cidades com a presença marcante da informalidade e precarização das condições de trabalho (SOUZA, 2010), a desregulamentação e flexibilização do trabalho, legalizadas e legitimadas, poderão acentuar as desigualdades e a desproteção social. É nesse contexto marcado por essa dupla realidade (processo de reestruturação produtiva e persistência de processos de trabalho arcaicos e violentos) (PENA e GOMES, 2011) que envolve aspectos técnicos, políticos, ideológicos e culturais que deve ser compreendida a relação saúde-doença e seus determinantes.

Segundo Buss e Carvalho (2007), a atual concepção de saúde é a de que esta é uma complexa produção social cujos resultados estão diretamente relacionados com as decisões políticas sobre os determinantes sociais da saúde. Dentre os modelos explicativos dos determinantes do processo saúde-doença o Modelo de Dahlgren e Whitehead é destacado por Buss e Carvalho (2007). Nesse modelo o indivíduo, com seus atributos individuais e genéticos terá sua situação de saúde determinada pelas mediações que se estabelecem entre as condições socioeconômicas, culturais e ambientais (incluído aí o trabalho) com as redes sociais e comunitárias e seu estilo de vida. Ou seja, a saúde é resultante da interação entre o indivíduo e o ambiente físico e social onde está inserido, logo, boas condições de saúde é uma responsabilidade compartilhada pela sociedade e o poder público e a saúde é um investimento para a sociedade. Nesse sentido, os autores afirmam que para promover a equidade em saúde devem ser desenvolvidas intervenções direcionadas tanto para os determinantes “proximais” (estilo de vida), como para os

“intermediários” (condições de vida e trabalho) e os “distais” (macroestrutura econômica, social e cultural), com intersectorialidade, participação social e evidências científicas.

Segundo Garbois, Sodré e Araújo (2017) a partir de 2010, a OMS passou a adotar como modelo representativo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) o elaborado por Solar e Lewin. Nesse novo modelo os DSS estão divididos entre estruturais e intermediários. Continuam os autores colocando que esse modelo, apesar de apresentar alguns avanços em relação ao de Dahlgren e Whitehead, pois dá prioridade as causas estruturais e sua modelização dá uma ideia de relação entre essas causas e as intermediárias, assim como o modelo anterior ele mantém a dicotomia entre o indivíduo, coletivo, natural, social e biológico de base positivista. Para os autores a proposta construída na América Latina, na década de 1970, a Determinação Social da doença traz uma abordagem integradora onde o social e a saúde não estão separados.

Compreendendo que o trabalho como sendo uma Determinação Social do processo de adoecimento seja por meio da precarização deste, seja por meio da ampliação de formas de inserção vulneráveis, sem proteção social ou pela terceirização do trabalho, realidade concreta no Brasil. O não reconhecimento do trabalho enquanto Determinação Social impactará de forma negativa a saúde e segurança dos trabalhadores presentes nos territórios da APS.

2.4. Atenção primária à saúde

Segundo Aguiar (2013), existe registros de experiências em vários países, ainda no século XIX, de desenvolvimento de ações com características de APS como a visão de integração entre ações de promoção, prevenção e assistência numa perspectiva longitudinal e contextualizada, pois a comunidade seria acompanhada ao longo do tempo pelos mesmos trabalhadores de saúde que residiam na mesma localidade. Em 1920, no Reino Unido o relatório de Dawson que consistiu em uma proposição de reordenamento dos serviços de saúde centrado na regionalização, hierarquização e integração de ações curativas e preventivas trouxe em seu bojo a concepção de APS (SOUZA et al., 2013).

Outro marco histórico para a APS é a Conferência de Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão em 1978 que estabeleceu a APS como sendo a forma essencial de se

prestar assistência sanitária com garantia de acesso e participação da comunidade mediante uso de tecnologias apropriadas e social e cientificamente reconhecidas (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009). Essa conferência, através da Declaração de Alma-Ata, preconizou a saúde como um direito universal onde a participação da comunidade e de outras políticas públicas devem se fazer presentes. No entanto, conforme Aguiar (2013), o termo APS passou a ter significados variados como a de “filtro” que organiza a atenção com um pacote mínimo de serviços de baixo custo; APS seletiva que prioriza intervenções de baixo custo destinadas às populações mais pobres, desconsiderando os determinantes políticos e socioeconômicos na gênese da condição de saúde de uma dada população; e a APS ampliada (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009) porta de entrada do sistema de saúde que deve ter seus serviços orientados para as necessidades da comunidade, numa ação que integre promoção, prevenção e assistência integral à comunidade mediante acompanhamento contínuo.

No Brasil a terceira concepção apresentada foi adotada como referencial por confluir com o modelo de assistência preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária e do SUS. Sendo assim, a APS no contexto brasileiro é configurada como a porta de entrada da RAS que deve possibilitar o fácil acesso à comunidade, tanto em termos geográficos como dos diversos aspectos da acessibilidade aos serviços de saúde (étnico-cultural, gênero, familiar, comunitário etc.). Inclui desde eventos agudos como também ações de promoção, prevenção e busca ativa de condições crônicas de saúde. Com uma ação direcionada ao conhecimento e reconhecimento das necessidades e problemas da comunidade e centrada na identificação das dinâmicas familiares e na compreensão dos significados e símbolos atribuídos ao processo saúde-doença; com acompanhamento longitudinal à população adscrita (parcela definida da comunidade sob responsabilidade - indivíduos e suas famílias) e estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários; com serviços baseados na integralidade da atenção, ou seja, como reconhecimento das necessidades biopsicossociais que abrangem o espectro da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como o encaminhamento, quando necessário, para outros níveis de atenção, mas com coordenação (manutenção do vínculo) para evitar a fragmentação da assistência. Tem como ação estratégica do Ministério da Saúde a institucionalização da Estratégia de Saúde da Família, que se configura como

estruturante, pois a sua implantação implica em mudanças na dimensão organizacional dos serviços de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009) (SOUZA et al., 2013).

2.5. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde

As ações de Saúde do Trabalhador inserem-se no SUS através da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990. A inclusão de ações de ST no SUS é resultado de um processo de luta política pela redemocratização do Brasil a partir da década de 1980 onde se estabelece um intenso processo de discussão que questiona a concepção vigente de políticas públicas de saúde (MINAYO GOMEZ, 2011). Segundo Mendes e Dias (1991), nesse contexto, a ST surge como um contraponto à concepção hegemônica da medicina do trabalho e da saúde ocupacional a respeito da relação trabalho-saúde, caracterizada pela vinculação direta entre doença e um determinado fator de risco ou a um grupo de fatores de riscos. Nessa perspectiva as ações de ST inserem-se no campo da saúde coletiva compreendendo que a saúde como um direito e tendo como objeto de ação o processo saúde e doença dos grupos humanos e a relação destes com o trabalho.

Segundo Vasconcelos e Machado, 2011 a inserção da ST no SUS é marcada pela busca da legitimação e institucionalização de suas ações, o que levou seus atores a um processo de demarcação de sua identidade político-institucional que permitisse ultrapassar a visão sobre seu objeto de ação, saúde e trabalho, para além das políticas públicas contributivas e trabalhistas. É nesse contexto marcado por uma marginalidade institucional e pela falta de recursos que em 2002 é criada a Renast, cujo objetivo era promover a articulação entre os centros de referência em ST e os programas de ST existentes para organização das ações e propiciar visibilidade a área dentro do SUS. Essa organização se daria de forma articulada entre a APS e ESF, os centros de referência e a rede de média e alta complexidade (LEÃO e VASCONCELLOS, 2011).

A Renast, já em sua criação, propunha o desenvolvimento de ações de ST de forma articulada com a APS e a ESF. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) reafirma essa proposição ao definir como uma de suas estratégias para a estruturação da Renast na Rede de Atenção à Saúde o desenvolvimento de ações de ST junto a APS que envolvem ações de vigilância

epidemiológica (vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho); ações de vigilância sanitária (intervenções sobre os fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho); acompanhamento dos indicadores de saúde (avaliação da situação de saúde). No entanto, a institucionalização dessas ações tem se mostrado, conforme já colocado, assistemáticas e descontinuas (SILVA e DIAS, 2013). Essa dificuldade, em parte, pode estar relacionada ao fato da Renast não atuar a rigor como uma rede, ou seja, um arranjo organizacional democrático, horizontalizado e participativo. Leão e Vasconcellos, 2011 elencam alguns pontos que podem corporificar a afirmação acima: 1. ausência de concepção de integralidade, não se colocando como estratégia estruturante e transversal às ações de saúde; 2. foco na assistência, onde a denominação de “centro de referência” por si transparece a perspectiva de ambulatório e centro de especialidade; 3. Ausência de mecanismos efetivos de articulação e comunicação, caracterizada pelo isolamento e distanciamento entre os centros de referência que atuam de forma desuniforme; 4. Heterogeneidade da inserção institucional dos centros de referência, caracterizada pelas formas distintas de vinculação dos centros à estrutura organizacional do SUS nas secretarias estaduais e municipais; 5. reconhecimento impróprio dos membros dos Cerest em relação ao seu papel, gerado pela falta de clareza em relação a missão institucional da Renast e não superação da etapa de debate estrutural sobre o desenvolvimento de suas ações; 6. ausência de uma missão estruturante, a não compreensão de que a Renast é uma estratégia para a inserção das relações entre saúde e trabalho no SUS.

Como já colocado, a criação da Renast possibilitou o avanço no desenvolvimento de ações de ST no SUS. Na APS, Silva e Dias (2013), identificam uma série de dificuldades e desafios para o desenvolvimento de ações direcionadas à ST. Tais como: o critério de adstrição das famílias às equipes de saúde, por domicílio no território; a alta rotatividade dos profissionais, fruto da ausência de um plano de carreira; infraestrutura deficiente; condições inadequadas de trabalho; hegemonia no desenvolvimento de ações assistenciais; sobrecarga de trabalho; e o não reconhecimento do usuário como trabalhador, decorrente da tentativa de evitar os conflitos éticos e políticos presentes na área de ST, da preparação inadequada da equipe ou da ausência de um suporte técnico e pedagógico. Para superar essas dificuldades e desafios e garantir atenção integral à ST, faz-se necessário a

incorporação ações de ST na APS de forma estruturada e sistemática para o alcance da promoção, proteção e, conseqüente, redução da morbimortalidade decorrente do modo de produção adotado.

Segundo Pessoa e colaboradores (2013), as observações e resultados parciais dos estudos de caso desenvolvidos com o objetivo de identificar experiências desenvolvidas por equipes da APS relacionadas ao cuidado de usuários trabalhadores confirmam a existência destas nas regiões norte, nordeste e sudeste do Brasil, no entanto, destacam os autores que tais experiências não conseguem se institucionalizar devido a questões relacionadas ao contexto (político, organizacional, gerencial dentre outros) onde estão inseridas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Conhecer as interações estabelecidas entre os atores sociais, os componentes das intervenções e o contexto de implantação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

3.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar os componentes constituintes das intervenções direcionadas para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde.
- b) Descrever o contexto onde essas intervenções foram realizadas.
- c) Descrever as interações estabelecidas entre os atores sociais, os componentes das intervenções e o contexto onde foram desenvolvidas com vistas a identificar os facilitadores e barreiras no desenvolvimento de ações de ST na APS.

4. METODOLOGIA

4.1. Meu lugar como pesquisadora

Este estudo nasce da vivência da pesquisadora enquanto profissional de um Cerest Estadual que tem entre as suas atribuições, conforme PNSTT, a de ser um centro articulador e organizador das ações de ST intra e intersetorialmente, atuando como retaguarda técnica através do desenvolvimento do apoio matricial. Vivência que gerou algumas inquietações e questões sobre como efetivar essa atribuição, ou seja, como descentralizar as ações de ST no SUS e garantir a integralidade na atenção em todos os níveis (primário, secundário e terciário).

O interesse para realização desse estudo parte dessas inquietações que são compartilhadas com colegas de trabalho e do grupo de pesquisa. Pessoas engajadas na luta pela saúde dos trabalhadores que sonharam e desenvolveram o Projeto de Reabilitação de Trabalhadores com Ler/Dort¹ enfrentando os desafios e as pressões durante o processo.

Parte da construção do processo de avaliação dessa experiência que proporcionou a aproximação a temas como avaliação de programas, planejamento, modelização de intervenções no sentido de compreender o que foi realizado e como seria possível repassar para outros.

Parte do desejo de contribuir para o campo da Saúde do Trabalhador que vem sofrendo com a perda de profissionais experientes, de histórias e experiências não registradas, da esperança frente a atual realidade. Mas também da força e empenho dos que ainda estão e não desistiram de sonhar.

Parte também da constatação, mediante a leitura de experiências publicadas relativas ao desenvolvimento de ações de ST na APS, que apesar do respaldo legal, a descentralização das ações de ST na APS não conseguem ser institucionalizadas, mantendo, conforme Dias e Silva (2013), um caráter assistemático e de descontinuidade.

4.2. O percurso metodológico

¹ Projeto desenvolvido pelo grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) em parceria com o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – Cesat/Bahia em uma empresa do comércio varejista de Salvador no período de 2010 à 2012.

Conforme a caracterização anterior das ações de ST na APS assumisse que compreender esse fenômeno requer uma aproximação às intervenções desenvolvidas e aos profissionais que as desenvolveram. Optou-se aqui pela perspectiva construcionista social que busca explicar os processos que as pessoas utilizam para descrever e explicar a si mesmas e ao mundo em que vivem. Ou seja, para essa perspectiva pós-modernista o conhecimento é fruto de um processo relacional, é uma construção social que tem significado para uma coletividade em um determinado momento e contexto histórico e cultural. Significado que emerge a partir da interação com a realidade, sendo, portanto construído e expresso por meio da linguagem. Desse modo, a compreensão do fenômeno implicará no envolvimento dos atores com o processo de pesquisa buscando ampliar a compreensão das representações sociais (SCHWANDT 2010; GUBA e LINCOLN, 2011; DENZIN e LINCOLN, 2011).

A Pesquisa Qualitativa (PQ) não tem como objetivos medir eventos utilizando-se de métodos estatísticos para a análise dos dados produzidos. Seu interesse é amplo, a produção de dados se dá por meio do contato direto entre o pesquisador e a situação objeto de pesquisa no sentido de descrevê-la e compreendê-la a partir da perspectiva dos participantes para então situar a sua interpretação do fenômeno estudado (NEVES, 1996).

Trata-se de um estudo com abordagem descritiva e exploratória, pois segundo Gil (2008) tal abordagem preocupa-se com a atuação prática. Ainda, segundo o autor, o caráter descritivo buscará identificar as características do fenômeno estudado e o exploratório, maior familiaridade com este. Essa abordagem coaduna com os objetivos desse estudo de conhecer as interações que se estabelecem entre os atores e o contexto de desenvolvimento de ações de ST na APS na perspectiva de buscar identificar seus componentes que possam favorecer a institucionalização dessas é buscar meios de tornar a atuação prática de dois campos da saúde (ST e APS).

Tomando como bússola esses referenciais, foram adotadas como estratégias metodológicas a revisão e síntese da literatura e a interlocução com atores e autores.

A revisão da literatura teve como pergunta orientadora “Quais e como foram desenvolvidas intervenções em ST na APS publicadas por meio de artigos e ou

estudos acadêmicos (Dissertações e Teses) no período compreendido entre 2000 e 2017?.

Esse processo trabalhoso, mas fundamental permitiu identificar a existência de uma gama de documentos científicos e publicações diversas que abordam as mais variadas questões relacionadas à saúde do trabalhador e a atenção primária à saúde. No entanto, o foco desse estudo era localizar documentos que relatassem experiências de desenvolvimento de ações de ST na APS. Ou seja, intervenções com ações organizadas para modificar uma situação problema, onde fosse possível identificar os cinco componentes de uma intervenção (estrutura, atores, processos de ação, finalidades e ambiente).

A definição do período levou em consideração o estudo desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, por solicitação do Ministério da Saúde em 2007, intitulado *“Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica – estratégia de Saúde da Família – no Sistema Único de Saúde (SUS)”* que realizou uma revisão da literatura técnico-científica englobando o período de 2000 a 2012 (DIAS e SILVA, 2013). A intenção foi expandir o período de busca, tendo como critério identificar documentos que descrevessem intervenções em ST na APS.

O levantamento foi realizado no período de fevereiro a abril de 2018 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO; Portal de teses e dissertações da CAPES; na base de dados LILACS; e no web site do Google Acadêmico. Foram capturados todos os documentos gerados pela busca mediante a combinação dos descritores, Conforme Quadro1.

