



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA



Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde

ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ

DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTOS

SANTOS

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA



Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde

ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ

DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr.^ª Maria de Fátima Ferreira de Queiroz.

SANTOS

2020

R721d NEMETZ, Rosemeiry de Lima.
DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA
EM SANTOS. / Rosemeiry de Lima NEMETZ; Orientadora
Maria de Fátima Ferreira de Queiroz Queiroz;
Coorientador . -- Santos, 2020.
135 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. Saúde do Trabalhador . 2. Atenção Básica em
Saúde. 3. Educação Permanente em Saúde. 4.
Integralidade . 5. Acolhimento. I. Queiroz, Maria de
Fátima Ferreira de Queiroz, Orient. II. Título.

CDD 610.7

ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ

**DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR
NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTOS**

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Ferreira Queiróz

Membros Titulares

Prof^ª. Dr^ª. Simone Alves dos Santos
Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo

Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Marchiore Pereira
Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo

Prof^ª. Dr^ª. Luciane Maria Pezzato
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista - UNIFESP

Membro Suplente

Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Flávia Cockell da Silva
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista - UNIFESP

Santos, 04 de dezembro de 2020

Dedico ao meu pai (in memória 1952-2005), uma das milhares de vítima de acidente de trabalho no mundo. Esteve sempre presente na família, apoiando e empenhando o crescimento ético-político dos filhos, através das conversas informais e nos levando a participar dos momentos históricos do nosso país pela democracia. Talvez não intencional, mas deixou frutos que o mundo está colhendo. Criou potências.

Saudades e gratidão!

À Deus pela vida.

À minha mãe Rosa Maria de Lima Nemetz que cuida de mim e do meu filho com extrema paciência e amor. Sem você tudo seria mais difícil ou talvez impossível. A conquista também é sua.

Ao meu filho Lucas Nemetz, que me encoraja, mesmo com os percalços no caminho, e tolera minhas ausências pela dedicação ao trabalho. Obrigada por ser meu filho.

À minha orientadora Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiroz pela atenção e delicadeza em ampliar o meu horizonte para uma análise crítica e reflexiva das relações de trabalho, e principalmente, pela paciência com as minhas angústias e inquietações nesta trajetória.

À Secretária Municipal de Santos pelo investimento na minha formação e evolução profissional no Sistema Único de Saúde. Em especial a Atenção Básica e ao CEREST Santos, incluindo todos os membros dos grupos, pelo apoio, incentivo e vibrações carinhosas durante a pesquisa.

À Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, campus Baixada Santista, pelo apoio na minha formação enquanto profissional e pesquisadora.

Ao Departamento Regional de Saúde IV – Baixada Santista pelo apoio e compreensão durante a produção da pesquisa e até mesmo as ausências, bem como aos colegas de trabalho que se alegraram e comemoraram comigo cada conquista.

À Dra. Cristiane Marchiore, à Dra. Luciane Pezzato e à Dra. Fernanda Cockell pela atenção e preciosas contribuições para o aprimoramento do meu trabalho na banca de qualificação.

As minhas colegas e antigas gestoras Juliana Cabral e Fabíola Otero pelo voto de confiança e parceria nessa jornada. Eternamente grata.

A Dra. Iraty Nunes Lima (in memoriam) por me acolher no Departamento de Vigilância em Saúde e pelo seu exemplo de profissional vigilante. Minha gratidão.

E finalmente aos trabalhadores e trabalhadoras. Vocês me inspiram a lutar pelo fortalecimento do SUS.

*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações,
em ações que tragam resultados.”*

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: A população requer uma assistência integral através de uma rede de serviços do SUS integralizada e articulada. Neste contexto, a Saúde do Trabalhador tem expressiva relevância devido as altas taxas de ocorrência das doenças/acidentes relacionados ao trabalho, inclusive a atenção dos indivíduos em situação de trabalho, garantida na Lei 8080/90. Na estrutura do sistema de saúde brasileiro, a Atenção Básica em Saúde é uma das principais portas de entrada do SUS e vivencia a realidade dos processos trabalho/ saúde - doença no território, e atende as suas demandas subentendidas. **Objetivo:** Compreender o significado do trabalho e sua determinação no processo saúde-doença no território, pelos membros da equipe da Atenção Básica e do CEREST, e identificar as dificuldades e possibilidades no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador, com destaque a integração e articulação. **Método:** Pesquisa com abordagem qualitativa através da utilização do recurso de oficinas temáticas com os profissionais do CEREST Santos e das unidades de saúde da Atenção Básica em Saúde na Zona Noroeste e da Orla Intermediária, selecionadas com maior representatividade de residentes notificados em agravos relacionados ao trabalho, no período de 2013 a 2018. Ocorreram dois grupos, sendo totalizado a participação de 14 profissionais, sendo 8 Atenção Básica e 6 do CEREST, no período de junho a novembro/ 2019. Os dois primeiros encontros das oficinas de cada grupo ocorreram na Unidade Básica de Saúde do território selecionado e o último no CEREST Santos, sendo cada encontro com duração de duas horas e total de três encontros por grupo. Os discursos coletados nas oficinas foram analisados através do método do Discurso do Sujeito Coletivo, tendo em vista a necessidade em conhecer as subjetividades dos indivíduos diante das relações de trabalho, por meio das representações sociais. **Resultados:** Os dados coletados apresentaram semelhanças em ambos os grupos. Os profissionais da saúde reconhecem que o trabalho é determinante na saúde, e está relacionado a necessidade financeiras, dignidade e identificação social. Porém a falta de interação com o CEREST, como ponto de apoio técnico, através de educação permanente em saúde dificulta compreender a realidade do trabalho dos usuários e a propositura de ações, no campo da saúde do trabalhador. Os participantes da Atenção Básica apontam a necessidade de sensibilização para ampliação do olhar no atendimento ao usuário-trabalhador, de forma a repercutir no acolhimento e mudanças de práticas de saúde, com vistas aos princípios da universalidade e integralidade. Destacam a necessidade de planejamento estratégico, para o desencadeamento do trabalho em rede de forma a garantir o acesso e resolutividade dos serviços aos usuários-trabalhadores, e aos próprios profissionais da saúde na superação dos seus limites, através do compartilhamento de conhecimento.

Palavras Chaves: saúde do trabalhador, educação permanente em saúde, atenção básica em saúde, integralidade, acolhimento.

ABSTRACT

Introduction: The population requires comprehensive assistance through an integrated and articulated SUS service network. In this context, Occupational Health has significant relevance due to the high rates of occurrence of work-related illnesses / accidents, including the attention of individuals in work situations, guaranteed by Law 8080/90. In the structure of the Brazilian health system, Primary Health Care is one of the main doors of entry for SUS and experiences the reality of work / health - disease processes in the territory and meets its underlying demands. **Objective:** Understand the meaning of work and its determination in the health-disease process in the territory, by the members of the Primary Care team and CEREST, and identify the difficulties and possibilities in the development of worker's health actions, with emphasis on integration and articulation. **Method:** Research with a qualitative approach through the use of thematic workshops resource with the professionals of CEREST Santos and the health units of Primary Health Care in the Northwest Zone and the Intermediate Waterfront, selected with a greater representation of residents notified in diseases related to the between 2013 and 2018. There were two groups, with a total of 14 professionals, 8 of which were Primary Care and 6 from CEREST, from June to November / 2019. The first two meetings of the workshops of each group took place at the Basic Health Unit of the selected territory and the last at CEREST-Santos, each meeting lasting two hours and a total of three meetings per group. The first two meetings of the workshops of each group took place at the Basic Health Unit of the selected territory and the last at CEREST Santos, with each meeting lasting two hours and a total of three meetings per group. The speeches collected in the workshops were analyzed using the Collective Subject Discourse method, in view of the need to know the subjectivities of individuals in relation to work relationships, through social representations. **Results:** The data collected showed similarities in both groups. Health professionals recognize that work is a determining factor in health, and is related to financial need, dignity and social identification. However, the lack of interaction with CEREST, as a point of technical support, through permanent health education makes it difficult to understand the reality of users 'work and the proposition of actions in the field of workers' health. Participants in Primary Care point out the need to raise awareness to expand the view of the care provided to the user-worker, in order to have an impact on the reception and changes in health practices, with a view to the principles of universality and comprehensiveness. They highlight the need for strategic planning, to trigger network work in order to guarantee access and resolution of services to users-workers, and health professionals themselves in overcoming their limits, through knowledge sharing and support.

Keywords: worker health, permanent health education, primary health care, wholeness, host.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estrutura das oficinas realizadas com os profissionais da Atenção Básica em Santos, no período de junho a novembro/2019	38
Quadro 2. Distribuição dos dados referentes ao perfil do Grupo da Zona da Orla Intermediária, Santos, 2019.....	44
Quadro 3. Distribuição dos dados referentes ao perfil do Grupo da Zona Noroeste, Santos, 2019	45
Quadro 4. Distribuição dos dados referentes ao perfil dos profissionais participantes por sexo nos grupos de pertencimento, Santos, 2019	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de notificações, do SINAN, de agravos à saúde dos trabalhadores, segundo os bairros da cidade de Santos, no período de 2013 a 2018	33
Tabela 2. Distribuição de notificações, do SINAN, de agravos à Saúde dos Trabalhadores, segundo região da cidade de Santos, no período de 2013 a 2018.....	34
Tabela 3. Distribuição de notificações, no SINAN, dos agravos por território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e do Rádio Clube, no período de 2013 a 2018.....	50
Tabela 4. Distribuição do afastamento e emissão de CAT dos trabalhadores notificados para LER/DORT, no SINAN, por território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e Rádio Clube, Santos, no período de 2013 a 2018	51
Tabela 5. Distribuição dos Acidentes de Trabalho Grave notificados no SINAN, por território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e Rádio Clube, Santos, no período de 2013 a 2018.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos participantes segundo a Faixa Etária, Santos, 2019.....	47
Figura 2. Distribuição segundo os ramos de atividade dos residentes no território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e Rádio Clube, notificados para LER/DORT, no SINAN, pelo CEREST Santos, no período de 2013-2018.	51
Figura 3. Distribuição segundo os ramos de atividade dos usuários residentes no território da Unidades Básica de Saúde da Aparecida, notificados para Transtorno Mental relacionado ao Trabalho, no SINAN, pelo CEREST Santos, no período de 2013-2018	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Cist - Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador

CNS - Conselho Nacional de Saúde

Coform – Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos

Dort – Dor relacionada ao trabalho

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

EPS – Educação Permanente em Saúde

GM – Gabinete do Ministro

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LER – Lesão por esforço repetitivo

MS – Ministério da Saúde

Nasf - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PIB – Produto Interno Bruto

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção em Saúde

Renast - Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador

Sevrest – Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SEUB – Seção de Unidade Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Unifesp - Universidade Federal de São Paulo

Visat – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Saúde do Trabalhador	14
1.2 O mundo do trabalho e a Saúde do Trabalhador em Santos	19
1.2.1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Santos	21
1.2.2 A importância da Atenção Básica na Saúde do Trabalhador	22
1.3 Políticas disparadoras para o trabalho em rede	25
2. HIPÓTESE	28
3. OBJETIVOS	29
3.1 Objetivos Gerais	29
3.2 Objetivos Específicos	29
4. MÉTODO	30
4.1 Procedimentos Metodológicos.....	31
4.1.1 Seleção das Unidades de Saúde	32
4.1.2 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa.....	35
4.1.3 Estruturação das Oficinas	36
4.1.4 Detalhamento das Oficinas	38
4.1.5 Análise dos Dados	41
5. RESULTADOS	44
5.1 Caracterização dos Grupos de Trabalho	44
5.2 Definição dos Temas para descrição dos Discursos	48
5.3 Discursos dos Profissionais da Saúde	56
6. DISCUSSÃO	77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Desde criança eu tinha uma certeza, o gosto pelo cuidar das pessoas, e nesse sentido a enfermagem foi à escolha que fiz para permear a minha vida profissional. Lembro-me da infância acompanhando meu pai em fóruns políticos dos direitos dos trabalhadores, na década de 80, período em que a população lutava pela democracia no país, e por políticas públicas que garantisse a saúde e educação como direito universal.

Nesse contexto, houve forte influência paterna na construção dos meus valores enquanto cidadã e profissional, afinal corre em minhas veias o sangue do ideal de garantir os direitos em saúde e as questões relacionadas aos trabalhadores; não à toa em minha formatura, o hino nacional emocionou-me, pois não era apenas a conclusão do curso de enfermagem, mas o ideal de lutar em defesa da população brasileira. Arrisco-me a dizer que enquanto ser humano busquei no trabalho o ofício do cuidar das pessoas.

Iniciei minha trajetória como enfermeira no Sistema Único de Saúde (SUS) quando a Atenção Básica em Saúde estava expandindo como estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, início dos anos 2000, e sempre tive interesse no fortalecimento das ações de promoção e prevenção através da articulação com outros setores e o reconhecimento de que o planejamento das ações de saúde deve ser desenhado, de acordo com as reais necessidades de saúde com o protagonismo da população local; mas algumas inquietações se fizeram presentes desde o início, em que percebo a necessidade do apoio compartilhado de uma rede articulada para a resolução de muitos problemas.

Esse anseio de articulação e compartilhamento foi intensificando ao longo dos anos, e principalmente ao integrar a equipe de vigilância em saúde, principalmente enquanto Fiscal de Saúde Pública, mais especificamente na área da saúde e segurança do trabalhador. A função de Fiscal de Saúde Pública na Sevrest (Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador/Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) da Secretária Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Santos, desde 2013, e as desenvolvidas anteriormente numa unidade de saúde do município de Santos, me levaram a testemunhar que na prática diária evidencio poucas ações articuladas através do trabalho em rede que possibilite o fortalecimento da atuação dos profissionais e da saúde do trabalhador.

Atualmente, a Sevrest (CEREST - Santos) é um equipamento de saúde da vigilância com pouquíssima integração com a rede de saúde, sendo algumas ações de promoção e

prevenção desempenhadas por meio de ações fiscalizatórias deflagradas através de denúncias via ouvidoria, sindicatos e/ ou Ministério Público do Trabalho, além de programas definidos de acordo com o perfil epidemiológico, cujo objetivo está em averiguar o cumprimento da legislação sanitária-trabalhista pelos empregadores, sem a escuta e acolhimento adequado das reais necessidades dos trabalhadores e interlocução com os profissionais da Atenção Básica em Saúde.

São essas preocupações vivenciadas no cotidiano do trabalho, que me fazem questionamentos referentes aos conflitos e outros problemas que aí emergem, e que exigem análises, debates, propostas, e, também a busca de conhecimentos e respostas para problemas que impedem a qualidade de vida dos trabalhadores.

Decidi, então, analisar essa realidade enfocando um dos atores do SUS, os profissionais da saúde, sem desconsiderar a importância dos gestores, usuários (as) e formadores para a compreensão do processo. O interesse imediato nos profissionais da saúde tem a intencionalidade de buscar respostas para o que se observa no cotidiano dos serviços do SUS, devido vivenciarem de forma mais próxima do usuário, e fomentar o princípio da integralidade no atendimento em saúde para o trabalhador.

A escolha deste tema, portanto, faz parte da minha construção pessoal e profissional de saúde, sendo a oportunidade na pesquisa ampliar o conhecimento, analisar os desafios da saúde do trabalhador na Atenção Básica, e desvendar seus avanços e limites. E buscar na Educação Permanente em Saúde o fortalecimento da saúde do trabalhador, através do compartilhamento do conhecimento entre o CEREST e a Atenção Básica, de forma articulada, em questões que envolvem o acesso, a qualidade do atendimento prestado e a resolutividade, bem como a proposta de ações de promoção e prevenção em nível local pela equipe da Atenção Básica em Saúde do município de Santos.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa um lugar, por vezes, determinante e central na vida das pessoas. Engels (1876, p. 4) afirma que o trabalho “é a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau, que até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem.”

Tal a importância e magnitude ocupa o trabalho na vida, que a natureza se adapta, com as modificações evolutivas, como o surgimento dos seres humanos no mundo e o desenvolvimento do seu corpo para o trabalho. Engels (1876, p. 7) em seus estudos refere que: “a mão não é apenas o órgão do trabalho, é também produto dele.”

Mas será que conseguimos compreender esses efeitos do trabalho sobre nós e sobre a natureza ao nosso redor? E temos condições de controlar esses efeitos sobre nós?

Engels (1876) salientava que é necessário compreender e conhecer as consequências sociais diretas e indiretas do nosso modo de produção, bem como o seu domínio e controle sobre nós.

Ao longo da história, o trabalho se diversificou e aperfeiçoou para atender as demandas de geração em geração, com a incorporação de novas tecnologias e organização do trabalho, em resposta ao desenvolvimento político-econômico.

Anterior à revolução industrial, os trabalhadores viviam em sua maioria no campo e para sua subsistência desempenhava o papel de “simples máquina” com o trabalho dirigido a aristocracia.

[...] viviam uma existência em geral suportável e levavam uma vida honesta e tranquila, em tudo piedosa e honrada; a sua situação material era bem melhor que a dos seus sucessores; não tinham necessidade de se matarem a trabalhar, não faziam mais do que lhes apetecia e, no entanto, ganhavam para as suas necessidades e tinham tempos livres para um trabalho sã no jardim ou no campo, trabalho que era para eles uma forma de descanso, e podiam, por outro lado, participar nas distrações e jogos dos seus vizinhos; e todos estes jogos, [que] contribuía para a manutenção da sua saúde e para o seu desenvolvimento físico. (ENGELS, 1876, p. 32-33)

Com o desenvolvimento do comércio e da fábrica, no século XVIII, através da invenção da máquina, os trabalhadores foram sucessivamente migrando do campo para as cidades, surgindo o proletariado e a divisão do trabalho inicialmente na fabricação de tecidos, seguido das siderúrgicas de ferro e minas de carvão, e possibilitando também, o desenvolvimento da comunicação e dos transportes.

No Brasil, a introdução da máquina também repercutiu no âmbito do mercado de trabalho e até mesmo na constituição de hierarquia das classes sociais. Segundo Souza (2017) provocou a desvalorização da sociedade patriarcal, do trabalho muscular e escravo, e passou a valorizar o “elemento médio”, considerado na sociedade como um “deslocado”, isto é, aquele “sem lugar”. Esses indivíduos quase sempre mestiços eram de status intermediários, pois não eram senhores e nem escravos, e viam a possibilidade de ascensão e mobilidade social com a mudança do campo para a cidade, pois tinham a disponibilidade de aprender novos ofícios e profissões, e posteriormente juntamente com os imigrantes europeus, originaram o proletariado e a classe média. Os negros, nesse contexto, foram abandonados a sorte e continuaram a ser explorados como mão de obra desqualificada e, por conseguinte com baixa remuneração e marginalizados.