Quadro 1 - Processo de pesquisa: descritores e combinações

Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde	Interseção	Saúde do Trabalhador
		Vigilância em Saúde do Trabalhador
		Descentralização
		Desconcentração

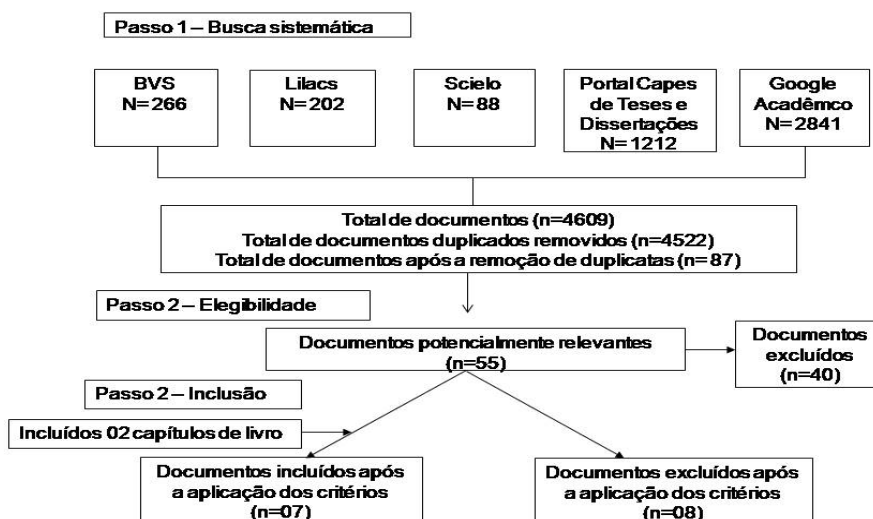
Foram adotados como critérios de elegibilidade: (a) estudos/publicações em português, inglês e espanhol; (b) disponíveis na íntegra; (c) estudos/publicações que abordassem o desenvolvimento de ações em ST na APS; (d) no período de 2000 a 2017, no Brasil.

Como critérios de inclusão, além dos acima citados, foram também considerados aqueles onde há a descrição do processo de intervenção e a participação dos autores no desenvolvimento da mesma.

Cabe ressaltar que esse estudo considera intervenção como sendo um conjunto de ações organizadas em um período de tempo e local específico que visa modificar uma situação problema, possuindo cinco componentes (estrutura, atores, processos de ação, finalidades e ambiente) (CHAMPAGNE et al., 2016).

Sendo assim, foram excluídos todos os documentos que não atendessem aos critérios acima, os estudos teóricos e de revisão, bem como os repetidos nas bases de dados Figura 1. No entanto, é importante salientar que muitos dos documentos excluídos permitem a compreensão dos contextos onde algumas ações de ST são desenvolvidas; os tipos de ação; a percepção dos profissionais, tanto da APS como da ST; a condição de saúde dos profissionais de saúde da APS; apresentação de proposta de educação, mapeamento de processos produtivos, levantamento de notificações pela APS; dentre outros.

Figura 1–Fluxograma do processo de busca da literatura



Nessa perspectiva foi realizada a leitura dos documentos considerados elegíveis e definiu-se pela escolha de três intervenções de ST na APS. Duas dessas intervenções, além de terem artigos publicados, também foram alvo de estudos de dissertação e compõem o livro organizado por Elizabeth Costa Dias e Thais Lacerda e Silva, em 2013 *“Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas”*. Tabela 1

Quadro 2 – Documentos selecionados

Nº	Autores (Ano)	Título	Tipo de documento
1.	Dias; Bertolini; Pimenta (2011)	Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal	Artigo
2.	Balista; Santiago; Corrêa Filho (2011)	A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo	Artigo
3.	Balista; Santiago; Corrêa Filho (2011)	A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo	Artigo
4.	Balista (2008)	A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no SUS-Campinas	Dissertação
5.	Lazarino (2017)	Apoio técnico pedagógico para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção básica: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Betim	Dissertação
6.	Almeida e Reis (2013)	O cuidado à saúde do trabalhador na rede SUS Betim e microrregião: a atuação do Cerest	Capítulo de livro
7.	Dias; Bertolini; Pimenta (2013)	Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no município de Amparo: ações desenvolvidas e dificuldades superadas	Capítulo de livro

As intervenções alvo desse estudo foram realizadas nos municípios de Amparo, Betim e Campinas. Tais experiências foram selecionadas por serem intervenções complexas que apresentam uma diversidade de atividades, finalidades, atores envolvidos e que sofrem influência do contexto onde acontecem (CHAMPAGNE, et.al., 2016). Salienta-se que a escolha da experiência de Campinas levou em consideração os critérios acima citados e algumas especificidades que serão tratadas nos capítulos posteriores.

Após a identificação das experiências foi realizada uma leitura profunda orientada pelos pressupostos da avaliação de programas no sentido de extrair dos documentos os cinco componentes da intervenção, o contexto onde aconteceram e a lógica proposta pelos autores/atores para a solução da situação problema.

Foi também realizada a leitura dos Planos Anuais das secretarias de saúde dos municípios nos quais as experiências ocorreram, artigos que apresentavam a percepção dos profissionais sobre o desenvolvimento de ações de ST na APS, informes e jornais das prefeituras, apresentações dessas experiências (disponibilizadas on-line).

A etapa seguinte, interlocução com atores/autores das experiências selecionadas, foi iniciada com a busca dos contatos dos mesmos nos documentos selecionados. Foi também realizada uma busca através do Curriculum Lattes e redes sociais. Identificados os contatos foram enviados convites, via *e-mail*, para participação nas entrevistas.

As entrevistas foram semi-estruturadas, ocorreram entre 11/2018 e 03/2019 num total de nove entrevistas. Elas abrangeram os autores/atores das experiências, bem como dois atores que participaram de duas das experiências, indicados por atores entrevistados, atuando na APS, mas não tem nenhuma publicação sobre as mesmas. Cabe salientar que parte das entrevistas realizadas só foi possível pela generosidade dos primeiros entrevistados que prontamente se disponibilizaram e construíram uma rede de contatos pelo *Whatsapp* o que facilitou o contato com os demais entrevistados.

Foram realizadas 08 entrevistas utilizando-se os recursos tecnológicos *Skype* e *Whatsapp*, pois os participantes residem em outros estados. As entrevistas foram realizadas após a aceitação expressa do entrevistado e assinatura do TCLE que foram encaminhados aos entrevistados por e-mail antes da realização das mesmas. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Ressalta-se que antes da transcrição.

Os entrevistados foram identificados pelas letras do alfabeto de acordo com a ordem na qual as entrevistas aconteceram: a 1ª A, a segunda B e assim sucessivamente.

Na análise das entrevistas, na leitura dos documentos selecionados, e dos documentos oficiais buscou-se apreender o processo de construção, implementação, bem como o contexto à época e o atual. Tal apreensão foi orientada pelos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) elaborado por

Carlos Matus (ARTMANN, 2001) (TEIXEIRA, 2010) e do Apoio Matricial (CAMPOS, 1999; 2012) (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O PES é um método de planejamento que trabalha por problemas e busca abordá-lo em suas diversas dimensões (políticas, econômicas, sociais, dentre outras) e intersectorialidade, por entender que a solução de um problema está fora da área que o identifica enquanto problema (ARTMANN, 2001).

Teixeira (2010) coloca que a proposta de Matus possui três eixos centrais o conceito de situação, problema e ator social. Na perspectiva de Matus situação representa um ou mais problemas que são identificados e analisados pelo ponto de vista de um determinado ator social. O problema é algo que foge a normalidade definida por um ator social a partir de seus conhecimentos, interesses e capacidade de ação. E ator social pode ser uma pessoa, um conjunto de pessoas ou uma instituição que possa interferir na situação.

A proposta metodológica do PES compreende quatro momentos: a identificação do problema e sua compreensão; o momento normativo onde se dá proposta de ação, ou seja, o planejamento da intervenção; o estratégico que corresponde ao processo de criação de viabilidade do que foi planejado; e o momento tático operacional que consiste no acompanhamento, monitoramento e avaliação da intervenção planejada (ARTMANN, 2001) (TEIXEIRA, 2010).

Segundo Teixeira (2010) o Triângulo de Governo proposto por Matus é composto pelo projeto de governo que é o conteúdo da proposta de ação, a capacidade de governo que são as habilidades e experiência do ator; e a governabilidade que são as variáveis que podem ser controladas pelo ator.

Os pressupostos do PES contribuíram na identificação e compreensão do problema que orientou o processo de elaboração da intervenção, o contexto, construção das articulações para dar viabilidade ao planejado, o acompanhamento e a avaliação que os entrevistados fizeram em relação a intervenção planejada.

O Apoio Matricial é definido como sendo um arranjo organizacional em saúde cujo objetivo é fornecer suporte técnico pedagógico às equipes de referência visando ampliar e qualificar as ações dessas equipes e promover o aumento da resolutividade (CAMPOS, 1999).

Campos (2012) coloca que trabalhar com o apoio matricial é trabalhar de forma orgânica, em rede. Salienta que o papel do apoiador é construir espaços coletivos onde estejam inseridos temas, análises, discussões, interpretações, deliberações, contrato conjunto e definição de tarefas. O apoio matricial consiste, portanto, em uma relação interprofissional em rede.

Essa relação interprofissional se dá entre o apoiador e a equipe de referência. A equipe de referência são os profissionais que tem sob sua responsabilidade o cuidado de um caso, uma família ou uma comunidade. É um rearranjo organizacional que visa quebrar a tradicional hierarquia entre os profissionais de saúde. O apoiador é um especialista em determinada área cujo conhecimento pode agregar e contribuir para o aumento da resolutividade. Nesse sentido o apoio matricial ao estabelecer essa relação interprofissional inverte a lógica da regulação uma vez que personaliza a referência e contrarreferência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Cunha e Campos, 2010 ao descrever o Método Paidéia ressaltam que este é uma forma de co-produção do conhecimento e de co-gestão, pois possibilita a construção de um conhecimento transdisciplinar. Esse conhecimento transdisciplinar poderá levar a construção da clínica ampliada onde o olhar vai para além da doença, busca identificar as possíveis situações de risco e vulnerabilidades as quais as pessoas estão expostas (CAMPOS e AMARAL, 2017).

Os pressupostos do Apoio Matricial orientaram o processo de análise no sentido de compreender, a escolha realizada pelos profissionais que desenvolveram as intervenções, das atividades e do modo de conduzi-las para a implantação das ações de ST na APS, tais como: a reorganização dos processos de trabalho nos Cerest para garantir o apoio técnico pedagógico; a criação de espaços coletivos de discussão, de deliberação, de definição de tarefas mediante a construção de um contrato conjunto.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo serão apresentados nos dois capítulos abaixo seguindo a seguinte orientação: o primeiro capítulo trará uma caracterização dos municípios onde foram desenvolvidas as intervenções selecionadas. O segundo capítulo buscará apresentar o problema disparador do processo de construção e proposição dessas, seus objetivos, as atividades desenvolvidas e a lógica do processo de intervenção. Tratará também da interlocução estabelecidas com os autores/atores identificando facilitadores, barreiras presentes durante o desenvolvimento das intervenções, as estratégias adotadas e a relação entre os autores/atores, o contexto e os componentes das intervenções.

5.1. CAPÍTULO I – Caracterização dos municípios de Amparo, Betim e Campinas

5.1.1. Amparo

O município de Amparo foi institucionalmente fundado em 8 de abril de 1829 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Está localizado no estado de São Paulo na região da Serra da Mantiqueira, possui segundo dados do *site* do IBGE Cidades, uma população estimada em 2018 de 71.700 pessoas. Ainda segundo o IBGE em 2016 a população ocupada correspondia a 37% da população total, com um salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,7 salários mínimos. Em 2010, 24,9% da população possuía um rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo.

Em 2016 (IBGE), o município possuía um total de 2629 empresas e outras organizações, destas 31,2% estão ligadas a atividade de “Comércio, reparação e veículos automotores e motocicletas”, 17,7% relacionadas à atividade de “Indústria de Transformação” e 10,7% à “Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura”, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE 2.0.

Em sua história política o município de Amparo possui uma longa relação de gestores nomeados desde sua criação. Na década de 1960, durante a ditadura militar, tal situação se repete, pois os prefeitos das capitais e estâncias hidrominerais como Amparo só podiam ser designados pelos Governadores Estaduais (GONÇALVES, 2016). Pimenta (2006) coloca que o município de Amparo tem como marca uma tradição política conservadora com pouca participação popular que se

perpetuou até 2001 quando o Partido dos Trabalhadores (PT) conseguiu eleger seu representante para a prefeitura se mantendo na gestão municipal por um período de 12 anos (2001 a 2012).

No momento atual a gestão municipal é administrada pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), cujo prefeito foi reeleito para o período de 2017 a 2020.

5.1.1.1. Saúde em Amparo

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em 1995 por decisão do prefeito à época, já que o Ministério da Saúde ainda não havia definido recurso financeiro para custeio do PSF. Em 2001, o município possuía 11 equipes de PSF com uma cobertura de 50% da população residente (PIMENTA, 2006).

Conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em março de 2019, o município possui um total de 274 estabelecimentos de saúde, sendo 20 Unidades Básicas de Saúde, um Posto de Saúde, dois Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e 21 Equipes de Saúde da Família. Segundo dados do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor), em fevereiro de 2019 a ESF faz a cobertura de 96,23% da população e a APS 100% da população do município.

5.1.1.2. Saúde do trabalhador em Amparo

As ações ST no município de Amparo foram iniciadas em 2003 com a incorporação de uma assessora em ST à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A proposição dessa assessoria foi a de que as ações de ST (controle das condições de trabalho e prevenção de doenças e acidentes de trabalho) fossem desenvolvidas a partir das equipes de Saúde da Família e da Vigilância Sanitária. Para tanto, foi iniciado um processo de capacitação dessas equipes que buscou abordar questões relativas às condições de trabalho a partir do território das unidades básicas e dos ambientes de trabalho com maior risco no município (PIMENTA, 2006).

Segundo Dias, Bertolini e Pimenta (2011), a proposição dessa inserção de ações de ST na APS foi articulada com o Colegiado de Saúde da Família, com as equipes das USF, com o envolvimento e capacitação para atuar na vigilância de ambientes e processos de trabalho da Vigilância Sanitária e Epidemiológica do

município. Um marco importante em 2003 foi a realização do Primeiro Encontro de Saúde do Trabalhador cuja organização envolveu tanto a SMS de Amparo como sindicatos dos metalúrgicos, químicos e da indústria de alimentos, com o objetivo de provocar a discussão da temática (ST) com outras instituições, os profissionais de saúde e a sociedade (DIAS, BERTOLINI, PIMENTA, 2013).

Conforme relatos dos participantes A e B que atuaram no processo de implantação de ações de ST na APS, a decisão de desenvolver as ações acima parte da secretária de saúde do município à época. Gestora com formação de ST, ampla experiência de gestão no SUS e, que enquanto secretária municipal de saúde de Bauru implantou o Ambulatório de Saúde do Trabalhador em articulação com o movimento sindical. Essa compreensão fez com que essa gestora solicitasse a implantação do Cerest em Amparo, apesar do município não atender aos critérios estabelecidos à época pelo MS. Os relatos indicam que a vontade política, de desenvolvimento de ações de ST no município, mesmo sem o Cerest, e o compromisso de assumir o suporte técnico em ações de ST nos 16 municípios que comporiam a área de abrangência do Cerest foram fatores decisivos para a implantação. Este foi então inaugurado em 2004, já habilitado pela Renast, um ano após o início de ações de ST no município. Sendo assim, o Cerest de Amparo nasce como retaguarda técnica para a assistência (a porta de entrada é a APS) e de vigilância em ambientes e processos de trabalho para a Vigilância Sanitária e Epidemiológica (DIAS, BERTOLINI, PIMENTA, 2013).

Cabe ainda ressaltar que a secretaria de saúde implantou uma gestão colegiada com a criação de dois colegiados no município o da Equipe Central da Secretaria e o de Coordenadores de Saúde da Família, cujo objetivo era favorecer a produção do cuidado e buscando agilizar a tomada de decisões (PIMENTA, 2006). Tendo em conta a tradição política conservadora do município a gestão da SMS de Amparo coloca-se como um projeto contra-hegemônico.

5.1.2. Betim

O município de Betim foi criado em 17 de dezembro de 1938, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Em 2016, possuía 110.775 pessoas ocupadas que equivale a 26,2% em relação à população geral do município. O salário médio mensal é de 3,7 salários mínimos. Em 2010, o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo é de

33,7%. Possui uma população estimada em 2018 de 432.575 pessoas (IBGE Cidades).

Em 2016, segundo dados do IBGE, o município possuía 6995 empresas e outras organizações, destas 35,9% estão relacionadas à atividade de “Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas”, 11,6% relacionadas à atividade de “Indústria de Transformação” e 11% à atividade de “Transporte, armazenamento e correio”, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE 2.0.

O município de Betim em sua trajetória política, segundo Silva (2016) não difere de outras regiões do Brasil, em relação à importância do apoio dos tradicionais grupos familiares com acesso aos mecanismos políticos. Grupos que podem criar redes de relações que possibilitem a manutenção do comando do jogo político.