Nas últimas décadas ocorreram acentuadas mudanças no mundo do trabalho que se tornou cada vez mais competitivo. O ideário, no mundo neoliberal, é produzir mais com menos, isto é, menos trabalhadores e menor custo, acrescidos de tecnologias que intensificam e aumentam a produção. Mas essas mudanças, também, provocaram o aumento das desigualdades sociais e impactos negativos na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores dada a desvalorização e enfraquecimento da luta social para prevenção de agravos relacionados ao trabalho.

Segundo Barros e Barros (2007) e Alves (2009) a precarização do trabalho na sociedade com a política neoliberal e recessão da economia no Brasil a partir da década de 90, século XX, é caracterizada pela intensificação da exploração da força de trabalho, através da flexibilização de jornadas e deterioração das formas de contrato salariais devido a expansão do trabalho informal, terceirização e desestatização com vistas a redução de custos, acompanhada da fragmentação das classes sociais decorrente do alto índice de desemprego, que compromete as perspectivas de evolução na carreira profissional. Nesse período ocorre o aumento da submissão dos trabalhadores às precárias condições de trabalho, por conseguinte enfraquecendo e/ou excluindo os direitos dos trabalhadores, juntamente com o desmonte das representações sindicais, imposta pelo patronato.

Nessa perspectiva, a saúde dos trabalhadores é profundamente marcada, física e mentalmente, por diversos aspectos relacionados aos processos de produção e modos de organização do trabalho, por determinação das inovações tecnológicas, e exigências de qualidade e intensificação de produtividade para atender as necessidades de um mercado neoliberal globalizado cada vez mais competitivo, e que "nem sempre a maior qualidade do

produto e produtividade implicam a melhoria da qualidade de vida e da qualidade do trabalho" (RIGOTTO, 1998, p. 7-8).

Essa tendência do trabalho no mundo globalizado, segundo Rigotto (1998) tem duplo perfil epidemiológico na saúde, pois além de manter a ocorrência dos acidentes do trabalho, inclusive os fatais e das doenças relacionadas ao trabalho clássicas, como LER/ DORT (lesões por esforços repetitivos/ dor relacionado ao trabalho), são acrescidos de outros adoecimentos, em relação às novas formas de organização do trabalho, conhecidas como doenças do mundo moderno: stress, hipertensão arterial, sofrimento psíquico, doenças mentais, problemas reprodutivos, e o câncer; além da manutenção e/ ou aumento de doenças infectocontagiosas decorrentes do subdesenvolvimento: as parasitárias, as carências nutricionais, e violências decorrentes da sobrevivência do trabalhador no mercado de trabalho ou quando está excluído deste.

Diante deste duplo perfil epidemiológico, e nas últimas décadas a Atenção Básica ser a principal porta de entrada do sistema público de saúde, aponta-se a necessidade da integração e corresponsabilização da Atenção Básica com os outros níveis de atenção para a coordenação de cuidados mais complexos, para que passe a funcionar como reguladora das redes de atenção, ampliando o cuidado de forma universal e integral, em contraposição ao modelo fragmentado e hegemônico.

Face a esse cenário e a expressiva relevância na morbimortalidade das doenças relacionadas ao trabalho, Dejours (2004); Amorim *et al.* (2017); Gelati *et al.* (2017) e Pintor (2019); destacam a importância da identificação dos processos produtivos e seus fatores de risco na determinação do processo saúde/ doença pelos profissionais da saúde, pois possibilita o conhecimento das características ocupacionais e condições de trabalho que podem estar ou vir a influenciar positiva ou negativamente no processo saúde-doença de diferentes trabalhadores, bem como realizar o planejamento e incorporação das ações de promoção, proteção, vigilância, assistência e reabilitação; sendo assim um importante problema e desafio na saúde pública.

1.1 Saúde do Trabalhador

A palavra trabalho tem sua origem etimológica do latim *tripalium*, que era um instrumento utilizado pelos romanos para torturar cristãos, o que remete a condição do trabalho como dominação, sofrimentos e sacrifícios do homem. De modo que, o trabalho tem dupla

significância: o desenvolvimento das habilidades do corpo humano que amplia os horizontes da humanidade, uma vez que, também, promove o agrupamento entre os indivíduos na sociedade, e conseqüentemente a sua emancipação; e o outro de dominação e castigo, pela cultura judaico-cristã (DUTRA-THOMÉ; KOLLER, 2014).

Conforme já citado, o trabalho é um precursor do processo de humanização do homem, ser social, com a natureza, ocupando uma posição central na vida do ser humano e quase que a totalidade do tempo de sua vida.

Sobre a centralidade do trabalho, Marx em “O Capital”, defende que para o homem ter existência, deve necessariamente produzir, através do trabalho, os bens indispensáveis à sua reprodução biológica e social. Assim, o homem se reconhece como um ser que produz e trabalha, diferenciando-se dos outros seres vivos.

A relação entre trabalho e saúde é permeada, inicialmente, por um contexto histórico e social limitado às concepções e práticas hegemônicas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. A concepção da Medicina do Trabalho surge no século XIX, com a Revolução Industrial, e é caracterizada por modelo centrado no atendimento médico, na unicausalidade, na exposição a agentes externos, no ato inseguro, na medicalização e no isolamento de riscos, sendo sua atenção era dirigida somente para os acidentes e mortes relacionadas ao trabalho. A saúde ocupacional surge na Segunda Guerra Mundial com a necessidade de intervir nos processos de produção, devido ao alto número de acidentes e doenças causadas pelas condições extenuantes e insalubres de trabalho; este modelo passa a ser centrado na atuação interprofissional, na multicausalidade. No entanto, em ambos os modelos os trabalhadores são tratados como objetos de uma intervenção profissional, ao invés de apreender as múltiplas dimensões e as singularidades dos indivíduos (COCKELL, 2013).

Para compreender a relação trabalho e saúde é necessário dar atenção, de forma mais abrangente e integral, à inserção do trabalhador no processo produtivo como um todo, na organização e na divisão do trabalho. Desse modo a Saúde do Trabalhador, nas últimas décadas, passa a integrar a Saúde Coletiva, como uma prática interdisciplinar, incorporando o conceito de processos de trabalho como objeto de intervenção.

Os autores Dias *et al.* (2011) e Pintor (2019) apontam que as primeiras ações de saúde do trabalhador, no Brasil, foram organizadas por equipes e serviços especializados com estreita integração com o movimento sindical no final dos anos 70 e na década de 80, século XX, e incluída na agenda da Reforma Sanitária brasileira.

Assim, a Constituição Federal Brasileira torna a saúde um direito a toda população, e o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Lei Orgânica da Saúde (8080/90), tem o dever de prover uma atenção de saúde integral qualificada através das ações de promoção, de vigilância, assistência e reabilitação, bem como o controle de riscos, considerando os processos produtivos na determinação do processo saúde/doença.

Mas, diante do elevando potencial das doenças e acidentes relacionados ao trabalho, qual a estratégia que a saúde se utiliza para garantir a integralidade e a universalidade aos trabalhadores no SUS, enquanto política pública?

A política de saúde do trabalhador é uma estratégia em saúde coletiva, que permite conhecer e intervir nos problemas relativos à relação entre saúde, trabalho e ambiente no território e intervir de modo a propiciar mudanças nos processos produtivos e na realidade local, que devem ser enfrentados não somente por especialistas, mas também pela atuação organizada dos trabalhadores e dos cidadãos em geral, em defesa da vida.

Assim, Dias *et al.* (2011, p. 146) apontam a importância da saúde do trabalhador como política pública de saúde:

[...] é preciso que os gestores e os trabalhadores do SUS assumam suas responsabilidades em relação às violências cometidas com os trabalhadores nos seus locais de trabalho, superando-se a situação atual de atendimento de trabalhadores já doentes e mutilados por acidentes de trabalho. O conjunto de ações dirigidas à saúde do trabalhador deve ter como objetivo a defesa da vida dos trabalhadores, que resulta em menores gastos sociais e econômicos, com reflexos diretos também no sistema de saúde.

Nesse contexto, após a Constituição Federal de 1988 e criação do SUS, ainda na década de 90 houveram a elaboração de documentos, diretrizes e normas para que os caminhos da saúde do trabalhador trilhassem enquanto campo da saúde pública; sendo criado os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's) com o objetivo de atuar através do controle e enfrentamento, de forma estratégica, integrada e eficiente, dos problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho, além de melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores por meio da promoção em saúde, prevenção e vigilância, compondo a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Nesse período, os CEREST's tiveram muita contribuição dentro do sistema de saúde devido à inserção do trabalho no contexto de tutela do Estado das ações de saúde (LACAZ, 2010, 2103).

Porém, Dias *et al.* (2011) apontam que as ações em saúde do trabalhador combinavam elementos adquiridos das vigilâncias epidemiológica e sanitária; funcionando isoladamente na

rede de saúde e assim dificultando o esforço de construção da integralidade, que pressupõe a integração dos serviços do sistema de saúde, e resultando em ações desarticuladas com a assistência.