Apesar de o município ter uma forte participação sindical, representada principalmente pelo Sindicato dos Metalúrgicos, entre 1996 e 2016 a gestão municipal foi assumida quatro vezes por partidos ditos de direita (Partido Liberal - PL, atual Partido da República - PR; Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB e; Partido Humanista da Solidariedade - PHS) e, apenas duas vezes por partido de esquerda (Partido dos Trabalhadores). Atualmente a gestão municipal é administrada pelo PHS.

5.1.2.1. Saúde em Betim

Devido às críticas feitas por estudiosos como Merhy e Franco à proposta do PSF elaborada pelo Ministério da Saúde na década de 1990. Alguns municípios, dirigidos pelo PT, desenvolveram programas alternativos ao PSF, dentre esses o de Betim (Brasília, 2010). Esse programa alternativo está descrito em Franco, Bueno e Merhy (1999) e consistia na implantação do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com estratégia de inversão do modelo técnico assistencial médico centrado para o usuário-centrado. A ESF só é de fato implantada em Betim em 2004.

Conforme CNES, em março de 2019, o município possui um total de 306 estabelecimentos de saúde, sendo 35 UBS, 09 NASF e 106 Equipes de Saúde da Família. Segundo dados do e-Gestor em fevereiro de 2019 a ESF fazia a cobertura de 78,16% da população e a APS 95,33% da população do município.

5.1.2.2. Saúde do trabalhador em Betim

Segundo Almeida e Reis (2013), as ações de ST foram implantadas no município em 1994, mediante a realização de inspeções em ambientes e processos de trabalho pela Vigilância Sanitária. Continuam as autoras relatando que em 1995 foi criado o Serviço de Referência em Saúde do Trabalhador (SER-SAT). Esse serviço atendeu a demanda do Sindicato dos Metalúrgicos, estava vinculado à média e alta complexidade, passando também a realizar ações de assistência aos trabalhadores. Em 2002, após a criação da Renast, o SER-SAT foi habilitado como Cerest com 13 municípios compondo a sua área de abrangência (LAZARINO, 2017).

Em 2007, após a designação de um profissional do Cerest para atuar como RTST no município, possibilitou a discussão sobre o papel do Cerest. A participação dessa RTST propiciou a equipe um conhecimento da rede SUS de Betim e deu visibilidade à ST, pois a participação se dava nos fóruns de discussão com referências técnicas de outros programas desenvolvidos pela SMS, bem como a participação no Conselho Gestor. As discussões fomentadas pela RTST no âmbito do Cerest levaram a compreensão de que o Cerest não é o único responsável pelo desenvolvimento de ações de ST, mas sim toda a rede SUS, prioritariamente a APS (ALMEIDA, REIS, 2013).

Tal compreensão levou a equipe do Cerest a desenvolver uma série de articulações intra e intersetoriais que potencializasse uma mudança nos processos de trabalho da equipe com o objetivo de inserção de ações de ST na APS e o cumprimento de seu papel de referência técnica especializada à rede. Tais articulações tiveram como resultados uma mudança na estrutura organizacional da SMS com a manutenção da Gerência do Cerest na Diretoria de Atenção Especializada; a criação da Gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador ligada a Diretoria de Vigilância Sanitária; a Referência Técnica dos Agravos da ST ligada a Diretoria de Vigilância Epidemiológica; a inserção das ações de ST nos Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão, a partir de 2007. Em 2010, ocorre a implantação da CIST (ALMEIDA, REIS, 2013).

Um marco significativo para a ST em Betim foi a participação da equipe do Cerest no Fórum de Discussão da APS, em 2010, a convite da Coordenação da APS. Nesse fórum foram discutidas e pactuadas três macroações a serem desenvolvidas pela APS e Cerest como um elenco de ações mínimas de ST a ser

desenvolvidas pela APS, o levantamento das atividades produtivas presentes nos territórios das unidades no momento de construção da caracterização deste e o matriciamento do Cerest às equipes da APS (ALMEIDA, REIS, 2013).

5.1.3. Campinas

A Vila de São Carlos foi elevada a condição de município denominado como Campinas em 1842 (IBGE Cidades). O município fica a 97 km da capital São Paulo. Em 2016, possuía 462.579 pessoas ocupadas representando uma proporção de 39,4% em relação população total do município, com um salário médio mensal de 3,8 salários mínimos. 30,2% da população possuía um rendimento nominal mensal per capita de ½ salário mínimo, em 2010 (IBGE Cidades).

Segundo o IBGE, em 2016, Campinas possuía 45.789 empresas e outras organizações dessas 33,9% são atividades relacionadas ao de “Comércio, reparação e veículos automotores e motocicletas”, 13,5% a “Atividades administrativas e serviços complementares” e 7,9% a “Atividades profissionais, científicas e técnicas”, segundo CNAE 2.0.

A história política de Campinas é marcada (CAMPOS, 2015), em especial na década de 1970, pela luta por políticas públicas inclusivas, como, por exemplo, na área da saúde e habitação. Sua trajetória política é marcada por fatos que influenciaram significativamente os avanços e retrocessos sociais e das políticas públicas municipais. Segundo relato de atores que viveram essa trajetória, o declínio das conquistas sociais no município tem como marco o assassinato do prefeito Antônio da Costa Santos (PT) durante seu primeiro ano de mandato. Após esse episódio e a sucessão de gestores municipais envolvidos em processos que levaram a cassação de mandato, além de denúncias de corrupção, provocaram a desestruturação da máquina pública.

5.1.3.1. Saúde em Campinas

O PSF foi implantado em Campinas em 1995, a partir do processo de discussão para solucionar o problema de assistência médica na microrregião de Campo Grande². Fruto desse processo de discussão surgiu a proposição de promoção de cooperação entre três unidades de saúde para disponibilização de

² Microrregião do município de Campinas cujo território, em 1995, era coberto por 5 Centros de Saúde (MARQUES, 2013).

consultas médicas (Projeto Campo Grande)³. Apesar da cooperação estabelecida e de outras estratégias adotadas, o problema persistia e a proposição de implantação do PSF na microrregião de Campo Grande foi apresentada como a solução para o problema, tendo sido aprovada pelo Conselho Gestor do Centro de Saúde de Campo Grande (MARQUES, 2003). Continua a autora, relatando que o PSF foi expandido em Campinas, mas com baixa resolutividade e enfrentando problemas estruturais. A partir de 2001 o município adota o Apoio Matricial como uma política da SMS, promovendo capacitações dos profissionais da rede, no entanto, a partir de 2005 a redução de investimento na Atenção Básica e a precarização das condições de trabalho prejudicaram o desenvolvimento do matriciamento no município (CASTRO, OLIVEIRA, CAMPOS, 2016).

Dados do CNES indicam que em março de 2019 o município possuía 2584 estabelecimentos de saúde, destes 67 são UBS. Segundo o e-Gestor, em fevereiro de 2019 a ESF fazia a cobertura de 39,61% da população e a APS 50,38%.

5.1.3.2. Saúde do trabalhador em Campinas

Ações de ST são iniciadas em Campinas em 1987, após demanda sindical apresentada na Pré-Conferência de Saúde do Trabalhador de 1986, com a criação do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) e a inauguração do Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Campinas. Em 1997, passa a ser uma unidade de gestão municipal e abrangência regional, passando a ser denominado como Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Apenas em 2003, um ano após a criação da Renast, o CRST de Campinas foi habilitado e, em 2006 passou a adotar a denominação Cerest, conforme preconiza a Renast (MEDEIROS, 2001; BALISTA, SANTIAGO, CORRÊA FILHO, 2011).

O processo de inserção de ações de ST pelo Cerest foi iniciado em 1994 com a descentralização do atendimento aos casos de Acidente de Trabalho (AT) para a APS. Em 1998, a descentralização das ações de assistência às doenças relacionadas ao trabalho. Em 2006, ocorre o processo de descentralização da

³ O Projeto Campo Grande foi desenvolvido no município de Campinas no ano de 1995 e visava possibilitar a cooperação entre os Centros de Saúde da microrregião Campo Grande para melhorar o serviço de assistência à população mediante a disponibilização de consultas médicas e incentivo a participação da comunidade. (MARQUES, 2013).

Vigilância em Saúde do Trabalhador com a realocação de técnicos do Cerest para as equipes de vigilância distritais (BALISTA, 2008).

O Cerest de Campinas desde sua fundação teve como lastro de sustentação o movimento sindical que atuou como co-gestor, pois, conforme coloca Medeiros (2001), o centro sempre foi alvo de baixo interesse e investimento da gestão municipal. Continua este afirmando que essa posição da gestão levou o Cerest a conviver com a descontinuidade de suas ações a depender da gestão municipal. Associado a isso a conformação do Cerest, que é anterior ao SUS, e visava contemplar a integralidade da atenção mediante a realização de ações de assistência, vigilância e educação em saúde a partir de uma equipe multidisciplinar, levou ao esgotamento da capacidade assistencial do Cerest, na década de 1990, fruto da alta demanda por investigação de Acidentes de Trabalho e a explosão das Lesões por esforço repetitivo/Distúrbio ósteomuscular relacionado ao trabalho (Ler/Dort).

Outro ponto que merece destaque é que o Cerest de Campinas perdeu poder de articulação política para promover mudanças nos ambientes de trabalho devido ao recuo do movimento sindical em relação ao debate saúde e trabalho. Tal recuo se deu frente ao processo de reestruturação produtiva que fez deslocar as ações sindicais para luta pela garantia de emprego (Medeiros et. al., 2013).

Desse modo a trajetória do Cerest de Campinas é marcada pela sua marginalidade em relação ao SUS do município, precarização das condições de trabalho com baixo investimento pela gestão. Mas também por uma atuação de luta pelos direitos dos trabalhadores, por parte dos profissionais, com estabelecimentos de relações intersetoriais como estratégia de garantia da saúde dos trabalhadores (MEDEIROS, 2001).

Os pontos acima citados e o fato de Campinas ser uma cidade de grande porte e história política intensa são as especificidades que levaram a escolha dessa experiência.

5.2. CAPÍTULO II - As intervenções de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde em Amparo, Betim e Campinas

Como já colocado, as intervenções de ST são complexas e permeadas pelo contexto onde ocorreram. Tais intervenções se colocam no interior de uma arena social complexa que envolve a interação e negociação entre diversos atores, cada ator com suas crenças, valores e objetivos e dos mesmos com os diversos contextos presentes (econômico, político, social). Interações que podem viabilizar, dificultar e até impedir a sua efetivação.

Devido a essa complexidade torna-se um desafio “romper as caixas pretas” dessas intervenções de ST na APS, buscando identificar os elementos essenciais que possibilitem a replicação ou adaptação dessas intervenções em outros contextos produzindo resultados semelhantes aos demonstrados na intervenção original (COSTA-BLACK, 2013).

O presente estudo buscou identificar nas intervenções, mediante a leitura dos documentos selecionados e das entrevistas realizadas, as referências básicas das intervenções: o problema, seus descritores, os objetivos, público-alvo e beneficiários. Buscou-se também identificar os componentes (estrutura, atores, processos de ação, finalidades e ambiente) de cada intervenção e o encadeamento lógico que orientou o desenvolvimento destas.

A construção das referências básicas foi adotada no presente estudo por possibilitar a compreensão do momento inicial onde se deu a concepção da intervenção e a perspectiva do que se pretendia alcançar ao desenvolver as atividades previstas. Foi orientada pelos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

A modelização de intervenções orientou a identificação dos componentes das intervenções estudadas. Essa proposta além de possibilitar a identificação dos insumos, atividades e objetivos da intervenção, pode contribuir para a sequência lógica das atividades e os objetivos almejados (CHAMPAGNE et al., 2016). A construção do Modelo Lógico foi adotada por permitir a visualização da forma como cada intervenção foi estruturada (HARTZ e SILVA, 2005).

5.2.1. - A interlocução com os autores/atores

A interlocução com os autores/atores das intervenções estudadas possibilitou a construção das referências básicas, da sequência lógica das intervenções e identificação dos componentes essenciais (anteriormente apresentados). Trouxe também uma compreensão do contexto municipal à época, os facilitadores e barreiras e a relação estabelecida entre os atores com o contexto e os componentes das intervenções.

Em relação ao contexto à época das intervenções foi possível perceber que em dois deles havia contextos favoráveis pautados em uma gestão que apoiava o processo de descentralização do SUS e aí inseridas as ações de ST. Nesses a gestão colegiada era adotada pelas SMS.

E aí em 2007, eu assumi a Referência Técnica em Saúde do Trabalhador. E quando eu assumi essa referência eu comecei a participar de reuniões com as outras referências técnicas do município. Eu não sabia muito bem como era isso, mas eu tinha reuniões com as referências da Saúde da Mulher, da Criança, da Saúde do Idoso. (C)

Tinha portarias saindo, tinha gente nova chegando e tinha o município querendo essas ações na rede. E eram todas as ações, não era só a saúde do trabalhador. A secretaria municipal de saúde estava constituindo suas referências técnicas de todos os programas e querendo que essas referências interagissem com a rede de atenção. (F)

Então claro que a AB era a estrutura mais importante da rede de saúde municipal. Então tendo essas pessoas que eram concursadas, ...não era nem o município que tinha o salário mais alto, mas era um município que investia em saúde, investia na educação permanente dos funcionários todos, mas particularmente, na saúde. Havia assim uma preocupação, fazia parte da estratégia de gestão de investir nisso...Então muitas pessoas que trabalhavam na rede explicitavam isso, ora não é o que paga mais, mas a gente tem uma gestão colegiada, porque havia vários coletivos, era uma gestão mais participativa também. (A)

Campos (2013) coloca que os coletivos organizados possuem duas racionalidades a de produzir valores de uso e de garantir sua sobrevivência, ou seja, de produzir sujeitos para garantir a reprodução dos próprios coletivos. Em espaços democráticos onde há o reconhecimento dessa polaridade a co-gestão possibilitará

a mediação dos conflitos de interesses, pois toma os trabalhadores como sujeitos sociais. A co-gestão se propõe a estabelecer uma correlação de forças mais equilibradas valorizando o trabalho e o trabalhador.

Entretanto, cabe salientar que em um dos municípios essa forma de gestão era fortemente questionada.

O gestor municipal apoiava, mas a gente tinha que enfrentar a Câmara de Vereadores, os jornais da cidade para fazer esse SUS democrático. (H)

Os empresários chegavam dentro do Cerest reclamando que tal unidade estava emitindo muita CAT.(F)

Havia um slogan de eleição que dizia 'que era para o município crescer, para as empresas trabalharem em paz, para estabelecer um diálogo com a fiscalização', como se a gestão que nós estávamos dificultasse que os empresários crescessem. (F)

As falas acima refletem a questão do poder do “típico empresário brasileiro” legitimado por acordos políticos e jurídicos. No capitalismo brasileiro esse poder foi herdado de um passado escravocrata, latifundiário que se transpôs as indústrias e empresas (de grande, médio ou pequeno porte). É esse poder legitimado que definirá quem manda e quem obedece quem deve ser incluído ou excluído. É esse poder que contesta a legislação, a proteção social, que “engessa” o mercado e impede o crescimento das empresas. (SOUZA, 2009) (SOUZA, 2017) (TEIXEIRA et. al., 2017).No referido município o questionamento da forma de gestão levou a um processo de desmonte da ST, conforme relato.

O governo não investe. Muda o serviço de uma área nobre, perto dos sindicatos e bota no porão de um hospital conveniado. Muda as pessoas com experiência, não perpetua a experiência. Hoje eu encontro os amigos e 'Fui transferido', isso é o que, é para não acontecer, é sucatear o serviço. É acontecer um acidente fatal e a fiscalização ser impedida de entrar na empresa. (G)

O terceiro município tem um contexto político desfavorável para a ST como um todo.

Em 20 anos de trabalho lá com o Cerest eu diria que nós tivemos três ou quatro momentos políticos favoráveis. E não duraram mais que um ano, quando muito...É trágico porque mesmo nos

governos..., quando tinha um colega altamente especializado em saúde do trabalhador que virava secretário, a saúde do trabalhador se ferrava...Tanto que no último desgoverno...entrou um cara legal, mas que ferrou com todo mundo, desmontou o Cerest, tentou privatizar. (D)

Nós tínhamos um Cerest já constituído, tínhamos uma equipe de vigilância...E a proposta sempre foi a gente trabalhar de forma bem integrada...Houve uma mudança de gestão e aí fizeram. Foi uma coisa sorrateira eu diria. Nossos parceiros da noite para o dia, sem discutir com o Cerest, sem construir o processo, baixou um decreto 'A vigilância em saúde do trabalhador está descentralizada' e a descentralização o que foi? Pegaram essa equipe, a nossa equipe de vigilância e fragmentaram, distribuíram. (E).

Nesse município as ações de ST estão colocadas em um contexto que, mesmo não provocando a dissolução dessas ações, as tornam pontuais. Segundo Baptista e Mattos (2015) o processo de implementação de uma política, aqui traduzida em uma intervenção não se restringe ao 'cumpra-se', pois ela é permeada por diversas estratégias, interesses e atores envolvidos que podem influenciar de forma decisiva nos caminhos ou direções da intervenção, bem como no sucesso ou não desta. De fato no município em questão os profissionais têm que enfrentar no seu cotidiano uma situação de desmonte da rede pública e a progressiva privatização dessa rede por meio das Organizações Sociais (OS). Política adotada no estado e refletida no município (LIMA, 2018).

A interlocução com os autores/atores permitiu a identificação de alguns facilitadores e barreiras para o desenvolvimento de intervenções para a inserção da ST na APS. Estas estão colocadas no quadro abaixo:

Quadro 3– Facilitadores e barreiras a inserção de ações de ST na APS

Facilitadores	Gestão colegiada
	Apoio da gestão a ST
	Apoio do controle social
	APS estruturada
	Educação permanente
	Equipes de saúde concursadas
	Protagonismo dos profissionais
	Apoio da academia
Barreiras	Ausência de apoio da gestão
	Gestão frágil

	Equipe do Cerest reduzida
	Ausência de apoio do controle social
	Rotatividade de profissionais na APS
	Despreparo dos profissionais em ST
	Impossibilidade da equipe do Cerest de gerenciar o recurso financeiro

Nas experiências estudadas a questão da gestão aparece como facilitador quando essa adota uma postura democrática de co-gestão, estruturando o trabalho de toda SMS em colegiados sejam técnicos, sejam de gestão direta. Salientam que além dessa postura é preciso que a gestão também reconheça a ST como uma ação do SUS, que a APS é a porta de entrada da saúde, que a ESF permitiu uma aproximação maior à realidade da população.

A questão é a gestão. Fazer ST é uma decisão política, não é só colocar no plano, mas é a gestão ser indutora das ações para que as ações que estão no planejamento aconteçam. (B)

Esse trabalho de co-gestão e da participação nos colegiados seja dos trabalhadores das unidades, seja ao nível da gestão central, ele foi fundamental para que a gente conseguisse difundir a ST nas práticas de saúde. (G)

O processo de co-gestão visa promover espaços de discussão onde o trabalho vivo em ato é tomado como referência com vistas a amplificação das vozes dos trabalhadores da saúde, conferindo a esses um maior grau de liberdade frente aos processos já instituídos no sentido de analisá-los e construir outros processos (Merhy, 1997).

A fragilidade da gestão e a ausência de apoio aparecem como barreiras para esse tipo de intervenção. Consideram uma gestão frágil aquela que não possui capacidade de articulação e negociação (interna e externa), principalmente em se tratando das questões de vigilância. Nesse ponto, Santos (2013) destaca a fragilidade dos gestores municipais de saúde que em geral são indicações política, muitas vezes desprovidas de uma visão técnica ampliada. A ausência de apoio como sendo uma barreira quase total, pois exige da equipe do Cerest uma maior capacidade de construir outras e variadas redes de apoio para conseguir atuar.

A secretaria municipal de saúde é uma colcha de retalhos. É um 'salve-se quem puder' cada um defendendo o seu pedaço, se olhar pelo lado bom, é tentando manter o mínimo de coisas a serem feitas. (F)

A saúde do trabalhador é marginal ao SUS porque na disputa por prioridades e por verbas ela não bate a porta das unidades sanitárias com demandas específicas que as pessoas não possam negar. O trabalhador está sofrendo, mas ele está lá dentro da fábrica. O cara está fazendo trabalho precário, mas ele está com um carrinho catando lixo. E na hora que você tem dinheiro sendo cortado, uma das áreas mais fáceis de você fechar é a saúde do trabalhador, porque já tem gente cuidando disso, os patrões ou o INSS. (D).

Outro ponto destacado como facilitador é o apoio do controle social no sentido de compreender que descentralizar ações de ST para a APS não significa deixar de assistir os trabalhadores. Mas é tentar chegar o mais próximo desses trabalhadores no território, pois é lá que se encontram os trabalhadores mais vulneráveis. Salientam que isso só é possível com uma APS estruturada, por isso colocam esse ponto como facilitador. E com uma equipe do Cerest com capacidade de resposta, em termos de quantitativo de pessoal, por isso a equipe reduzida do Cerest é um obstáculo. A falta desse apoio do controle social associado a ausência de apoio da gestão municipal é uma barreira completa ao desenvolvimento desse tipo de intervenção.

Uma vez que você descentraliza, você não descentraliza tudo você chama para você a responsabilidade. E essa responsabilidade quem vai segurar se você não tem equipe. (D)

Na época a gente articulou com o controle social, já tinha a CIST aqui e era ano de conferência e eu e a equipe do Cerest participávamos de todas. E eu dizia para o pessoal 'a gente precisa implantar o apoio matricial, o Cerest tem que ir as unidades, a rede tem que fazer saúde do trabalhador e aí isso apareceu como proposta e foi para a conferência. Porque eu falava isso em todas as plenárias que eu ia, mesmo sem saber muito bem sobre aquilo que eu estava falando, mas as pessoas cobraram. (F)

A educação permanente para toda a rede de saúde, incluídos aí os profissionais dos Cerest, é considerada como facilitador, pois um processo de educação horizontalizado, pautado na realidade do município e da microrregião implica em construção de ações mais efetivas e valorização do trabalho e do trabalhador. Destacam o apoio da academia tanto no processo de construção dessas intervenções, como no processo de formação dos técnicos da SMS.

A gente tinha educação permanente para os trabalhadores da saúde, mas era um espaço onde o trabalhador podia falar, era um espaço democrático. (B)

A Universidade sempre esteve muito próxima aos serviços de saúde, sempre muito ativa, participante ativa. E naquele período, sobretudo em relação à educação permanente em saúde. Então, por exemplo, uma coisa que aconteceu, naquela época, em educação permanente em saúde foi o curso de especialização em Saúde da Família, dentro da proposta de Educação Permanente em saúde no SUS. E no município grande parte dos enfermeiros dentistas e médicos fizeram esse curso. Então também isso traz uma questão de qualificação das equipes. (A)

Equipes de saúde concursadas com estabilidade foi considerada como um facilitador, pois a estabilidade pode dar maior possibilidade de ação aos trabalhadores, mas salientam que isso só se torna um facilitador quando há uma gestão mais democrática que reconhece a importância do campo e compreende o processo de trabalho da ST. Como barreira aparece o número reduzido de profissionais nos Cerest provocado pela não realização de concursos nos últimos anos, e, quando ocorre, os novos nem sempre possuem perfil para atuar em ST e aposentadoria de muitos profissionais sem reposição. Fato que gera sobrecarga de trabalho. Reconhecem essa barreira também na APS devido a rotatividade dos profissionais, gerentes gerada pelas novas formas de contratação das equipes, por questões políticas e também pela aposentadoria ou adoecimento de muitos profissionais da APS, em especial os ACS. Salientam também a importância de falar da saúde do trabalhador da saúde de levar isso em consideração quando for trabalhar com a APS.

Ter a equipe concursada esse é um dos pontos fortes aqui no município, é raro a gente ter alguém nas equipes que não sejam concursadas. (F)

A equipe envelheceu e não consegue se renovar foi se aposentando mesmo e não entraram novos...e hoje tem cinco pessoas. (D)

Ai os agentes comunitários de saúde chegaram e disseram 'Olha a gente queria fazer muito isso, mas não dá, mandam a gente vigiar tuberculose, hanseníase, vacinação infantil, pessoas acamadas querendo tomar remédios para pressão arterial, hiperdia. Ai a gente quer vigiar saúde do trabalhador, mas a gente não consegue'. Depois literalmente de três anos de investimento, eles disseram 'a gente não vai ter condição de fazer'. Não é que eles pediram para parar, eles pediram água, eles não agüentavam mais. (D)

A gente foi levando essas informações e ao mesmo tempo mostrando para eles que a saúde do trabalhador é para todos e não só para os usuários. Essa foi uma ação que foi fortalecendo a saúde do trabalhador. (C)

Consideram que o despreparo dos profissionais da área da saúde em relação a ST como uma barreira, pois demanda da equipe do Cerest a realização de um trabalho inicial e cuidadoso de sensibilização para demonstrar que o trabalho está presente no cotidiano da APS, não sendo, portanto um novo trabalho, mas um novo olhar para o usuário e para o território. Salientam que esse despreparo associado a rotatividade dos profissionais na APS acabam por tornar esse processo como uma ação continua.

Você tem que ter algo para você fazer aquilo, tem que ter instrumentos, tem que ter tudo isso. E aí, eu não consigo ver hoje, da forma com está organizada, sem ter um serviço de referência, seja um Cerest, seja qualquer outro serviço. Tem que ter alguém para induzir essas ações, para discutir, para acompanhar, para mostrar, para falar, para dizer que é importante, para dizer como fazer já que isso vem deficiente nas formações diversas. É um trabalho de formiguinha. (F)

O protagonismo das equipes dos Cerest foi considerado como um facilitador, pois possibilita a construção de um processo de articulação e de construção de uma rede de apoio as ações de ST intra e intersetorialmente. Protagonismo no sentido também de reconhecer os problemas e limitações, mas agir dentro de suas possibilidades na perspectiva de ampliação dessas. Mesmo diante da impossibilidade de gerir diretamente o recurso destinado a ST que foi identificado como uma barreira.

A gente procurou se aproximar do INSS, indo ao INSS. Então uma vez eu fui lá e quis conhecer o gerente da unidade, fiquei amiga do gerente da unidade, falei para ele quais eram os nossos ideais. E o gerente...ele me contou também as dificuldades deles. Então ele me falava 'Nós temos metas a cumprir de capacitação, só que a gente não consegue organizar as pessoas, quem sabe você nos ajuda nisso?'. Então a gente começou, por exemplo, a fazer capacitação, orientações previdenciárias para todas as assistentes sociais da atenção básica. Quem capacitava? O INSS. A gente organizava o local, as pessoas, o lanche e o INSS ia lá e fazia o treinamento. Como o INSS era também regional, toda vez que a gente ia a um município a

gente levava alguém do INSS junto para falar dos benefícios previdenciários. (C)

O INSS não estava aceitando os relatórios médicos da atenção básica. Então os médicos perguntavam 'Por que não?' e pediram para ter uma conversa com os médicos peritos e nós agendamos e fomos lá. Nós e os médicos da atenção básica e a gente explicou todo o trabalho que estava sendo desenvolvido com a atenção básica e eles entenderam. (A)

Então teve uma época que a gente começou a achar que os peritos não estavam alinhados, não estávamos alinhados, estávamos tendo dificuldade. Ai nós pedimos para a coordenadora dos peritos para fazer uma reunião com os peritos do INSS. E a gente foi, eu e nossos dois médicos do Cerest, reunir com os médicos do INSS. E a gente vê que era todo mundo igual. A gente vai lá e vê que tinha perito novinho que tinha acabado de entrar. Então se apresentar, saber de onde estavam chegando os relatórios. Contar do nosso trabalho com a atenção básica. (C)

Hoje é uma dificuldade o Cerest não gerenciar os recursos da Renast. Não ter o dinheiro sobre a governança do Cerest eu vejo como uma dificuldade. Na época como a gente tinha o controle do recurso. Como é que eu ia conseguir fazer outdoor e espalhar por toda a cidade? Com esse recurso. Como a gente conseguiu fazer folders falando do Cerest dos cartazes dos agravos de notificação de saúde do trabalhador e espalhar por todas as unidades, fluxograma de acidente com material biológico tudo com esse recurso. Que depois, uma vez ele não estando na gestão da equipe do Cerest, a gente teve mais dificuldades em fazer esses materiais e usar esses recursos. Claro que a gente ainda luta por ele. (C)

Lima e D'Ascenzi (2013) ao trata da avaliação de políticas públicas colocam que existem duas vertentes hegemônicas a avaliação tipo *top-down* e a tipo *bottom-up*. O primeiro tipo foca sua análise na estrutura normativa e o segundo tipo nos atores implementadores e as ações que desenvolvem ambas tratam das condições e limitações materiais. Os autores consideram mais pertinente partir de uma concepção de avaliação de implementação como um processo onde a apropriação do plano é consequência, pois a interpretação do planejado sofrerá a influência da concepção de mundo dos implementadores associada às condições materiais disponíveis.

Esses implementadores são denominados burocratas de nível de rua, pois são aqueles funcionários que trabalham diretamente com o público, como, por

exemplo, os profissionais de saúde. Eles são os responsáveis por implementar as políticas públicas. E ao fazerem isso sofrem uma dupla pressão a da gestão para serem mais efetivos e dos usuários para serem mais eficientes e eficazes.(HAM e HILL,1993)

Os profissionais dos Cerest e da APS podem nesse sentido ser considerados como burocratas de nível de rua ou implementadores de nível de rua, responsáveis por implementar a PNSTT e a PNAB. E são esses atores que no dia-a-dia tomam decisões, criam rotinas e dispositivos para lidar com a dupla pressão que sofrem. São eles que operam efetivamente uma política pública. E a forma como isso se dá dependerá das habilidades desses atores e da sua discricionariedade (LIMA e D'ASCENZI, 2013).

A discricionariedade pode ser definida segundo (FERREIRA e MEDEIROS, 2016) como o espaço de decisão, a margem de liberdade que o funcionário público possui legalmente para fazer uma escolha dentro de uma série de comportamentos possíveis, o que ele considera adequado à necessidade pública. É a partir dessa discricionariedade, orientada por seus valores, princípios, posições ideológicas, visão de mundo e de suas habilidades (técnicas e políticas) que esse profissional identifica estratégias para implementar a política. Dentro de um espectro marcado por baixos recursos e alta demanda. Com maior ou menor controle da gestão (incentivos, proibições, encorajamento, restrições).

Nas experiências estudadas esses pontos aparecem em vários momentos, tanto em relação aos profissionais dos Cerest, quanto aos da APS. Eles dentro da discricionariedade e habilidades deram forma as duas políticas.

As equipes do Cerest avaliando os cenários (político, econômico e social) buscaram estratégias para implementar a PNSTT, ou a ST orientadas por seus valores, princípios e posições ideológicas. Todas tinham em comum a vontade de prestar o melhor serviço possível aos trabalhadores, dentro da realidade da vida de cada município.

Estabeleceram interações com os componentes das intervenções (estrutura, atores sociais, processo de ação, finalidades e ambiente). Usaram os recursos disponíveis, quando não estavam disponíveis lutaram por eles. Construíram redes de apoio seja via gestão democrática, seja via controle social, utilizaram

estrategicamente os espaços de mobilização e negociação, colocando a ST em pauta, aproveitando os momentos de contexto favoráveis. Discutindo em equipe quando foi necessário reestruturar seus processos de trabalho. Tendo a coragem de voltar a ser porta aberta no momento de desmonte da APS. Ensinando e aprendendo com as equipes da APS, o que é trabalhar com a responsabilidade de garantir a uma população adstrita a melhor assistência possível. Tornando-se co-responsáveis por essa população. São algumas das estratégias utilizadas pelas equipes para a implementação das intervenções propostas.

Porque eu cheguei em...e não tinha essa equipe. Eu brinco que o Cerest até..., os profissionais do Cerest eram tipo 'sala de vacina', chegou eu vacino, não chegou eu estou lá. (C)

Porque quando a pessoa sai da unidade básica e é referenciada para uma Policlínica..., especialidades não existem, não tem ninguém para atender. Dermatologia uma consulta é a cada seis meses. Mas saúde do trabalhador não tinha referência direta, porque o pessoal do Cerest fazia 'das tripas coração', ninguém chegava ao Cerest referenciado e ficava sem ser atendido. (D)

A gente trabalha nessa perspectiva de demanda referenciada, a gente acredita que a APS é a porta de entrada do sistema. Mas agora ela está desestruturada. Então a gente atende quem chega, referenciado pelo sindicato, indicado por colega, demanda espontânea. (E)

O mesmo pode-se dizer das equipes da APS, salvo algumas resistências específicas, segundo relatos, os profissionais assumiram a realização de ações de ST e consideram que a presença e o apoio do Cerest são fundamentais para esse processo.

Tanto as equipes do Cerest quanto da APS tornaram-se protagonistas dessas experiências dentro de suas potencialidades e limitações impostas.

5.2.2. As referências básicas das intervenções

As referências básicas de uma política, programa ou intervenção é composta pela: apresentação do problema, seus descritores, objetivos, público alvo e beneficiários. O problema é a situação que se deseja modificar, os descritores são as variáveis que demonstram a existência da situação problema, os objetivos são as metas que se pretende alcançar para promover a mudança da situação problema identificado, o público alvo são as pessoas cuja intervenção buscará atender e os

beneficiários representam a parcela do público alvo (CASSIOLATO e GUERESI, 2010).