Portanto, houveram grandes obstáculos para a consolidação das ações da saúde do trabalhador, de forma mais efetiva enquanto política pública pelos CEREST's, devido ao atendimento focado apenas a trabalhadores vítima de acidentes e doenças do trabalho, atrelado aos problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais e, principalmente, a dificuldade de articulação intersetorial visando à assistência e a vigilância, dificultando por conseguinte a sua real implantação no SUS , atrelado à crise econômica e social no Brasil e no mundo.

Esse descompasso, segundo Garcia e L'Abbate (2015), também se dá pela adoção conservadora da vigilância no Brasil, enquanto uma instituição baseada na ideologia de proteção à saúde pública, desde a sua concepção, no qual utiliza-se de ferramentas verticais pouco participativo, atuando de forma isolada das demais ações da saúde e dos outros setores, mesmo após a instituição do Sistema Único de Saúde, ocasionando a fragmentação e dicotomia no cuidado, além de pouco permeável aos movimentos sociais.

Dias *et al.* (2011, p. 136), também apontam algumas dificuldades no desenvolvimento das ações Saúde do Trabalhador no SUS:

[...] o contexto social da tensão capital-trabalho, o desconhecimento de muitos gestores do SUS quanto à concepção e ações de saúde do trabalhador; o despreparo de alguns profissionais de saúde para desenvolver ações nessa área, tanto em relação à capacidade técnica quanto ao imaginário (pois muitos acreditam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho são mais uma questão jurídica do que de saúde ou temem desdobramentos futuros que lhes tragam algum transtorno, tais como emissão de relatórios técnicos e outros documentos); dentre outros aspectos.

Diante desse contexto, no campo da Saúde do Trabalhador houve poucas transformações da realidade no meio ambiente, no trabalho, na saúde e na qualidade de vida, observando-se falhas e contradições na sua função ação de regulação pública, uma vez que muitas ações estão restritas a regularidade do discurso das normativas das questões de saúde e segurança, e com caráter fragmentado e corporativo atendendo a lógica do capital privado e a convivência de gestores governamentais, na tentativa de afastar o papel do Estado e a exclusão da sociedade na regulação das relações de trabalho, por consequência baseando-se num modelo hegemônico que pouco protege os trabalhadores (COSTA *et al.*, 2013).

Sobre ação mais eficaz Lacaz (2010) e Costa *et al.* (2013) apontam que é necessário envolver os trabalhadores nos processos de tomada de decisão, através do controle social e do Estado assumindo o papel de provedor e mantenedor de direitos sociais para construir o cuidado integral aos trabalhadores, ao invés de convergir-se aos interesses de uma política neoliberal, pautada na fragmentação de ações assistências e intersetoriais em saúde do trabalhador para maquiar ou dar invisibilidade a situações graves ao binômio trabalho-saúde.

Para escapar da captura destas regularidades que beneficiam o capital-trabalho, alguns CEREST's procuram priorizar experiências no matriciamento das ações da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e na integração com a rede, para que a dimensão do trabalho seja incluída na análise diagnóstica, tratamento e reabilitação, através da formação dos profissionais em Saúde do Trabalhador, para atuarem em prol da proteção da saúde dos trabalhadores, e fortalecendo o controle social, na defesa do trabalho e da qualidade de vida.

Autores como Dias *et al.* (2011) e Amorim *et al.* (2017) destacam que devido a Atenção Básica estar inserida no território esta possibilita o diagnóstico situacional, e a construção de vínculos entre os profissionais da saúde e usuários(as), e por conseguinte se colocam em condição de definir as práticas de atenção à saúde de acordo com as reais necessidades da população assistida e de forma participativa, favorecendo assim a saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva, em 2002, houve a criação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast), através da Portaria nº 1679/2002, que segundo Lacaz (2013) regulamenta legalmente a execução das ações de saúde do trabalhador pelos CEREST's, isto é, serviços especializados, que promovem ações de assistência, por meio dos atendimentos com equipe multiprofissional para o diagnóstico, tratamento e reabilitação nas doenças relacionadas à saúde do trabalhador, além das ações de vigilância, promoção e prevenção em saúde, e educação permanente para profissionais do SUS e o controle social. Porém, nessa realidade os CEREST's ainda atuavam de forma isolada da rede de saúde, e ainda numa perspectiva apenas no nível de atenção secundário.

Em 2005, a Portaria/MS GM nº 1.125/2005, no artigo 2º, estabeleceu-se que as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo SUS fossem organizadas em todos seus níveis de atenção. Reforçada pela Portaria MS GM nº 2.728/ 2009 que determina a responsabilidade do CEREST em integrar a rede de serviços de saúde do SUS, assim como suas vigilâncias e gestão e promover a incorporação da Saúde do Trabalhador nas atividades rotineiras. Suas atribuições incluem apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre

a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

Partindo do pressuposto que a Política Nacional da Atenção Básica é considerada ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e os serviços neste âmbito são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e favorecem a atenção integral à saúde devido estarem inseridos no território, com a atuação de uma equipe que permite levar o cuidado o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria nº 1.823/GM de 23 de agosto de 2012, apontou a importância do cuidado aos trabalhadores no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

No entanto, pouco se avançou enquanto práticas de Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Básica. Neste ponto, Santos e Lacaz (2012, p. 1143-1144), justificam que há inúmeros desafios como: “[...] a sobrecarga de trabalho, a rotatividade dos profissionais, a subnotificação dos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho e a organização regional [...]”. A questão é abordada por Costa *et al.* (2013), quando referem que para ocorrer a incorporação da Saúde do Trabalhador pela Atenção Básica é necessário a construção de sistema de informação, para o mapeamento das características ocupacionais que possibilite o diagnóstico situacional do território, e o envolvimento conjunto dos trabalhadores da saúde com os usuários-trabalhadores através de métodos e recursos que permitam desenvolver uma capacidade analítica da realidade do trabalho, diminuindo a invisibilidade da determinação social do trabalho na saúde, através de ações articuladas com os CEREST’s, para que seja fomentado valores que defendam o interesse público na proteção integral à saúde e nas relações de trabalho.

1.2 O mundo do trabalho e a Saúde do Trabalhador em Santos

No mundo do trabalho e da economia, Santos é um município localizado a 72 quilômetros da capital São Paulo, com população de 433.319 habitantes, de acordo com a população SEADE de 2020. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) é de 0,84, um dos melhores do Estado de São Paulo, e apresenta um IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social) dinâmico, isto é, com diferenças sócios econômicos distribuídos no seu território. O município é o 13º no ranking dos municípios do Estado de São Paulo com maior PIB – Produto Interno Bruto, concentrando 79,7% no setor de serviços, o que demonstra sua relevância econômica. (IBGE, 2018; SEADE, 2020).

A maioria das suas atividades econômicas está ligada ao Porto, o maior da América Latina, com 13 quilômetros de extensão e por onde passa mais de um quarto de todas as cargas que entram e saem do Brasil, e configurando-se como principal fonte de trabalho no município, juntamente com setores de turismo, serviços e pesca. No setor de serviços se destacam o comércio varejista, principalmente do ramo alimentício, e a indústria da construção civil.

A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 48,3%, sendo esta característica influenciada pela população acima de 60 anos, que representa 22,3%. O salário médio mensal é de 3,4 salários-mínimos, porém 27,7% da população possui renda menor que meio salário-mínimo. Nos últimos anos aumentou o emprego informal e desemprego, acompanhando o panorama estadual e nacional. A renda per capita, no município de Santos, é de R\$ 1.364,92, pelo Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2018; SEADE, 2020).

O trabalho informal em Santos tem como característica predominante a prestação de serviços de limpeza e domésticos, transporte de mercadorias (motoboys) e passageiros (uber e táxi), execução de obras particulares com serviços de acabamento, comércio de produtos e alimentos.

O município de Santos apresenta regiões com diferenças socioeconômicas. A classe social de média e alta renda habita as áreas valorizadas na zona da orla, que apresenta melhor infraestrutura urbana, enquanto a classe de baixa renda distribui-se em áreas periféricas, onde a presença de infraestrutura é precária, principalmente nos morros, zona noroeste e região central histórica.

As atividades comerciais e de serviços em Santos localizam-se predominantemente nos bairros pertencentes à área central e nos bairros do Gonzaga e Boqueirão, na faixa da orla. Os demais bairros caracterizam-se por uma ocupação predominantemente residencial, com a instalação de pequenos comércios e serviços, à exceção dos bairros da entrada da cidade, cuja ocupação está associada às atividades portuárias e retroportuárias ligadas ao transporte e à armazenagem de carga.

No setor de serviços e comércios, o destaque é para os segmentos de hospedagem, restaurantes, bares, padarias, mercados e shoppings centers. A população caiçara também merece destaque, especialmente, os grupos de pescadores artesanais que vivem em pequenos núcleos e possuem empregos de caráter informal.

1.2.1. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Santos

O CEREST em Santos é denominado Sevrest (Seção de Vigilância e Referência em Saúde dos Trabalhadores) seguindo normatização da Secretaria Municipal de Santos. É um dos pioneiros no Brasil, criado em 1990 e habilitado em 2003, pelo Ministério da Saúde, como referência regional para três municípios da Baixada Santista (Santos, São Vicente e Praia Grande), compondo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Apresenta-se como um equipamento de saúde para atender as demandas subentendidas na relação do processo trabalho/saúde-doença, com o objetivo de identificar, tratar e prevenir os agravos relacionados ao trabalho ou que sofram com ameaças a sua integridade física ou mental, de qualquer categoria profissional registrado ou não, servidores públicos, autônomos ou desempregados.