O problema que orientou a proposição de intervenção nos municípios tem em comum a constatação da existência de trabalhadores expostos a situações e fatores de risco à sua saúde (Figuras 2, 3 e 4). Tal percepção das equipes municipais perpassa pela compreensão da intensificação da precarização do trabalho provocada pela reestruturação produtiva iniciada na década de 1990 na América Latina e no Brasil, onde o processo de financeirização da economia se impôs ao modo de vida das sociedades tornando tanto os produtos, como as pessoas, voláteis e descartáveis. Situação agravada no Brasil onde o avanço do processo de reestruturação produtiva convive com processos arcaicos e violentos (LEDESMA, 2017; DRUCK, 2011; PENA e GOMES, 2011).

Figura 2 – Referências básicas da intervenção em Amparo

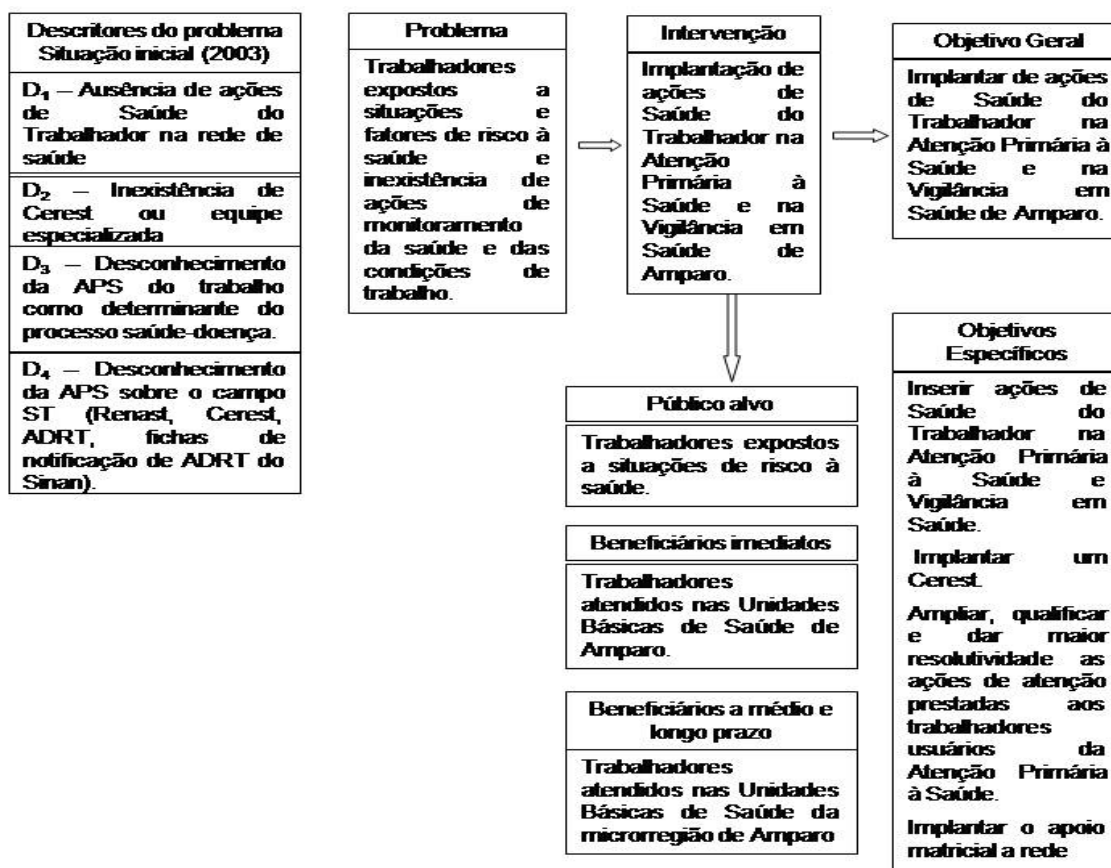


Figura 3 – Referências básicas da intervenção em Betim

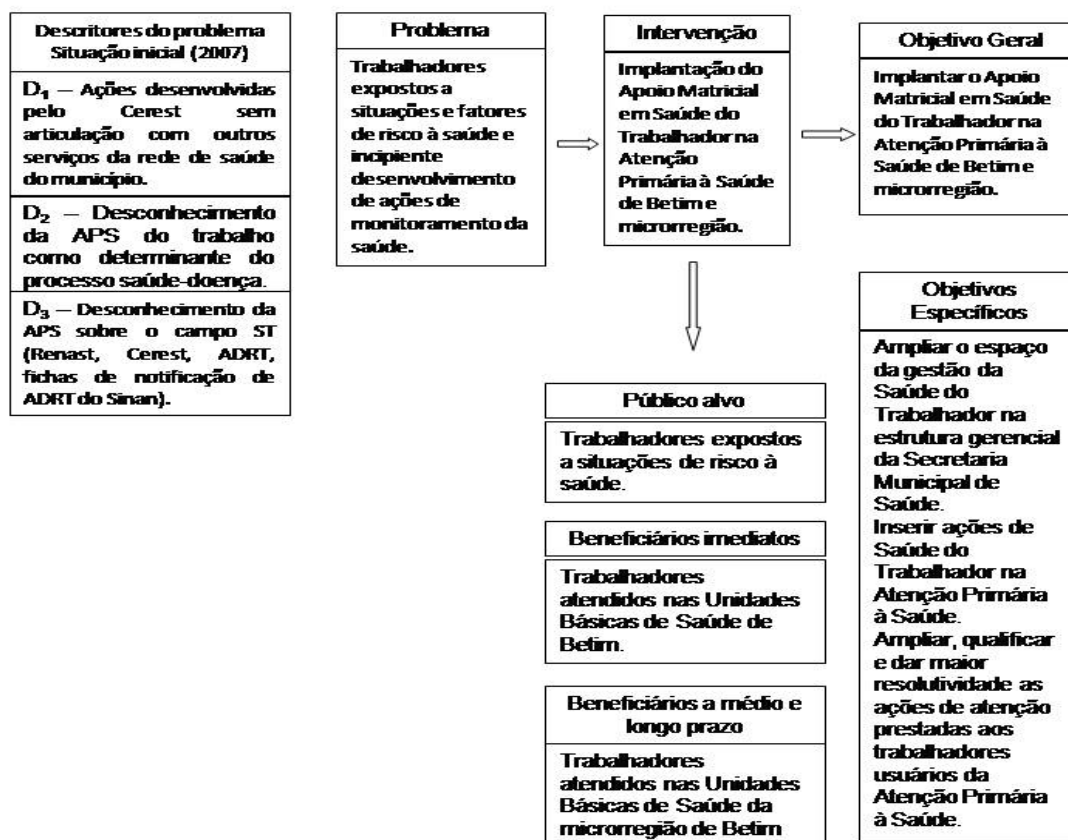
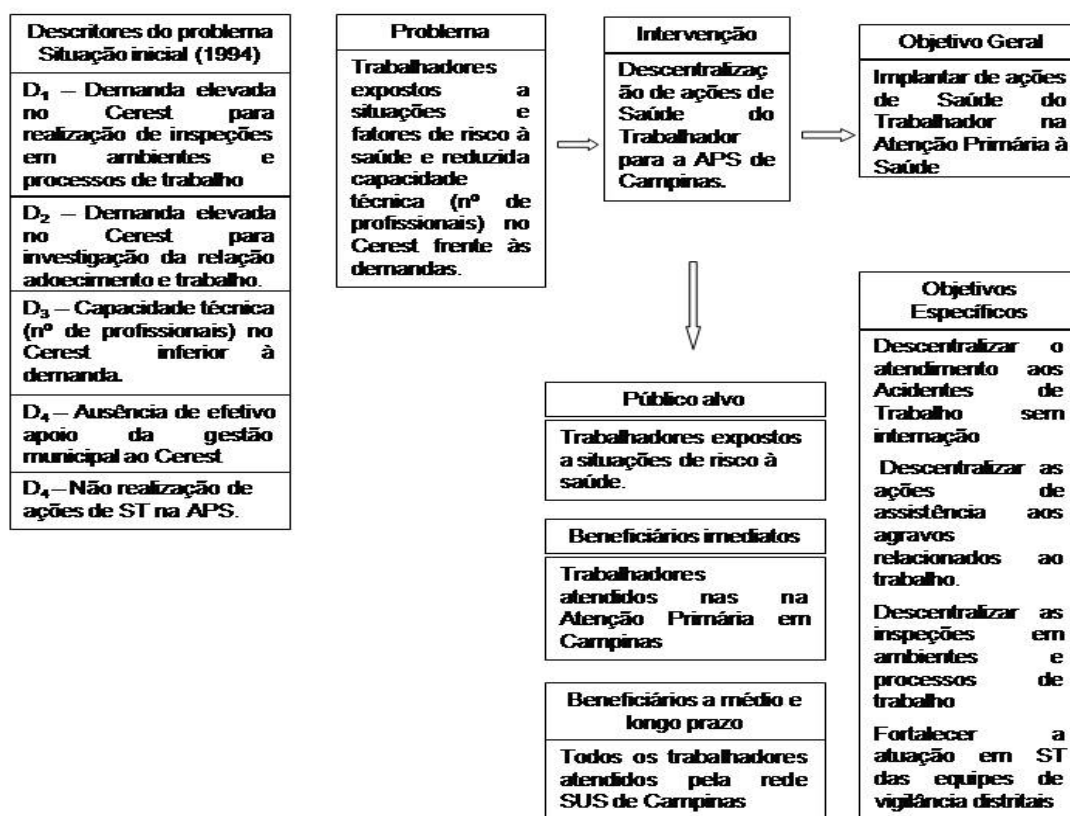


Figura 4 – Referências básicas da intervenção em Campinas



As diferenças presentes nos problemas orientadores das intervenções trazem relação direta com o contexto de cada município. Em Amparo até 2003 não havia qualquer ação ou proposta de atuação na área da ST. O município possuía uma rede assistencial estabelecida, centrada na APS, mas o trabalho, enquanto determinante do processo saúde-doença não era tratado pela gestão municipal até então. Desse modo havia a crença de que os profissionais desconheciam a relação saúde-trabalho, sendo esse um dos descritores do problema. No entanto, a aproximação à realidade local pelos técnicos em ST não confirmam esse descritor, conforme as falas de A:

E comecei a conversar sobre isso e já desde o início me chamou atenção, porque toda essa reunião de equipes das unidades era da equipe inteira: ACS, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliar de consultório dentário, enfermeiros, médicos. Então deste o início, eu diria que todas as equipes tinham conhecimento do seu território, que era um conhecimento invejável. E tinham clareza em relação aos locais de trabalho dentro do seu território e da ocupação e da profissão dos seus usuários. E trouxeram, e traziam nessas conversas situações-problema.

Então eu que pensei que fosse ali sensibilizá-los, percebi que eles já eram sensibilizados

Como eu te disse como eram pessoas que de fato tinham um vínculo, responsabilização com os usuários do seu território, conheciam bem o território, tinha uma certa fixação entre enfermeiros e médicos.

Em Amparo, as equipes da APS tinham o conhecimento sobre o seu território, apreendiam e o compreendiam como espaço vivo, conheciam suas famílias, seus problemas de saúde, bem como os riscos presentes nesse espaço (SANTOS, 2003; GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Em relação aos demais descritores as entrevistas indicam que apesar do conhecimento do território, do vínculo e responsabilização das equipes com os usuários, esses desconheciam ou não se sentiam preparados para trabalhar/intervir nas situações que indicavam uma possível relação entre o adoecimento de trabalho.

O profissional da saúde não vem com essa formação, isso exige tempo para sensibilizar e formar mesmo! O manejo, o como lidar com os instrumentos de comunicação de acidente de trabalho, de notificação da área da vigilância. O profissional chega na APS muito despreparado em relação à saúde do trabalhador. As universidades não têm formado o profissional com esse olhar para a saúde do trabalhador, esse olhar ampliado e para manejar mesmo! O trabalho não aparece

como determinante social é no trabalho que esses profissionais vão tomar conhecimento desta área, na formação não teve (B).

Dias e Hoefel (2005) já apontavam essa falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com as questões relacionadas a ST como um dos desafios para a implementação de ações de ST. Dias e colaboradores (2011) ressaltam que tal despreparo se dá pela "...ausência da temática nos cursos de graduação e/ ou nos processos de educação permanente em saúde"(p. 110). Gomez, Vasconcellos e Machado (2018) ratificam o colocado acima e complementam ao salientar a questão da rotatividade dos profissionais de saúde.

Já em Betim, o desenvolvimento de ações de ST já estava implantado no município desde 1994. No entanto, a constatação em 2007 de que ações eram incipientes, pois não havia uma relação do Cerest com os demais serviços, o que o colocava à margem do SUS.

E aí, é claro que eu tive um cenário onde as pessoas, a maioria das unidades não preenchia o campo ocupação, nem sabiam que existia um Cerest, quando sabiam confundiam o Cerest como o SESMT da prefeitura. Não encaminhavam, acho que eu devo ter pego só umas três respostas de que alguém encaminhou o paciente para o Cerest. Eles não entendiam, não conheciam aquela unidade já existia desde 1994 e isso era 2004! (C)

Vasconcellos (2007) coloca que essa marginalidade da ST é, em parte, explicada pela forma como se deu a inserção ideológica da saúde no trabalho no Brasil e no mundo. Continua o autor afirmando que essa inserção ocorreu orientada pela perspectiva contratual onde a saúde no trabalho seria então responsabilidade da área trabalhista e previdenciária e não da saúde. Tal visão aparece na fala acima quando o Cerest é confundido com o SEMST da prefeitura. É essa cultura que pode dar certa 'invisibilidade' ao Cerest.

O relato acima confirma os descritores identificados na experiência de Betim. Cabe ressaltar que no município houve um processo, fomentado pela gestão da SMS, de diagnóstico da situação de todos os programas e linhas de ação desenvolvidas pela APS.

O diagnóstico da situação e a explicitação do problema e seus descritores são fundamentais para um processo de planejamento de uma intervenção. Paim (2006) considera o planejamento como uma prática social, que envolve conhecimento técnico, político, econômico e ideológico.

Então, baseado nesse diagnóstico, nós construímos gráficos dessas respostas e a gente montou um plano de ação do município de Betim que contemplava todos os programas, dentre eles o de saúde do trabalhador. Então era uma oportunidade para a saúde do trabalhador, desde o início, de fazer isso junto com os outros programas. (C)

Em Campinas, assim como Betim, o desenvolvimento de ações de ST já estava acontecendo no município antes mesmo da instituição do SUS. Entretanto, em 1994, a equipe do Cerest constatou que apesar dos esforços empreendidos pela equipe, não era mais possível dar respostas frente à demanda elevada por ações de assistência e vigilância em ST. Os descritores identificados partiram dessa constatação da equipe técnica.

...Nós atendíamos todos os acidentados do trabalho fazendo o fluxo: autorizando fisioterapia, mandando fazer curativo, fazendo o que a coordenação de acidente de trabalho do INAMPS fazia... depois disso discutimos e vimos que dentro da lógica do SUS essa é uma ação bem característica da atenção primária à saúde e planejamos.(E)

Vamos dizer assim, no auge, a equipe que tinha mais, o maior número de profissionais ativos, eu acredito que deve ter uns 15 profissionais. Um poder de intervenção que, no final dos anos 1990 um processo que eles próprios chamavam de descentralização...,pois ao mesmo tempo conduziam ações de assistência e vigilância. (D)

Esse processo de sobrecarga e sobreposição de atividades pode estar relacionado a alguns pontos elencados por Leão e Vasconcelos (2011) dentre esses a própria denominação “centro de referência” que por si transparece a perspectiva de ambulatório ou centro de especialidades.

5.2.3. Os componentes das intervenções

Como já colocado, o modelo lógico é uma representação gráfica de uma intervenção, projeto, programa ou política. É uma forma sistemática e visual de apresentar e compartilhar as relações entre os recursos, as atividades planejadas e as mudanças ou resultados esperados (MEDINA, 2005).

No presente estudo optou-se por construir a representação gráfica das três experiências a partir da solução do problema, aqui considerado o objetivo geral e os específicos identificados em cada intervenção e desenhar a intervenção e suas atividades.

Em relação à estrutura (física, organizacional e simbólica) ou insumos necessários para o desenvolvimento das intervenções. Os três casos apresentam a mesma estrutura física, organizacional e simbólica. Tabela 2

Quadro 4 – Estrutura/insumos das intervenções

Estrutura (Volume e estruturação dos recursos mobilizados)		
Amparo/Betim/Campinas		
Física	Organizacional	Simbólica
Assessoria técnica especializada em ST	Legislação municipal que respaldam o desenvolvimento de ações de ST	APS é a porta de entrada e ordenadora da rede SUS.
Equipe multiprofissional capacitada	Ações de ST no Plano Municipal de Saúde	ST não é uma atividade exclusiva do Cerest.
Gestão municipal mobilizada (SMS)	Ações de ST previstas na Programação Anual	
Atores sociais mobilizados	Ações de ST desenvolvidas no Relatório de Gestão	
Rede de referência e contrarreferência estabelecida.		
Instalações físicas, equipamentos e recursos materiais compatíveis com as atividades propostas.		

Fonte: Documentos analisados e entrevistas

Nos três municípios a descentralização da ST para a AP se dá no bojo do processo de descentralização das ações de saúde dentro de cada município. E a ST participa desse processo, seja por uma determinação legal, seja por uma decisão da gestão, seja por decisão da equipe. É importante ser salientado que, independente de onde partiu a decisão, as equipes dos Cerest tinham plena convicção de que, para garantir a integralidade, era preciso construir uma rede, que cuidar do trabalhador não era só uma atribuição do Cerest e que a APS é o ponto mais próximo do território e do trabalhador.

Quando eu digo descentralização era uma política da secretaria e várias áreas foram para as unidades... Tinha o movimento de por tudo que fosse possível perto da população. (F)

Em relação ao aspecto simbólico da estrutura que diz respeito a crenças e valores dos atores envolvidos, cabe destacar que no trabalho em saúde, segundo Franco e Merhy (2012), a subjetividade do trabalhador orientará a forma como este individual e coletivamente conduzirá o seu agir.

Ressalta-se que essa crença nas três intervenções perpassa, em alguma medida, por todos os atores sociais envolvidos. Isso não significa dizer que não

existiram resistências ou pensamentos contrários às propostas. Pois, como já colocado a intervenções de ST são complexas e se encontram na arena política, econômica, social e cultural.

No que tange a estrutura organizacional em alguns municípios já existiam documentos legais municipais que respaldavam ST, no entanto, em alguns, a criação de instrumentos legais ocorreu durante o desenvolvimento da intervenção. Sendo um processo de articulação intra e intersetorial desenvolvido pelas equipes.

Ham e Hil (1993) destacam que no processo de implementação de uma política pública é importante considerar a forma como se estabelecem as relações entre os diversos atores envolvidos e suas crenças e valores. Essa interação poderá levar ao alcance dos objetivos pretendidos ou não.

Em relação ao processo de ação, que são as atividades desenvolvidas para o alcance dos objetivos, Amparo e Betim desenvolveram uma gama de atividades ao longo do processo de intervenção. (Figuras 5 e 6). Atividades que ocorreram de forma processual, mas muitas vezes concomitantes. Em Campinas houve um volume menor de atividades (Figura 7), mas isso não significa que não houve um esforço da equipe técnica, mas que nesse município o contexto político, econômico e social tiveram grande influencia nesse processo.

Nos municípios de Amparo e Betim (Figuras 5 e 6) as atividades desenvolvidas buscaram estabelecer um processo de articulação com os atores envolvidos para possibilitar não só a inserção de ações de ST na APS, mas também de ampliação da participação da ST em diferentes espaços, tanto de gestão, como de discussão colegiada. Perpassam também pela criação de vínculo com as equipes da APS e com as demais vigilâncias em saúde e pelo desenvolvimento de atividades de educação permanente.

Em Amparo (Figura 5) as atividades desenvolvidas promoveram a sensibilização da APS e equipes de vigilância à saúde sobre a categoria trabalho como uma determinação social do processo saúde-doença; a implantação e habilitação do Cerest com atuação como apoiador da rede SUS e com demanda referenciada; desenvolvimento de ações de ST pela APS (diagnóstico, tratamento e acompanhamento); desenvolvimento de ações de VISAT pela vigilância com o apoio do Cerest; estabelecimento de vínculo com a APS que possibilitou maior segurança

aos profissionais para realizar ações de ST; identificação e solicitação de inspeções em processos de trabalho pela APS; acompanhamento da implantação das recomendações de mudanças nos ambientes e processos de trabalho pelos profissionais da APS durante o atendimento dos trabalhadores; e percepção de melhoria da condição de saúde dos trabalhadores atendidos pelos profissionais da APS.

Em Betim (Figura 6) as atividades desenvolvidas promoveram a reestruturação do processo de trabalho do Cerest; a criação da Gerência de VISAT na Vigilância Sanitária; designação de RT dos Agravos da ST na Vigilância Epidemiológica; sensibilização da APS sobre a relação entre adoecimento e trabalho; reconhecimento do Cerest enquanto apoio técnico e pedagógico; desenvolvimento de ações de ST pela APS voltadas para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento; desenvolvimento de ações de VISAT pelo Cerest com foco no trabalho informal; desenvolvimento de ações de VISAT em empresas como apoio à Gerência de VISAT; estabelecimento de vínculo com a APS que possibilitou maior segurança aos profissionais para realizar ações de ST; identificação e solicitação de inspeções em processos de trabalho pela APS; percepção de melhoria da condição de saúde dos trabalhadores atendidos na APS; a ampliação progressiva do processo de matriciamento da APS, iniciado como piloto em 03 UBS atingindo atualmente 17 UBS.

No município de Campinas (Figura 7) as atividades desenvolvidas buscaram promover um processo de descentralização das ações de ST, mas como já colocado o contexto político pouco favorável para o SUS (desmonte da rede pública e progressiva privatização por meio das OS) tornaram tais atividades pontuais, sem que de fato se estabelecesse um processo de educação permanente horizontalizado ou de apoio técnico pedagógico contínuo, regular e com estabelecimento de vínculo. Como resultados podem ser destacados: o estabelecimento da descentralização do atendimento aos AT sem hospitalização; reconhecimento da importância do Cerest pelos profissionais da APS, das vigilâncias e controle social; reconhecimento do Cerest como referência para a ST no município.

Figura 5– Modelo Lógico Amparo

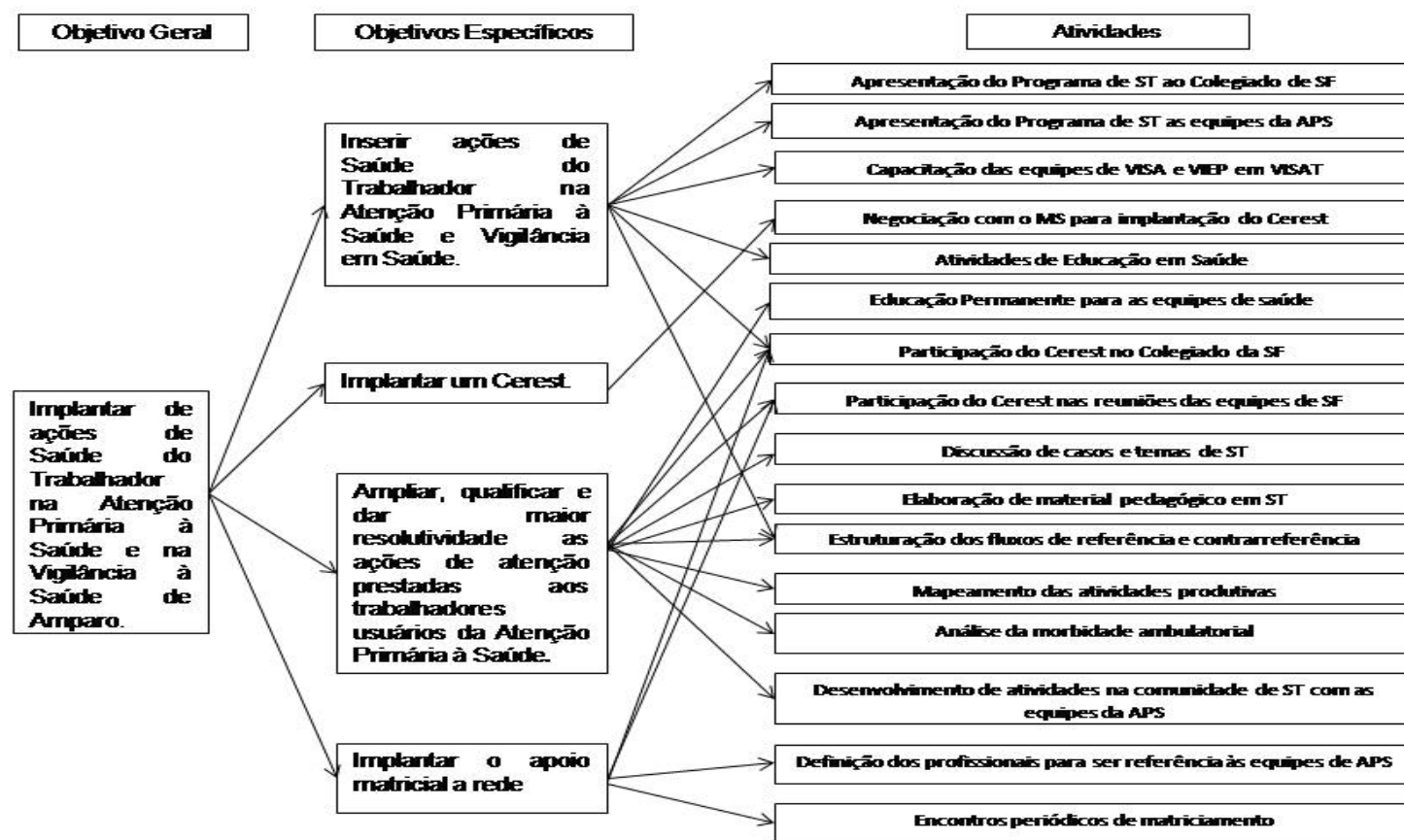


Figura 6 – Modelo Lógico Betim

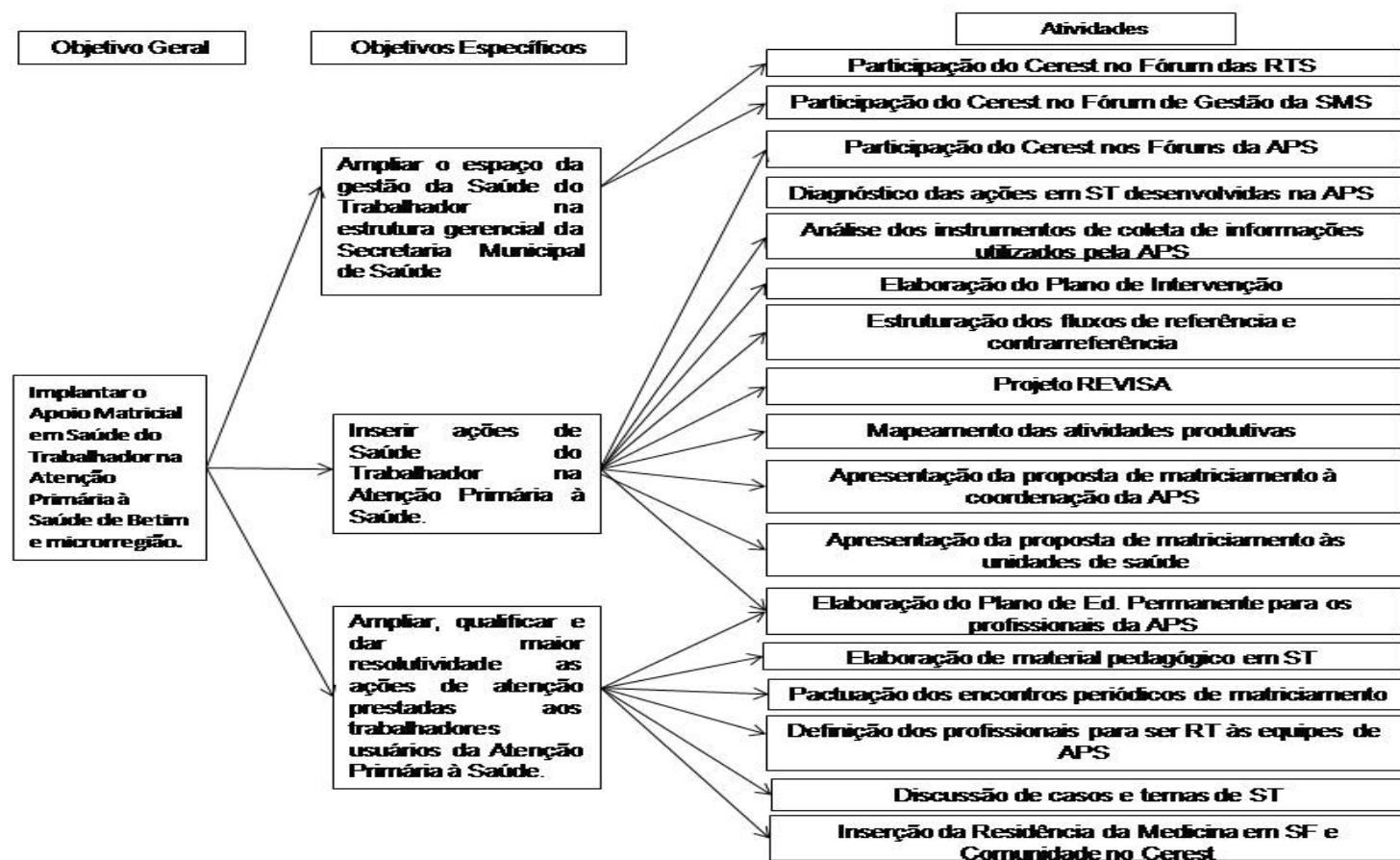
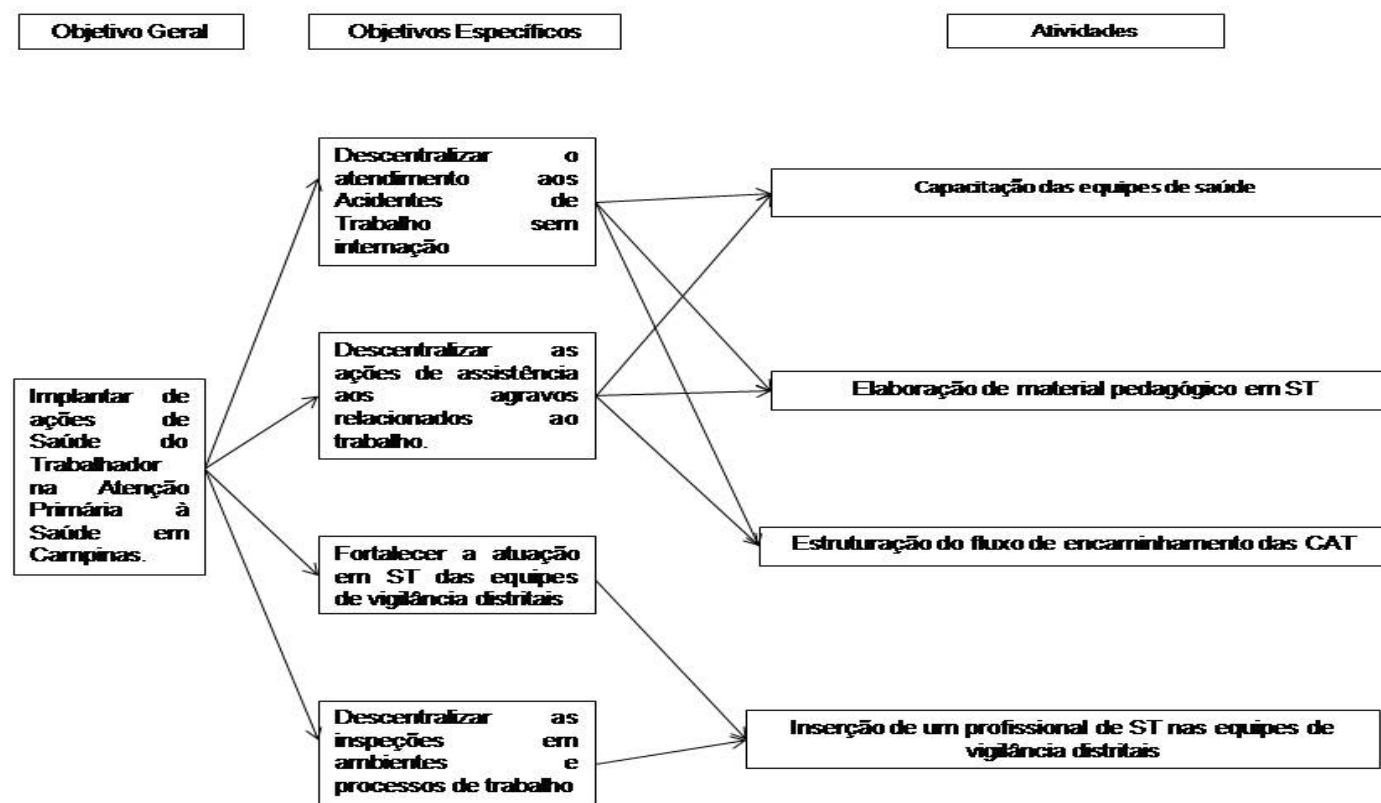


Figura 7 – Modelo Lógico Campinas



Nos três municípios foram desenvolvidas atividades de educação para as equipes de saúde da APS. Em Amparo e Betim houve a construção e desenvolvimento de um processo de educação permanente para essas equipes. Em Campinas ocorreram capacitações, mas estas não tiveram o caráter de educação permanente. Foram focalizadas na capacitação para desenvolvimento de ações específicas como o atendimento aos trabalhadores que sofreram acidente de trabalho sem necessidade de hospitalização e, em outros momentos para a notificação de agravos relacionados ao trabalho.