A equipe, a partir de 2015, últimos cinco anos, foi renovada através de concurso público. Atualmente é composta por integrantes que realizam a assistência direta aos pacientes: dois médicos do trabalho, um ortopedista, uma reumatologista, psicóloga, terapeuta ocupacional, duas fisioterapeutas, e uma fonoaudióloga; e as ações de vigilância ao ambiente de trabalho são realizadas por uma enfermeira, dois engenheiros de segurança do trabalho e uma nutricionista. A chefe de seção (gestora) é uma assistente social e, também, está diretamente envolvida no atendimento assistencial aos trabalhadores em diversos momentos juntamente com a equipe. Além dos profissionais técnicos, há os oficiais administrativos e agentes de limpeza.

A demanda assistencial do CEREST Santos é proveniente de encaminhamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde, sindicatos e livre demanda, sendo também uma porta de entrada. Na assistência oferece consultas clínicas individuais com médico do trabalho, e posteriormente com definição do nexos causal é encaminhado ao acolhimento e seguimento por uma equipe multiprofissional do CEREST.

Em 2018, foram implantadas ações de educação permanente em saúde para potencializar a equipe no intuito de articular e integrar os profissionais para o enfrentamento de problemas do cotidiano de trabalho, desencadeando o desenvolvimento de grupos de trabalhos com os pacientes atendidos no CEREST como, por exemplo: musicoterapia através do Grupo Som da Saúde, e os trabalhos artesanais no sentido de resgatar a autoestima e confiança destes trabalhadores no Projeto Travessia, todos numa perspectiva do processo de reabilitação. Na vigilância, a equipe realiza investigação de acidentes de trabalho graves, fatais e com crianças

e adolescentes, programas de acordo com o perfil epidemiológico, e denúncias via ouvidoria municipal e Ministério Público do Trabalho, realizando vigilância nos locais de trabalho para propor medidas de prevenção.

O CEREST Santos participa como membro da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST), com os representantes de sindicatos, que participam no processo de avaliação e planejamento das ações e prioridades com a equipe, que se reúne mensalmente.

No entanto, apesar dos quase trinta anos de história do CEREST Santos, ainda há certa distância entre o que está normatizado e o que ocorre no cotidiano, visto que o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador ocorre de forma centralizada, e por conseguinte fragmentada e desarticulada com a Rede de saúde, configurando-se como um atraso no cumprimento da lei, e infelizmente, há um vazio assistencial no âmbito da atenção à saúde dos trabalhadores, no estabelecimento de nexos causais e produção do cuidado pós-nexo nos processos de trabalho e processos saúde-doença.

Esse vazio assistencial, a dificuldade na continuidade do cuidado e resolutividade, atrelado a uma prática de saúde fragmentada, são discutidos nas reuniões e discussões de casos, entre a equipe multiprofissional, que aponta a necessidade de estratégias de articulação e integração com a rede de saúde do município e outros setores, para que as ações de saúde do trabalhador sejam mais efetivas e eficazes.

1.2.2 A importância da Atenção Básica na Saúde do Trabalhador

Estrategicamente a Atenção Básica é um dos espaços privilegiados para a ampliação do cuidado ao trabalhador, através de incorporação da saúde do trabalhador, em ações do cotidiano, na lógica das ações coletivas e da vigilância à saúde do trabalhador de forma articulada e integrada com o CEREST.

A Rede de Atenção Básica em Santos está estruturada de forma mista. Atualmente é distribuída em 32 serviços de saúde, que contemplam Unidades Básicas de Saúde com o Programa de Agente Comunitário de Saúde e Unidades de Saúde da Família. O município possui 37 equipes de saúde da família, e 261 agentes comunitários de saúde. As equipes da Atenção Básica estão divididas de acordo com a localização das suas unidades de saúde nas quatro regiões de Santos, e ficam assim organizadas: Zona da Orla Intermediária, Zona Noroeste, Centro e Morros.

De acordo com o Ministério da Saúde (2020) a cobertura da atenção básica no município de Santos é de 49,71%, sendo apenas 29,46% coberto pelo modelo de Estratégia da Saúde da Família. No Estado de São Paulo a cobertura da Atenção Básica é de 60,73% e no Brasil (75,41%).

Nos últimos anos, a gestão municipal vem tentando reorganizar o modelo de atenção, a partir da reformulação da rede básica, com o aumento de Unidades de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Em contrapartida, essa reorientação do modelo da rede básica na zona da orla ainda é muito tímida, talvez explicada pela maior concentração da população não SUS-dependente neste território.

Portanto, ainda é necessário avançar na cobertura da Atenção Básica no município, e principalmente qualificar o olhar das equipes, através do compartilhamento de conhecimento e articulação de diversos saberes das demais áreas, incluindo a Saúde do Trabalhador, para que os profissionais da Atenção Básica durante as atividades rotineiras, tais como: acolhimento, atendimento clínico, discussão de casos, grupos de educação em saúde e visitas domiciliares, possam reconhecer o usuário enquanto trabalhador, e o trabalho enquanto determinante da situação de saúde-doença da população do território, sob sua responsabilidade; por conseguinte identificar as situações de invisibilidade e alcançar um atendimento de forma mais integral e resolutive.

O desenvolvimento da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica possibilita atuar diretamente na origem dos problemas no território, através do mapeamento das atividades produtivas na área de abrangência e a realização de ações de promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador com destaque para a visibilidade dos trabalhadores informais, cooperativados, domiciliares, peridomiciliares e autônomos. Nesta perspectiva, a Saúde do Trabalhador possibilita e valoriza a troca de saberes entre trabalhadores e equipes de saúde, bem como reconhece os seus limites, e promove o empoderamento dos atores sociais no sentido de buscar uma melhor qualidade de vida no trabalho.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora propõe o desenvolvimento das seguintes ações no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2017b):

- reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território, da população trabalhadora e o perfil sócio-ocupacional do território;
- reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, às comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;

- identificação da rede de apoio social aos(às) trabalhadores(as) no território;
- inclusão, entre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do(a) trabalhador(a), das seguintes situações: ser chefe da família desempregado(a) ou sub empregado(a), crianças e adolescentes trabalhando, gestantes e nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;
- identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e ramo de atividade econômica de usuários(as);
- suspeita e/ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo(a) usuário(a), para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
- notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;
- articulação com as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica- NASF-AB, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's) e das Referências Técnicas (RT's) em Saúde do Trabalhador sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede do SUS; definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de Visat – Vigilância em Saúde do Trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho;
- incorporação de conteúdos de Saúde do Trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente.

Em 2018, o Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) publicou o Caderno de Atenção Básica nº41 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com o intuito de qualificar o cuidado cotidiano à saúde desenvolvido pelas equipes de atenção básica / equipes de saúde da família, considerando as relações entre o trabalho e as condições de saúde e doença dos(as) usuários(as) trabalhadores(as) na população sob sua responsabilidade, a partir da organização do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2018).

Mas essa lógica representa mudanças desafiadoras no processo de trabalho, desenvolvido pelos trabalhadores da saúde, tanto do CEREST como da Atenção Básica de Santos. Nesta questão destaca-se que as transformações são construídas nas relações com a sociedade e neste caminho Barros e Barros (2007, p. 62) apontam que:

[...] escolhas [são] possíveis quando nos vemos frente ao desafio de lidar com processos de trabalho e pessoas que os realizam. Sabemos, entretanto, que toda escolha é política porque estamos sempre em meio a interesses, necessidades, desejos, saberes e poderes que constituem modos de ver o mundo e modos de nele existir. No campo da saúde destaca-se, ainda, a inclusão de um outro vetor que modula o debate sobre a gestão posto que, especialmente desde o advento do SUS, pensar a saúde, os processos de trabalho em saúde, ou melhor, a gestão em saúde, impõe o diálogo com as políticas públicas.

Diante desta complexidade de transformação da realidade, Dias *et al.* (2011) e Amorim *et al.* (2017) apontam a educação permanente em saúde como umas das estratégias de qualificação, entre as equipes de Atenção Básica em Saúde e do CEREST, para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, de modo que possa identificar os riscos e situações de vulnerabilidades relacionadas às atividades produtivas desenvolvidas no território e o desencadear ações capazes de minimizar a exposição e seus efeitos.

1.3 Políticas disparadoras para o trabalho em rede

A Política Nacional de Promoção da Saúde possibilita a retomada dos aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, dentre eles a violência, o desemprego, o subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2010).

Para construir ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde deve estar articulada com às demais políticas públicas, dentre elas a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) estabelece a diferenciação entre educação continuada e educação permanente, através da fundamentação de mudar as práticas de saúde no sentido da integralidade, indicando que a formação dos trabalhadores “é responsabilidade concernente aos sistemas de saúde” (CAVALCANTI;

GUIZARDI, 2018, p.107). A educação continuada tem como objeto apenas de suprir a formação e atualização de conhecimentos, com enfoque disciplinar de habilidades na formação dos profissionais.