Nós capacitamos toda a rede para realizar o atendimento aos acidentados, inclusive fazer os encaminhamentos. Por dois anos essa ação foi continuada, persistente até que isso se estabelecesse. Mas até hoje existem dúvidas, isso foi lá na primeira metade da década de 1990 hoje 2019 ainda há dúvida. Nós temos uma vez por mês, a gente faz uma capacitação voltada para a rede que é para tirar dúvidas sobre o fluxo. Chama “Orientações Previdenciárias”, que basicamente o profissional hoje, a gente não vai mais lá nessa sistemática, a gente abre e eles vêm aqui para tirar dúvidas. (E)

Em Amparo e Betim se estabeleceu um processo de educação permanente baseada no diálogo com o outro, ou seja, um processo de construção entre as equipes do Cerest e as equipes da APS. É um processo negociado onde os temas surgem a partir das demandas das equipes, da análise dos dados de morbidade, da devolução (contrarreferência) dos casos encaminhados. Dá-se no cotidiano do trabalho. Segundo Merhy (2015) a educação permanente é constitutiva do trabalho, ela está presente no trabalho vivo. A educação permanente nesses municípios parece funcionar como um modo de valorização dos profissionais

A gente estabeleceu uma relação pedagógica continua, a gente ia uma vez por mês e discutia os casos, tirava as dúvidas... A gente fazia a ação pedagógica in loco. A gente fazia um cronograma e os médicos e enfermeiros nos acompanhavam nas inspeções. (G)

A gente se reúne uma vez por mês. A gente vai à unidade e discute os casos encaminhados, os casos que surgem, se tem algum caso novo, inusitado que surge. A gente divide a reunião: uma parte trata do tema e outro é para discussão. (F)

O município não tinha o salário mais alto, mas era um município que investia em saúde, investia na educação permanente dos funcionários todos, mas particularmente, na saúde. Havia assim uma

preocupação, fazia parte da estratégia de gestão de investir nisso. (A)

A decisão de fazer esse trabalho em rede e de investir maciçamente em educação permanente para ganhar esses trabalhadores e eles assumirem as ações de saúde do trabalhador. (H)

Outro ponto de destaque é a criação de fluxos de referência e contrarreferência que aconteceram nos municípios de Amparo e Betim. Esse processo foi adotado dentro da compreensão de que a equipe que referenciou é a responsável pelo cuidado longitudinal do paciente, tem responsabilidade sanitária, mas também como um processo de valorização do trabalho das equipes e de educação.

A gente pactuou com nosso médico que faríamos a contrarreferência... e nós encaminhávamos via malote, fechadinho, lacrado. E isso fez com que a gente recebesse cada vez mais encaminhamentos porque o profissional dizia 'Olha o pessoal lá respondeu para a gente' e isso foi fortalecendo a nossa relação. (C)

A participação dos profissionais do Cerest nos fóruns, colegiados da APS, colegiados das referências técnicas e de gestão foram atividades que propiciaram tanto a ampliação e conhecimento do Cerest sobre a rede como a inserção da ST em instrumentos e protocolos da APS.

No colegiado de discussão a saúde do trabalhador sempre era pauta. A gente foi fazer o protocolo de pré-natal e a gente colocou no protocolo de pré-natal a avaliação das infecções urinárias com maior frequência nas costureiras. A gente conseguiu inserir a saúde do trabalhador nos protocolos assistenciais. (G)

Eu aprendi com as referências técnicas dos outros programas o que era ser uma referência técnica. Porque sendo do Cerest eu não tinha contato com essa vivência com a rede, com a atenção básica, com o SUS. (C)

Outra atividade que tem destaque são os encontros periódicos entre as referências técnicas do Cerest com as equipes das unidades para discussão de casos e temas de ST demandados pelos profissionais da APS ou identificados como necessários pelas referências técnicas. A periodicidade desses encontros e a postura adotada pela referência técnicas de não julgar, mas sim dialogar e construir junto parece fortalecer o vínculo entre o Cerest e as equipes.

A gente tem um trabalho bem próximo com a atenção básica. A gente tem reuniões periódicas. Se a gente chega lá e dizem que não tem caso de saúde do

trabalhador. A gente fala 'Então me conta sobre um atendimento, uma situação'. E fazemos a reunião.

A partir da análise das experiências e diálogo com os autores/atores os pontos acima destacados convergem para a identificação de quatro dimensões que podem ser consideradas como essenciais para a inserção da ST na APS. Quadro 2.

Quadro 5 - Componentes essenciais para a inserção da ST na APS

Dimensões	Significado
Articulação	Participação em espaços de discussão, diálogo e negociação. Construção de redes de apoio e de troca de experiências
Educação Permanente	Ação de desfragmentação dos conhecimentos, de construção de outro saber a partir da realidade, das incertezas e desconfortos vividos e sentidos no cotidiano. Mediante uma ação horizontalizada.
Vínculo	Construção de laços por meio de uma relação horizontalizada fundada na confiança e respeito ao saber do outro. É acolher e ser acolhido, é buscar e dar apoio. É assumir a co-responsabilização
Estrutura	Conjunto de recursos físicos, organizacionais e simbólicos

A dimensão Articulação consiste em realizar ações que possibilitem a construção de uma rede de apoio e de troca de experiência. Tomando-se como referência o Triângulo da Coerência proposto por Matus, realizar um processo mais amplo de articulações poderá permitir uma melhor compreensão do projeto e da capacidade de governo e, propiciar uma maior governabilidade. Pois esses espaços de articulação aonde os problemas são discutidos sob diversos olhares na busca de soluções pode ser um campo para a construção de alianças e parcerias. Dentre as possíveis articulações pode-se citar a partir do estudo das três experiências: com a gestão municipal, incluindo aí as diversas instâncias; com os colegiados e fóruns da SMS; com a rede de saúde, seus colegiados e fóruns; com instituições de interesse para a ST; e com o controle social, em suas variadas formas.

A dimensão Educação Permanente e seu significado identificado nesse estudo dialoga com o Método Paidéia (CUNHA e CAMPOS, 2010), pois o processo desencadeado é o de co-produção do conhecimento na perspectiva da transdisciplinaridade, partindo da realidade e respeitando os saberes específicos. É lidar também com o jogo de poderes, saberes e afetos presentes nas instituições apostando que nesse processo de co-produção do conhecimento os sujeitos sofrem

transformações. Nas entrevistas essa dimensão é apresentada pelos entrevistados, pois possibilita o compartilhamento de saberes e a valorização dos profissionais.

A dimensão Vínculo aqui tratada também tem seus pressupostos baseados no Método Paidéia onde o vínculo é um recurso terapêutico para a construção de interdependência e compromisso entre os profissionais. É um processo de aproximação dos profissionais do Cerest com os da APS. É construído por meio do respeito mútuo, do estabelecimento de relações horizontais e requer um contato regular. Esse processo de vínculo busca romper com as “caixinhas” do conhecimento em saúde e tornar as relações mais humanizadas. Nas entrevistas fica claro que a presença do Cerest nas unidades é de extrema importância para a construção desse vínculo.

A dimensão Estrutura se subdivide em três pontos interdependentes. A estrutura física que diz respeito aos recursos físicos, humanos, imobiliários, técnicos e informacionais. A estrutura organizacional está relacionada às leis, regulamentos, convenções e regras da administração. E a estrutura simbólica trata dos valores, crenças e representações dos atores envolvidos na intervenção (CHAMPAGNE et al., 2016). São interdependentes porque, para que a intervenção alcance os resultados almejados, faz-se necessário que a estrutura física necessária esteja disponível, que haja uma estrutura organizacional que respalde o desenvolvimento desta e que os atores envolvidos com o processo compartilhem a crença de que a intervenção proposta dentro de uma determinada metodologia é necessária.

Desse modo, a inserção da ST na APS pode ser representada pela figura abaixo

Figura 8 – ST e APS: integralidade do cuidado



Na figura a ST e a APS estão representadas pela cor amarela, pois esta significa luz, despertar, criatividade; a dimensão Articulação é representada pela cor vermelha que traz consigo o significado de 'espírito revolucionário', aquele que não se conforma com o estabelecido, que busca mudanças, explicações, relações; a dimensão Estrutura está em marrom, pois esta traduz a sensação de calma, conforto físico, qualidade e estabilidade que são obtidos quando as estruturas física, organizacional e simbólica dialogam; a dimensão Vínculo está em rosa por está significar o campo das emoções, afetos, companheirismo e compreensão; a dimensão Educação Permanente é representada pela cor laranja, pois esta estimula a criatividade e a assimilação de novas ideias; e a Integralidade do cuidado que é objetivo tanto da ST como da APS é verde, pois esta cor está associada à saúde, liberdade e esperança.

Nas três experiências estudadas é possível dizer que em uma delas a falta de estrutura física associada a uma estrutura simbólica conflituosa, como condições precárias de trabalho, a falta de apoio da gestão e de entendimento sobre o papel do Cerest prejudicou o desenvolvimento de um processo mais contínuo e próximo à APS. Na outra a prevalência de uma estrutura simbólica conservadora marcada pelo discurso de que a ST atrapalhava o crescimento das empresas fez com que essa intervenção junto a APS, nos moldes do matriciamento, fosse interrompida. A experiência que se mantém em processo de desenvolvimento tem como característica uma estrutura simbólica marcada pela crença de que a APS pode desenvolver ações de ST, pela clareza do papel do Cerest de apoiador da rede SUS e de articulação para construção de um processo onde os atores envolvidos compreendam esse papel com ampliação da estrutura organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde enquanto ponto mais próximo do território e da sua realidade se coloca para a Saúde do Trabalhador como serviço estratégico dentro da Rede de Atenção à Saúde para inserção de ações de ST que promovam o cuidado integral aos trabalhadores.

Serviço estratégico devido a sua capilaridade, responsabilidade sanitária que possibilitam a identificação das necessidades e demandas da população adstrita, sendo parte significativa dessa população composta por trabalhadores dos mais diversos tipos de vínculo, exercendo uma gama variada de atividades que interferem direta ou indiretamente na sua condição de saúde.

Os resultados desse estudo corroboram com a literatura quanto aos facilitadores e barreiras para o desenvolvimento de ações de ST na APS. Parte significativa dos facilitadores e barreiras está colocada ao nível da gestão, onde a postura desta frente à relação trabalho e saúde pode levar ao sucesso ou não de uma intervenção de ST na APS. Porém, essa postura não é um fator determinante, pois o protagonismo dos profissionais em construir redes de apoio, como, por exemplo, a estabelecida com as instituições acadêmicas e as diversas formas de representação do controle social pode reduzir essas barreiras e possibilitar adoção de estratégias.

A partir das análises realizadas é possível inferir que há viabilidade para a inserção de ações de ST na APS desde que a ST saia de dentro da sua 'caixinha' e participe dos espaços de discussão existentes no município, no intuito de construção de redes de apoio, discussão e troca de experiências; ofereça o apoio técnico com orientação pedagógica baseada no estabelecimento de relações horizontalizadas, uma educação permanente que busque a construção de um novo saber, para a ST e APS, a partir da realidade local; estabeleça vínculo fundamentado numa relação de respeito e confiança; e com estrutura adequada.

Em relação a estrutura cabe destacar que a estrutura simbólica mostrou-se muito importante, tanto dos profissionais como da gestão. Nos municípios onde essa estrutura simbólica tinha como crença que a APS poderia realizar ações de ST, houve um movimento e construção de estratégias e possibilidades para que isso acontecesse. No entanto, para que essas se mantenham faz-se necessário uma

leitura contínua das correlações de força no município para que não haja uma interrupção do processo. É preciso identificar o momento onde é possível avançar e até mesmo aguardar para não ter que recuar.

O estudo dessas experiências possibilitou a identificação de alguns componentes essenciais (articulação, educação permanente, vínculo e estrutura) para a inserção da ST na APS. Cabe salientar que tais componentes devem ser tomados como orientadores para o desenvolvimento de intervenções para a inserção de ações de ST na APS, pois com já colocado é fundamental que seja realizada uma leitura da realidade local na perspectiva de avaliar a viabilidade das ações propostas e a adoção de estratégias que facilitem esse processo. Nessa perspectiva a leitura da realidade local a partir dos componentes essenciais identificados deve levar em conta: na dimensão Articulação - Com quem é preciso estabelecer articulações? Qual a melhor forma de me aproximar? Como podem ser estabelecidas as negociações? Na dimensão Educação Permanente - Quem é o público alvo da EP? Esse público é receptivo a metodologia da problematização? É preciso iniciar com uma metodologia mais tradicional e caminhar para outra metodologia mais inclusiva e participativa? Na dimensão Vínculo -. Participar das reuniões das equipes, antes de negociar um espaço específico para a ST? Participar de ações desenvolvidas pelas equipes no território? Na dimensão Estrutura física, organizacional e simbólica - as equipes da APS estão completas? A equipe do Cerest está pronta para desenvolver essas ações? É preciso repensar e reestruturar os processos de trabalho do Cerest? As equipes (Cerest e APS) acreditam que essa ação é possível? Existem instrumentos legais que respaldam a ação?

Cabe ressaltar que o presente estudo também demonstra a necessidade de realização de novas pesquisas que busquem identificar outras experiências de ST na APS que ainda não foram publicadas, pois outros componentes podem não ter sido aqui identificados dentro do limite desse estudo.

Outro ponto que merece reflexão é que as experiências que lograram maior êxito ocorreram em municípios de médio porte, colocando-se como desafio a construção de estratégias para a inserção de ST na APS nos municípios de grande porte, com outros níveis de complexidade, bem como os de pequeno porte onde parece existir um comprometimento maior da dimensão Estrutura.

Ressalta-se que a atual conjuntura marcada pelo aumento da ocupação nos setores informais da economia e onde um quarto dos empregos formais são baseados em contratos de trabalho nas modalidades parcial ou intermitente (IPEA, 2019). Ou seja, aumento da vulnerabilidade e redução de direitos e proteção social trás para a ST desafios como: olhar para o que foi construído, valorizando essa construção, aproveitando o que dela pode auxiliar na garantia da integralidade do cuidado, mas colocando-se aberto a novas formas de fazer; identificar as novas demandas e de onde elas estão chegando; e reconhecer que o aumento da informalidade transforma, mas do que nunca o território da APS no *'nosso chão de fábrica'*.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Constituição (1988). **Constituição Federal da República Federativa do Brasil Federal**, Brasília, DF, 1988.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 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), Distrito Federal, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a política de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, **Cadernos de Atenção Básica, nº 41**, Brasília, 2018.

AGUIAR, R. A. T. de. Aspectos históricos e conceituais, princípios e importância da atenção primária à saúde no atual cenário nacional. In. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. COOPMED. p. 43 – 55. Belo Horizonte. 2013.

ALMEIDA, M. H. R. C. de; REIS, A. de P. O cuidado à saúde do trabalhador na rede SUS Betim e microrregião: a atuação do Cerest. In. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Ed. COOPMED, Belo Horizonte, 2013.

ALVES, G. **Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. 2ª edição, Praxis, Londrina, 2007.

ANTUNES, R.; POCHMANN, M. **A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil. Produção de pobreza e desigualdade na América Latina.** Tradução de Ernani Só. Porto Alegre: Tomo Editorial: Clacso. 2007.

ANTUNES, R. **A nova morfologia do trabalho no Brasil; reestruturação e precariedade.** Revista Nueva Sociedad, Junho, 2012.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.**, 2001.

BALISTA, S. R. R. **A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no SUS – Campinas.** Dissertação, Campinas, 2008.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. **A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo.** Ver. Bras. Saúde Ocup., vol. 36, nº 124, p. 216-226. São Paulo, 2011.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. **A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo.** Card. Saúde Pública, vol. 27, nº 4, p. 759-768, Rio de Janeiro, abr., 2011.

BAPTISTA, T. W. de; MATTOS, R. A. de. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In. **Caminhos para a análise de políticas de saúde.** Ed. Rede UNIDA, 1. Ed., p. 83-149, Porto Alegre, 2015.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A saúde e seus determinantes sociais.** Revista Saúde Coletiva. p. 77 – 93. Rio de Janeiro. 2007.

CAMPOS, A. R. **Antecedentes da implementação do SUS – Sistema Único de Saúde – em Campinas – SP.** Dissertação, Campinas, 2015.

CAMPOS, G. W de S. **Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção.** Psicologia em Revista, vol. 18, nº 1, p. 148-168, Belo Horizonte, abr. 2012.

CAMPOS, G. W de S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 4, nº 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W de S.; AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, nº 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W de S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública, vol. 23, nº 2, p. 399-407, Rio de Janeiro, 2007.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação.** Nota Técnica do IPEA, nº 6, Brasília, set. 2010.

CASTRO, C. P. de; OLIVEIRA, M. M. de; CAMPOS, G. W. de S. **Apoio matricial do SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, nº 5, p. 1625-1636, 2016.

- CHAMPAGNE, F. et. al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In. **Avaliação: conceitos e métodos**. Ed. Fiocruz, p 41 – 60. Rio de Janeiro. 2016.
- CHAMPAGNE, F. et. al. Modelizar as intervenções. In. **Avaliação: conceitos e métodos**. Ed. Fiocruz, p 61 – 74. Rio de Janeiro. 2016.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In. **Avaliação: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Ed. Fiocruz, p. 29 – 46. Rio de Janeiro. 1997.
- COSTA, A.B.; COSTA, B. M. **As transformações no processo de trabalho**. Revista Univ. Rural, Série Ciências Humanas, vol. 22, n. 2, 2000.
- COSTA-BLACK, K.M. **Core components of return-to-work interventions** in LOISEL, P.; ANEMA, J.R. (editors) Handbook of Work Disability: Prevention and Management. Springer Science+Business Media New York, pp. 427-440, 2013.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W de S. **Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados**. Org& Demo, vol. 11, nº 1, p. 31-46, Marília, jan./ jun., 2010.
- DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In. DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**, 2ª Edição, Artmed, Bookman, 2010.
- DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. Controvérsias, paradigmas, contradições e confluências emergentes. In. DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**, 2ª Edição, Artmed, Bookman, 2010.
- DIAS, E. C et. al. **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes**. UFMG. Belo Horizonte, julho, 2010. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ST-APS_documento%20conceitual.pdf. Acesso em: 02/12/2016.
- DIAS, E. C.etal. **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidade e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, nº 6, p. 2061-2070, 2009.
- DIAS, E. C.; SILVA, T. L. e. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na atenção primária. In. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Ed. COOPMED, Belo Horizonte, 2013.
- DIAS, E.C.; SILVA, T. L. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M da G. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: estratégia da Renast**. Ciências & Saúde Coletiva, vol. 10, nº 4, p. 817-828, 2005.
- DIAS, M. D. do A.; BERTOLINI, G. C. dos S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no município de Amparo: ações desenvolvidas e dificuldades a serem superadas. In. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Ed. COOPMED, Belo Horizonte, 2013.

- DIAS, M. D. do A.; BERTOLINI, G. C. dos S.; PIMENTA, A. L. **Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal**. Trab. Edu. Saúde, vol. 9, nº 1, Rio de Janeiro, mar./ jun., 2011.
- DRUCK, G. **Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios**. CADERNO CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a04v24nspe1.pdf> >. Acesso em: 17/12/2017.
- FERREIRA, V. da R. S.; MEDEIROS, J. J. **Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas**. Cadernos EBAPE.BR, vol. 14, Artigo 1, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2016.
- FIRPO, M.: Risco, saúde e vulnerabilidade: em busca de uma ciência sensível. In **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Ed. Fiocruz, p. 25-78, Rio de Janeiro, 2007.
- FRANCO, G. W. de S. **A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. Ed. HUCITEC, Rio de Janeiro, 2013.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, vol. 15, nº 2, p. 345-353, Rio de Janeiro, 1999.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. p. 151-163, 2012.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAÚJO, M. D. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. Revista Saúde Debate, vol. 41, nº 112, p. 63-76. Rio de Janeiro. Jan/mar. 2017.
- GIDDENS, A. Trabalho e Vida Econômica. In **Sociologia**. Ed. Penso, 6ª Ed, p. 627 – 660. Porto Alegre. 2008.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Ed. Atlas, São Paulo, 2008.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. In. **Política e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª Ed. p. 575 – 625. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2009.
- GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. de; MACHADO, J. M. H. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 23, nº6, p. 1963-1970, 2018.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Ed. Unicamp, Campinas, 2011.
- HAM, C; HILL, M. **O processo de elaboração de políticas públicas no estado capitalista moderno**. Unicamp, Campinas, 1993.
- HARTZ Z.M. de A. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais**. Ciência e Saúde Coletiva, p. 341-353, 1999.
- LACERDA, R. A. et. al. **Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, V. 45. N. 3, p 777-786. 2011.

LACERDA, R.A. et al. **Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, V. 45. N. 3, p 777-786. 2011.

LAZARINO, M. da S. A. **Apoio técnico e pedagógico para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção básica: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Betim.** Dissertação, UFMG, Horizonte, 2017.

LEÃO, L. H. da C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In. **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória.** Educam. p. 453 – 489. Rio de Janeiro. 2011.

LEDESMA, C. Las reformas laborales y El proyecto global de desregulación y flexibilización laboral. In. TEIXEIRA, M. O. et al. **Contribuição crítica à reforma trabalhista.** IE, CESIT, UNICAMP, Campinas, 2017.

LIMA, J. B. de. **A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das organizações sociais.** Revista Argumento, vol. 10, nº 1, p. 88-101, Jan./Abr. Vitória, 2018.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. **Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas.** Revista de Sociologia e Política, vol. 21, nº 48, p. 101-110, Curitiba, Dez. 2013.

MARQUES, D. **A trajetória do programa saúde da família em Campinas e a contribuição da enfermagem.** Dissertação, Campinas, 2013.

MEDEIROS, M. A. T. de et al. **Política de saúde do trabalhador: revisitando o caso do centro de referência em saúde do trabalhador de Campinas.** Rev. Bras. Saúde Ocup., vol. 38, nº 127, p. 81-91. São Paulo, 2013.

MEDEIROS, M. A. T. de. **O centro de referência em saúde do trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência.** Dissertação, Campinas, 2001.

MEDINA, M.G. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais** in HARTZ, Z.M. de A. e SILVA, L.M.V da (orgs). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista Saúde Pública, vol. 25 nº 5. p. 341 – 349. São Paulo. 1991.

MERHY, E. E. **Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso.** Saúde em Redes, vol. 1, nº 1, p. 7-14, 2015.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In. **Agir em saúde: um desafio para o público.** Ed. Hucitec, Rio de Janeiro, 1997.

MINAYO GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Ed. Fiocruz. p. 23 – 34. Rio de Janeiro. 2011.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Revista Saúde Debate, vol. 42, nº 116. P. 11-24. Rio de Janeiro, jan./mar., 2018.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**. Vol. 1, nº 2, 2º sem, São Paulo, 1996.

PAIM, J. S. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In. **Tratado de saúde coletiva**. HUCITEC/ Fiocruz, p. 767-782, Rio de Janeiro, 2006.

PENA, P. G. L; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In. **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Educam. p. 85 – 121. Rio de Janeiro. 2011.

PEREIRA, C.; VEIGA, Nélcio. **Educação para saúde baseada em evidências**. Millenium, 46 (jan./jun), p. 107 – 136, Campinas, 2014.

PESSOA, V. M. et al. A saúde dos trabalhadores na atenção primária: reflexões e resultados preliminares de estudos de caso. In. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. COOPMED. p. 141 – 166. Belo Horizonte. 2013.

PIMENTA, A. L. **Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. Tese, Campinas, São Paulo, 2006.

ROWAN, M. S. **Logic models in primary care reform: navigating the evaluation**. The Canadian Journal of Program Evaluation, vol. 15, nº 2, p. 81-92, Canada, 2000.

SANTOS A. L.; RIGOTTO R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde**. Trab. Educ. Saúde. Vol. 8, nº 3 , p. 387-406, 2010-2011.

SANTOS, A. M. dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela atenção primária à saúde**. Tese. Fiocruz, 2013.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciências e Saúde Coletiva**, 89(1): 309 – 314, São Paulo, 2003.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para investigação qualitativa. In. DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**, 2ª Edição, Artmed, Bookman, 2010.

SILVA, J. A. da. **A luta por Betim – MG**. Revista NEP, vol. 2, nº 4, p. 9-19, Curitiba, set., 2016.

SILVA, T. L. e; DIAS, E. C. **Desafios e possibilidades do apoio matricial às equipes da atenção primária para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador**. In. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Ed. COOPMED, Belo Horizonte, 2013.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Ano 8, nº 16, Porto Alegre, 2006.

SOUZA, J. **A elite do atraso: da escravidão à lava jato**. Ed. Casa da Palavra. Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA, J. P. de. A importância da atenção básica à saúde como ordenadora das redes de atenção à saúde e coordenadora do cuidado da saúde do trabalhador. In.

Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. COOPMED. p. 57 – 71. Belo Horizonte. 2013.

SOUZA, J. Uma nova classe trabalhadora brasileira? In. **Os Batalhadores Brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora?** Ed. UFMG, p. 19 – 57, Belo Horizonte, 2010.

TEIXEIRA, C. F. **Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** EDUFBA. Salvador. 2010.

TEIXEIRA, M. O. et al (org). **Contribuição crítica à reforma trabalhista.** IE, CESIT, UNICAMP, Campinas, 2017.

VASCONCELLOS, L. C. F. de. et al. O processo de construção das ações de saúde do trabalhador na atenção básica (1990-2002). In. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas.** Ed. Coopmed. Belo Horizonte, 2013.

VASCONCELLOS, L. C. F. de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado.** 421 p. Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; MACHADO, J. M. H. Política Nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Ed. Fiocruz. p. 37 – 65. Rio de Janeiro. 2011.

APÊNDICE – A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO
Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico 40.026-010 Salvador,
Bahia, Brasil. Tel.: 55 71 3283.5573 Fax: 55 71 3283-5573 Cels. Oi 8873-
7412 Tim 9305-8288 Vivo 9916-6825



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Dados de identificação do interlocutor

Nome: _____

Tel: _____

E-mail: _____

2. Dados sobre a pesquisa e respectivos responsáveis

Título: Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: compreender o passado para planejar o futuro.

Instituição responsável: Departamento de Medicina Preventiva Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Pesquisadora responsável: Profª Drª Mônica Angelim Gomes de Lima

Contatos: angelim@ufba.br/(71) 3283-5573 - PPGSAT

Pesquisadora assistente: Rita de Cássia Peralta Carvalho

Contatos: ritaperalta@ig.com.br/(71) 3283-5573 - PPGSAT

Estamos convidando você para participar da nossa pesquisa. Precisamos de sua colaboração compreender o processo de implantação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **PROCEDIMENTOS:** para tanto será realizada uma entrevista. O áudio com as suas respostas será, se você permitir, gravado. Para participar da entrevista será agendada hora e local de acordo com a sua conveniência. O material dessa pesquisa ficará armazenado em arquivos digitais por um período de cinco anos em sala disponibilizada para esta finalidade na sede do Programa de Pós Graduação em Saúde Meio Ambiente e Trabalho, e, após este período, serão destruídos. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Os dados de identificação que constam deste termo servem apenas para auxiliar a pesquisadora durante a análise e guarda dos documentos desta pesquisa, pois seu nome será substituído por outro, fictício. Informamos que não serão oferecidos nem realizados pagamentos para você responder à entrevista. **BENEFÍCIOS:** sua participação poderá contribuir para a elaboração de estratégias que possibilitem a institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na perspectiva de integração entre as instâncias da Rede de Atenção à Saúde e atendimento das demandas de saúde do trabalhador. **RISCOS:** durante a entrevista caso haja a sensação de desconforto, cansaço, receio ou constrangimento você poderá solicitar um tempo para descansar, deixar de

responder a qualquer pergunta ou mesmo desistir de participar da pesquisa. **RETORNO DOS RESULTADOS DA PESQUISA AO PARTICIPANTE:** em data previamente estabelecida pela equipe executora do projeto, os (as) participantes desta pesquisa serão convidados a evento com a finalidade de apresentar as contribuições obtidas com o estudo, contando com o apoio do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat), para a divulgação da data e disponibilização de local.

As pesquisadoras responsáveis por este trabalho fazem parte do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia - UFBA, estando disponíveis, a qualquer momento, para o esclarecimento de possíveis dúvidas que venham a surgir.

Sua participação é voluntária e muito importante. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer tempo, caso assim deseje. As informações obtidas serão mantidas sob sigilo, sendo estritamente confidenciais e somente serão utilizadas para este fim, seu nome em nenhuma hipótese será mencionado ou divulgado. Caso queira pensar se deve participar da pesquisa poderá ficar com este documento e fornecer a resposta no dia seguinte.

Se você leu, entendeu e deseja participar da pesquisa, se todas as dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora, por favor, assine esse termo junto com a pesquisadora, em duas vias, uma lhe será entregue e a outra guardada pela pesquisadora. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Abaixo, encontram-se os contatos do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, você poderá acessá-lo (a) em caso de dúvidas em relação a essa pesquisa como também poderá fazer alguma denúncia relacionada à mesma.

Consentimento: Eu, _____ li ou ouvi a leitura do consentimento informado. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Sou voluntário a participar deste projeto.

Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia - FMB/UFBA. End.: Largo do Terreiro de Jesus, s/n- Pelourinho - Salvador-Bahia Tel: 71 3283 5564 Email: cepfmb@ufba.br . Horário de funcionamento: manhãs de 2ª, 3ª e 5ª das 07 às 13 horas; tardes de 2ª (14 às 18 horas), 4ª e 6ª das 13 às 18 horas.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura do (a) entrevistador (ora)

APÊNDICE – B

Termo de Compromisso, sigilo e confidencialidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO
Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico 40.026-010 Salvador,
Bahia, Brasil. Tel.: 55 71 3283.5573 Fax: 55 71 3283-5573 Cels. Oi 8873-
7412 Tim 9305-8288 Vivo 9916-6825



TERMO DE COMPROMISSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo presente Termo de compromisso, sigilo e confidencialidade, as pesquisadoras do **projeto**, que tem como título Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: compreender o passado para planejar o futuro, por este instrumento legal, assumimos o compromisso de manter **confidencialidade** e **sigilo** dos participantes cujos dados serão coletados mediante a aplicação de entrevistas semiestruturadas realizadas via Skype ou Hangout, bem como das informações técnicas e quaisquer outras atividades, seja, diretas ou indiretas, oriundas do presente projeto.

Por este termo de compromisso, sigilo e confidencialidade nos comprometemos também:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros.
2. A não apropriar para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso das informações que venham a ser disponibilizadas.
3. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas sem a autorização.

Pelo não cumprimento do presente termo de compromisso, sigilo e confidencialidade fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções que poderão advir.

Salvador, ____ de _____ de ____.

Mônica Angelim Gomes de Lima

Rita de Cássia Peralta Carvalho

APÊNDICE – C

Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO
Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico 40.026-010 Salvador,
Bahia, Brasil. Tel.: 55 71 3283.5573 Fax: 55 71 3283-5573 Cels. Oi 8873-
7412 Tim 9305-8288 Vivo 9916-6825



ROTEIRO DE ENTREVISTA

Fale sobre a intervenção desenvolvida

Coletar informações de como se deu o processo de concepção, planejamento e desenvolvimento dessas ações, que tipos de recursos e atores sociais foram mobilizados para a efetivação dessas ações, quais eram os objetivos buscados, quais as atividades desenvolvidas, seus responsáveis, local onde as ações foram desenvolvidas, os resultados alcançados.

Fale sobre o contexto onde a intervenção foi desenvolvida.

Coletar informações a respeito da percepção do entrevistado sobre o contexto social, político e econômico onde se deu a concepção da intervenção e seu desenvolvimento.

Perceber se o entrevistado relata possíveis diferenças entre o contexto existente na fase de concepção da intervenção e no momento do seu efetivo desenvolvimento. Perceber se este relata possíveis barreiras e facilitadores.

Fale sobre as barreiras e facilitadores presentes durante o desenvolvimento da intervenção

Coletar informações a respeito das barreiras e facilitadores.

Perceber as interações estabelecidas entre os atores sociais, as atividades desenvolvidas e o contexto onde se deu o desenvolvimento da intervenção.

Fale sobre o processo de estudar, avaliar e escrever sobre a intervenção desenvolvida.

Coletar informações a respeito das motivações que levaram o entrevistado a estudar, refletir e escrever sobre a intervenção.

Perceber as reflexões do entrevistado sobre esse processo e sobre o seu olhar em relação a intervenção após esse processo de reflexão e escrita.

Fale sobre o que você considera essencial para a implantação e desenvolvimento de ações de ST na APS

Coletar informações sobre componentes essenciais para desenvolver ações de ST na APS

Fale sobre sua inserção enquanto profissional no campo da Saúde do trabalhador.

Coletar informações a respeito da trajetória profissional do entrevistando, sua formação de base, como se deu sua aproximação com o campo da Saúde do trabalhador, locais onde trabalhou, suas expectativas ao se inserir no campo, trabalhos desenvolvidos nesse campo e sua atual situação profissional (continua a ser profissional da Saúde do Trabalhador ou está atuando em outro campo da saúde ou até em outra área).

Fale sobre a sua experiência profissional no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde.

Coletar informações a respeito da identificação da necessidade de desenvolver ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária, o contexto local no momento de planejamento e execução das atividades previstas, suas expectativas e objetivos e como se coloca no momento presente em relação a esta experiência.

Falamos sobre muitos assuntos relacionados à sua trajetória profissional, seu trabalho desenvolvido junto a Atenção Primária à Saúde e sua reflexão sobre este. Você gostaria de acrescentar algo mais além do que já discutimos?