Para Cavalcanti e Guizardi (2018, p. 105) na concepção da educação continuada:

[...] prevalece o estabelecimento de necessidades desde fora, no nível central, onde os demais níveis cumprem apenas um papel de levantamento das necessidades apenas para aprimorar e/ou legitimar [...] prioridades baseada no seguinte: (1) reconhecimento dos problemas mais comuns; (2) quais seriam os mais urgentes; (3) possibilidade de oferecer uma resposta global; (4) capacidade de obter resultados visíveis a curto prazo; (5) custo-efetividade; e (6) condições logísticas para operar as respostas. Não se identifica preocupação com a definição local ou regional das prioridades. Estes níveis de atenção possuíam apenas o papel de ‘informar’ necessidades.

A educação permanente em saúde, em contrapartida, inverte a lógica da educação continuada em saúde. É a pedagogia da problematização do “fazer saúde”, isto é, o método que interfere nas relações de poder e confere a sua materialidade através da aliança da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, com a participação ampliada e interprofissional; promovendo a geração de conhecimentos e a aprendizagem no trabalho, possibilitando identificar as situações problemas e as soluções, tornando os trabalhadores da saúde protagonistas na produção de saúde e de mudanças para melhorar a qualidade da assistência e das condições laborais (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018; PINHEIRO *et al.*, 2018).

A formação em Saúde do Trabalhador através da educação continuada não deve ser desprezada, mas isoladamente não dá conta do processo de construção de rede, deixando expostas as fragilidades, na medida em que não há escuta das necessidades dos serviços e dos trabalhadores, e acaba se caracterizando apenas numa possível passagem de comunicação vertical do CEREST, ao invés do apoio técnico no sentido de promover o protagonismo dos trabalhadores da saúde, e, por conseguinte, propiciar uma gestão coletiva na organização do trabalho e do cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, Santos e Lacaz (2012) e Rossit *et al.* (2014) ressaltam que os profissionais da saúde, além da formação específica, devem estar atentos à integração e flexíveis ao reconhecimento e respeito às especificidades de outras profissões, possibilitando maior vínculo entre os profissionais, a criação de laços de compromisso e corresponsabilização entre profissionais e usuários(as) dos serviços de saúde, e por fim provocando práticas colaborativas, pois é necessário aprender junto o trabalho em saúde e adquirir um novo olhar sobre o adoecimento e integração das ações de assistência e vigilância.

Sobre o conceito de educação, Dias *et al.* (2011); Amorim *et al.* (2017), também, afirmam que através Educação Permanente em Saúde (EPS), se destaca o aprendizado compartilhado do cuidado ao trabalhador, com base na valorização dos diferentes saberes e sujeitos envolvidos na atenção à saúde, e construído a partir dos problemas e desafios enfrentados no cotidiano do processo de trabalho, os profissionais de saúde tornam-se protagonistas na produção do cuidado em saúde e passam a incorporar a Saúde do Trabalhador nas atividades rotineiras desenvolvidas, como o acolhimento, o atendimento clínico, a discussão de caso, visitas domiciliares ou grupos operativos na Atenção Básica em Saúde.

A trajetória de construção da noção de educação permanente em saúde em relação às práticas de educação na saúde é recente e bastante contraditória na gestão de trabalho no SUS, pois “compreende linhas de força, intencionalidades e jogos de poder involucrados” (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p. 99).

Para operacionalizar a Saúde do Trabalhador e a Educação Permanente em Saúde é preciso estar articulado com as estratégias de humanização das ações em saúde com o usuário-trabalhador e o próprio trabalhador da saúde, comprometendo-se com os diferentes saberes, necessidades, desejos e interesses; mas principalmente “é reconhecer o valor do homem a partir da sua essência, incluindo-se suas potencialidades, limites” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p.3).

A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde são políticas de apoio que se destacam pela indissociabilidade entre a mudança/melhoria nos modos de atender os usuários e os modos de gestão dos processos de trabalho, sendo experimentado pelo trabalhador da saúde a dor e o prazer no trabalho, de acordo com o modo de como ele vive seus vínculos com o processo de trabalho e com os outros trabalhadores (BARROS; BARROS, 2007; PEREIRA; FEUERWERKER, 2018).

Portanto, uma das estratégias para o enfrentamento dos desafios da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, em Santos, inclui estimular o processo de Educação Permanente em Saúde, baseada na aprendizagem significativa, para qualificar o acolhimento ao usuário-trabalhador, através da valorização da dimensão subjetiva, coletiva, social das práticas de saúde, do trabalhador de saúde, e do trabalho em equipe multiprofissional, conforme os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização; que segundo Tocci e Costa (2014) efetiva os princípios do SUS, no sentido de ordenar o cuidado e desenvolver ações mais efetivas na atenção integral à saúde dos trabalhadores, através de uma gestão participativa e de controle social, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos à saúde e a vida, através de uma rede comprometida com a produção de saúde.

2. HIPÓTESE

O desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador é dificultado por questões relacionadas aos aspectos sócio-político-econômicos e culturais. Estes aspectos dizem respeito, por exemplo, a sociedade patriarcal, ao conhecimento fragmentado e ao neoliberalismo que permeiam a formação e as práticas profissionais de saúde, incluindo do CEREST e a Atenção Básica em Saúde.

Neste caminho parte-se da hipótese de que a formação e ações práticas em saúde do trabalhador, que valorizem a integração e a articulação entre os profissionais da Atenção Básica e do CEREST, possibilita o compartilhamento da aprendizagem e do conhecimento das questões que envolvem o mundo do trabalho e a sua reflexão crítica sobre a determinação e os determinantes sociais do adoecimento no ser humano em condição de trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender o significado do trabalho e sua determinação no processo saúde-doença no território, pelos membros da equipe da Atenção Básica e do CEREST, e identificar as dificuldades e possibilidades no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador, com destaque a integração e articulação.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de saúde do CEREST e da Atenção Básica em Saúde.
- Possibilitar a educação dos profissionais, com vistas a integração e articulação para a organização da Saúde do Trabalhador, através da problematização dos riscos à segurança e saúde aos trabalhadores.

4. MÉTODO

A pesquisa emerge da necessidade de refletir as possibilidades de ações em saúde do trabalhador pela Atenção Básica em Saúde, através da criação de espaços que possibilitassem os deslocamentos para articulação e integração do CEREST com a Atenção Básica, em Santos. Associando esses pressupostos aos objetivos da presente pesquisa, optou-se por desenvolver a abordagem qualitativa, pois a pretensão é apreender o significado do trabalho e das ações em saúde do trabalhador que emerge dos profissionais da Atenção Básica e CEREST em Santos. E tem como referência a relação do homem com o trabalho e a saúde, bem como a determinação social no processo saúde-doença, que vão além da ótica da quantificação, uma vez que se pretende compreender os significados da realidade de trabalho e propor de intervenções junto aos sujeitos da pesquisa. A abordagem qualitativa na pesquisa:

Responde a questões muito particulares [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21-22).

Na concepção de Minayo (1994, 2010) este tipo de pesquisa busca compreender o ser humano em sociedade, suas relações e instituições, sua história e de sua produção simbólica, pois se aprofunda no universo dos significados através da análise das percepções dos sujeitos pesquisados sobre o mundo que os rodeia.

Trata-se de um trabalho imaterial que provoca a produção de conhecimento, afetos, relações, e formas de comunicação, com o potencial de criar vida em redes colaborativas e sociais para o trabalho em saúde, através de uma implicação biopolítica dos sujeitos para a produção de saúde. (TEIXEIRA, 2015)

A pesquisadora estava implicada com a produção de campo e análise, devido sua vivência como trabalhadora, contrapondo-se, ao mesmo tempo, à ideia de neutralidade (MINAYO, 2007). Nesse sentido, Lourau (2004) desenvolveu o conceito de implicação, renunciando a separação entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido e a neutralidade, pois os pesquisadores são movidos pelas suas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais, com relação à sua prática de pesquisa.

Neste estudo, a pesquisadora estava imersa no contexto dos discursos dos sujeitos da pesquisa e com os serviços de saúde, numa relação existencial e profissional, desde o preparo

do campo, a realização das atividades e até mesmo na análise, o que provocou reencontros, ressonâncias e questionamentos sobre os atravessamentos para o lugar assumido na sua vida, enquanto profissional e pesquisadora, numa perspectiva ética e política. A escolha metodológica foi um instrumento para a construção do conhecimento, durante a interação com os sujeitos da pesquisa.

4.1 Procedimentos Metodológicos

Desenvolveu-se a abordagem qualitativa através do recurso de oficinas, por ser uma técnica que permite o desenvolvimento de um espaço com escuta adequada e de aproximação entre os profissionais da Atenção Básica em Saúde e do CEREST Santos, e que possibilita a troca de experiências, aprendizado compartilhado, apoio mútuo, e, por conseguinte o fortalecimento dos indivíduos no coletivo; além da reflexão do pesquisador junto aos sujeitos do estudo, favorecendo uma relação dialética com o processo de aquisição de conhecimento por meio da articulação teórico-metodológica da pesquisa.

As oficinas em estudos qualitativos representam:

Espaços com potencial crítico de negociação de sentidos, permitindo a visibilidade de argumentos, posições, mas também deslocamentos, construção e contrastes de versões, e, portanto, ocasiões privilegiadas para análise de produções de jogos de verdades e processos de subjetivação.[...] potencial político que se articula a uma riqueza de procedimentos, envolvendo estratégias discursivas diversas, desde expressões artísticas, movimentos corporais e outras formas discursivas, além da própria fala. [...] ao mesmo tempo em que geramos material para análise, criamos um espaço para trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação a temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação. Ou seja, os efeitos da oficina não se limitam ao registro de informações para pesquisa, uma vez que sensibilizam as pessoas para a temática trabalhada, possibilitando aos participantes a convivência com a multiplicidade (nem sempre harmônica) de versões e sentidos sobre o tema (SPINK *et al.*, 2014, p. 32).

A pesquisa foi submetida e aprovada pela Cofom – Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos da Secretária Municipal de Saúde de Santos, e pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil com a Universidade Federal de São Paulo – Unifesp como instituição proponente, conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o número CAAE: 12240219.1.0000.5505.

4.1.1 Seleção das Unidades de Saúde

A definição das unidades da Atenção Básica pesquisadas baseou-se no princípio de que estes serviços são uma das principais portas de entrada no SUS, e os profissionais destas atuam de forma mais próxima da população no território, possibilitando conhecer os modos de produção, hábitos, cultura e realidade socioeconômica dos trabalhadores. A definição do CEREST – Santos como também uma unidade em pesquisa se pautou na premissa do papel de referência em saúde do trabalhador, e a solicitação da própria equipe em participar da pesquisa, pois haviam manifestações sobre a problemática da sua organização com a rede de saúde, evidenciando a necessidade de ajuda, por meio da pesquisa, para processos de Educação Permanente em Saúde com a Atenção Básica e ressignificação das práticas pelos próprios trabalhadores.

O critério de seleção das unidades de Atenção Básica em Saúde contemplou uma análise da ocorrência de agravos em saúde do trabalhador, por regiões de Santos, que foram notificados no banco de dados do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, utilizando os seguintes passos:

- (i) delimitação dos endereços dos usuários notificados para agravos relacionados ao trabalho (doenças e acidentes relacionados ao trabalho, sejam graves e/ou fatais) de cada região, no período de 2013 a 2018;
- (ii) quantificação do número de notificações por território;
- (iii) identificação das unidades de referência dos endereços de usuários(as) com maior representatividade de notificações;
- (iv) consideração das diferenças socioeconômicas das regiões santistas na seleção das unidades para a pesquisa;
- (v) critério de porte das unidades de saúde e quantitativo do quadro funcional.

Através de frequência simples, dos dados coletados e analisados, observou-se a distribuição das notificações, sendo estes apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de notificações, do SINAN, de agravos à Saúde dos Trabalhadores, segundo os bairros da cidade de Santos, no período de 2013 a 2018.

Bairro Residência	Total
Aparecida	74
Marapé	73
Jardim Rádio Clube	70
Boqueirão	69
Ponta Da Praia	67
Gonzaga	63
Campo Grande	60
Embaré	59
Macuco	52
Morro São Bento	46
Vila Mathias	38
Bom Retiro	36
Saboó	34
Jardim Castelo	27
Vila Belmiro	27
Vila Nova	26
Morro Nova Cintra	26
Encruzilhada	22
Areia Branca	21
Estuário	20
Pompéia	20
Centro	20
São Manoel	20
José Menino	20
Santa Maria	17
Alemoa	15
Morro José Menino	15
Vila São Jorge	13
Chico De Paula	12
Morro Vila Progresso	12
Caneleira	11
Paquetá	10
Morro Penha	10
Jabaquara	8
Morro Pacheco	5
Caruara	5
Valongo	4
Morro Monte Serrat	3
Monte Cabirão	1
Morro do Fontana	1
Total	1132

Fonte: Tabwin – SINAN NET / Dados extraídos em 01/02/2019

Os dados oriundos do SINAN, tem como principais fontes notificadoras os serviços de emergência (Prontos Socorros) e o CEREST-Santos, no período especificado, ou seja, 2013 a 2018. Foram notificados 1132 agravos em 6 anos. A agregação dos dados por regiões de Santos pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de notificações, do SINAN, de agravos à Saúde dos Trabalhadores, segundo região da cidade de Santos, no período de 2013 a 2018.

Região de Santos	TOTAL
Zona da Orla Intermediária	531
Zona Noroeste	242
Região dos Morros	199
Região Central Histórica	160
Total	1132

Fonte: Tabwin – SINAN NET / Dados extraídos em 01/02/2019

Na tabela 2, observou-se que sobressaíram as notificações na região da Orla-Intermediária, entre as demais regiões, Zona Noroeste e Morros nota-se pequena diferença no volume de notificações.

Considerando os dados coletados e apresentados nas tabelas 1 e 2 procedeu-se a seleção das regiões para desenvolvimento da fase de campo da pesquisa. As regiões selecionadas foram da Zona Orla-Intermediária e Zona Noroeste.

Na região da Orla-Intermediária foi selecionado a SEUB Aparecida, devido ser referência para o bairro da Aparecida e Estuário, caracterizado por uma população economicamente ativa, com desempenho de diversos serviços de atividade, mas com desigualdade social. Na região da Zona Noroeste foi selecionada a SEUB Rádio Clube, devido ao bairro Rádio Clube ter maior representação em número de notificações, e densidade populacional, bem como o perfil da unidade de saúde. Essas unidades selecionadas atuam no modelo tradicional de unidade básica de saúde e não contam com o apoio do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, apesar de contar com a estratégia de agentes comunitários de saúde, no quadro de trabalhadores da saúde, e ampliar no seu contexto laboral para além da unidade de saúde, através da visita domiciliar à população atendida no território.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pela Coform – Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos da Secretária Municipal de Saúde de Santos, e pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foram realizadas visitas em ambas as unidades selecionadas e explicado os objetivos da pesquisa, bem como o critério de seleção dos sujeitos da pesquisa, com a intenção de adesão à pesquisa pelos gestores, de forma a conciliar o espaço e horário oportuno para o desenvolvimento das oficinas.

Ao apresentar a proposta das oficinas, os gestores de ambas as unidades da Atenção Básica solicitaram a participação do CEREST na reunião mensal da equipe, para apresentar a atuação do CEREST, e referiram também uma demanda de profissionais da saúde atuantes com

sinais de sofrimento mental relacionado ao estresse. Essa reunião, que antecipou as oficinas, possibilitou aos profissionais conhecerem as possibilidades de atendimento aos trabalhadores com doença relacionada ao trabalho, uma vez que os profissionais verbalizaram o desconhecimento do CEREST na rede de saúde, além da identificação de pacientes com riscos nos ambientes de trabalho já assistidos pela equipe, além da apresentação dos objetivos da pesquisa nestas unidades selecionadas.

4.1.2 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

Como critério de inclusão para seleção dos sujeitos nas unidades selecionadas da Atenção Básica foram considerados os trabalhadores/profissionais que compõe a equipe da assistência: médicos, enfermeiros técnicos e/ ou auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de saúde bucal.

Na definição dos critérios de inclusão dos sujeitos de pesquisa no CEREST-Santos considerou-se os membros da equipe de assistência e/ ou fiscalização.

O tempo de trabalho foi critério de exclusão para pertencimento dos grupos, uma vez que os trabalhadores, com período de atuação inferior a 1 (um) ano, ainda estão em fase de conhecimento do território e experimentação do serviço, bem como processo de vinculação com os demais trabalhadores e população; e ancorou-se no pressuposto de que as experiências vividas profissionalmente, por tempo de trabalho no serviço selecionado, é um vetor que possa contribuir para o diagnóstico e conhecimento sobre suas possibilidades de intervenção em ações de saúde do trabalhador.

Cabe ressaltar que a participação dos sujeitos selecionados ocorreu de forma voluntária e consensual com o chefe de seção de cada unidade selecionada, através de convite, após a reunião inicial com as equipes de cada unidade selecionada, tanto na Atenção Básica como no CEREST.

Cada trabalhador participante desta pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 3), após o esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, e a Carta de Cessão (Anexo 4) autorizando a transcrição das falas para ser usada integralmente ou em partes de estudo, sem restrições de prazos e limites de citações.

Inicialmente, o projeto definia a seleção/ participação voluntária de 5 (cinco) sujeitos em cada unidade selecionada da Atenção Básica, de acordo com os critérios descritos. Na SEUB Rádio Clube, as oficinas contaram com 5 (cinco) sujeitos representantes da Atenção Básica. Na

SEUB Aparecida, a participação teve menor adesão dos trabalhadores da Atenção Básica, após a apresentação do TCLE e a orientação de que as oficinas seriam gravadas pela pesquisadora, houve a desistência de dois sujeitos com a justificativa de receio da exposição à equipe e danos, por conseguinte totalizando 3 (três sujeitos). Foram selecionados 6 (seis) trabalhadores do CEREST Santos, sendo divididos em dois grupos de 3 (três) trabalhadores para cada unidade selecionada da Atenção Básica. A pesquisa totalizou 14 (quatorze) participantes.

4.1.3 Estruturação das Oficinas

Seguindo os passos metodológicos as oficinas ocorrerão em dois grupos distintos. Sendo os grupos da pesquisa denominados como:

- Grupo Zona da Orla-Intermediária, composto por 3 trabalhadores da SEUB Aparecida e 3 trabalhadores do CEREST – Santos.
- Grupo Zona Noroeste, composto por 5 trabalhadores da SEUB Rádio Clube e 3 trabalhadores do CEREST - Santos.

A estrutura das oficinas foi igual para ambos os grupos, porém em dias distintos, e contemplou no total em três encontros com a duração média de duas horas

A periodicidade dos encontros tinha a pretensão de serem realizados mensalmente em cada grupo, porém houve necessidade permanentemente renegociação com os gestores das unidades selecionadas com relação as datas e horários, permitindo a flexibilidade para que não houvesse prejuízo na dinâmica das atividades executadas pela Atenção Básica, e devido licenças saúde e férias dos sujeitos selecionadas e da pesquisadora. Ocorrerão três encontros por grupo, tendo início em julho de 2019 e término em novembro de 2019.

Em cada grupo, foram realizados dois primeiros encontros na unidade de saúde da Atenção Básica selecionada e o último no CEREST Santos. A estratégia quanto à localização do espaço de ocorrência teve como objetivo favorecer o conhecimento da estrutura dos serviços selecionados da Atenção Básica e do CEREST Santos, pelos sujeitos da pesquisa. Durante a realização dos encontros houve a necessidade de mudanças do espaço cedido na unidade da atenção básica, para realização dos encontros, por motivo de ocupação dos locais previamente definidos para outras atividades rotineiras.

Todos os registros nos encontros das oficinas foram gravados, pois este recurso permitiu capturar as falas e repetir revisões para transcrição dos diálogos; com a presença do

pesquisador, na qualidade de observação direta e liderança do grupo através da mediação das atividades/ dinâmica com uso de materiais de estímulo (figuras/ fotos/ objetos) e músicas temáticas com os dois grupos distintos.

As temáticas abordadas nas oficinas foram em torno da reflexão sobre saúde, trabalho, relação do trabalho com a saúde; reconhecimento de processos produtivos e os impactos na saúde da população atendida no território, dando visibilidade aos ambientes de trabalho e práticas laborais pela população, através do uso de imagens trazidas pelos próprios sujeitos da pesquisa, músicas temáticas, levantamento de dados epidemiológicos e outros bancos de dados referentes as atividade econômicas desenvolvidas, bem como situações trazidas pelos participantes; e o diagnóstico de ações em saúde do trabalhador na Atenção Básica em Saúde, com vistas a garantir a integralidade do atendimento aos trabalhadores, por meio de ações intersetoriais com o CEREST, de forma articulada e integrada.

As estratégias e materiais utilizados nas oficinas, como por exemplo, as imagens trazidas pelos sujeitos, propiciaram através da metodologia ativa a aprendizagem significativa por meio do compartilhamento de saberes comuns dos sujeitos implicados e na problematização da realidade vivida por cada um (D' ÁVILLA, 2014). De modo que as imagens e as músicas estimulam a proatividade, produzindo afetos e deslocamentos, e por conseguinte, coloca-os como atores/ construtores do conhecimento, de forma comum e democrática, e não mais como aquele sujeito paciente, que recebe as informações prontas do professor, em um modelo de educação bancária (FREIRE, 2015).

Nesta perspectiva da abordagem para ensino-aprendizagem é importante que todos tenham a oportunidade de expressar.

[...] as possibilidades de produzir maiores ou menores efeitos dependem, de saída, dos modos como se inaugura o processo. Dos modos como se constrói a agenda de discussão e as possíveis propostas de inovação. Quanto mais coletivo, inclusivo e convidativo, maiores as possibilidades de produzir efeitos – também surpreendentes e inesperados[...] (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013, p. 43).

Assim, a proposta inicial de abordagem das temáticas teve a necessidade, também, de flexibilidade pela pesquisadora, ou seja, sofreu interferência na dinâmica pelas demandas levantadas de cada grupo, enquanto reconhecimento dos profissionais de saúde como trabalhadores, além dos usuários atendidos pelos mesmos, e a relação de suas práticas produtivas com a própria saúde ocupacional, que ao final possibilitou reflexões críticas sobre as práticas e a construção de um conhecimento transformador pela pesquisadora com relação

aos processos e organização do trabalho em saúde. Dessa forma apresenta-se no quadro 1 a esquematização da estrutura das oficinas realizadas:

Quadro 1: Estrutura das oficinas realizadas com os profissionais da Atenção Básica e CEREST, Santos, no período de julho a novembro/ 2019.

Oficina	Tema	Objetivo	Estratégia/ Material
1º Oficina	Acolhida Saúde versus Trabalho Relação do trabalho no processo saúde-doença através de questões norteadoras: - <i>Qual o papel do trabalho na vida?</i> - <i>Qual o papel do trabalho na saúde?</i> - <i>O trabalho adocece?</i>	- Identificação dos participantes - Abordar a relação entre saúde e trabalho, e sua implicação no processo de saúde-doença dos trabalhadores.	Papel kraft e caneta colorida, Música: Inventor do Trabalho (Batatinha)
2º Oficina	Visibilidade aos trabalhadores através das questões norteadoras: - <i>Como são os ambientes e as condições de trabalho dos usuários?</i> - <i>Como é a vida do trabalhador no território?</i> - <i>O trabalho e o trabalhador são invisíveis ou visíveis em nossas práticas profissionais?</i>	- Realizar diagnóstico situacional (perfil) de saúde-doença dos trabalhadores no território, através do levantamento das atividades econômicas prevalentes, tipos de vínculos trabalhistas, e identificação dos riscos para o adoecimento relacionado ao trabalho.	Imagem que faça menção e ative memória das atividades laborais no território, Dados epidemiológicos de notificação no período 2013 a 2018, Papel kraft e caneta colorida Música: Construção (Chico Buarque)
3º Oficina	Ações em saúde do trabalhador; Fluxos e referências Questões norteadoras: - <i>Articular com o CEREST é possível?</i> - <i>Articular com a Atenção Básica é possível?</i>	- Apresentação dos estudos de caso da Atenção Básica e do CEREST - Abordar as ações em saúde (desenvolvidas e possíveis), bem como os fluxos e referências (formais e informais) que o trabalhador realiza na rede de saúde de Santos	Estudo de caso, Papel kraft/ caneta colorida, Roda de conversa

4.1.4 Detalhamento das Oficinas

1ª Oficina – Tema: Saúde versus Trabalho

Na primeira oficina, além dos sujeitos da pesquisa receberem os esclarecimentos em relação ao objetivo da pesquisa e sobre a metodologia utilizada. Foram esclarecidos, ainda, os compromissos éticos da presente pesquisa e solicitado autorização dos participantes para gravação de áudio dos encontros.

Foi utilizada a dinâmica de apresentação do colega do outro serviço (*Quem é? Qual a atividade profissional e a atuação no serviço em que está inserido*), com o objetivo de permitir a troca de conhecimento e a integração entre os profissionais da Atenção Básica e o CEREST.

Após a identificação dos participantes, foi utilizado como material de apoio a audição e leitura da letra da música selecionada pela pesquisadora: *o inventor do trabalho* (Anexo 1), além da escrita de palavras significativas em papel kraft, para desencadear e facilitar as discussões em torno das seguintes questões norteadoras:

- *Qual o papel do trabalho vida?*
- *Qual o papel do trabalho na saúde?*
- *O trabalho adoecer?*

Ao final foi solicitado aos integrantes da Atenção Básica que trouxessem para a segunda oficina imagens e/ou objetos que fizessem menção a práticas produtivas realizadas por trabalhadores no seu território, e aos profissionais do CEREST a apresentação dos dados epidemiológicos, notificados no SINAN, com referência aos residentes do mesmo território, no período de 2013 a 2018, com o objetivo de dar visibilidade aos ambientes de trabalho e aos trabalhadores no território.

Nesta oficina, a pesquisadora foi convocada a ser facilitadora na integração entre os sujeitos da pesquisa e construção de uma relação de vínculo e confiança entre os sujeitos da pesquisa. Neste processo foi necessário exercer a escuta, interesse pelas divergências de opiniões e principalmente o respeito e valorização das diferentes realidades de trabalho.

2ª Oficina – Tema: Visibilidade aos trabalhadores

Na segunda oficina, recordamos a atividade anterior com o objetivo de dar continuidade à reflexão sobre a relação trabalho e saúde, e as práticas laborais pela população do território.

Em ambos os grupos, os integrantes da atenção básica não trouxeram previamente a imagem e/ou objeto encomendado ao final da oficina anterior, mas ao serem motivados pela pesquisadora, com relação a temática, descreveram imagens-objetos e explicaram os motivos da escolha com a relação do trabalho no território pela população assistida, isto é, a identificação da situação no mercado de trabalho, além de condições e ambientes de trabalho, colocando o usuário enquanto trabalhador.

Importante salientar que os profissionais da Atenção Básica trouxeram discussões significativas referente aos problemas no cuidado com a saúde, decorrentes das condições precárias de trabalho, desemprego e o trabalho informal, de modo a enriquecer o olhar integral sobre o usuário por ambas as equipes.

Os profissionais do CEREST apresentaram os dados epidemiológicos notificados de agravos em saúde do trabalhador, da população residente no território, confrontando com a experiência vivida pelos profissionais de ambos os serviços.

Após esta análise foi utilizado material de apoio à leitura e audição da música selecionada pela pesquisadora: *construção* (Anexo 2), além da escrita de palavras significativas em papel kraft, para discutir as seguintes questões:

- *Como são os ambientes de trabalho e as condições de trabalho?*
- *Como é a vida do trabalhador no território?*
- *O trabalho e o trabalhador são invisíveis ou visíveis em nossas práticas profissionais?*

Esta oficina foi extremamente significativa aos profissionais participantes e para a pesquisa. Alguns membros dos grupos se emocionaram ao refletir sobre as condições de trabalho e cotidiano dos usuários durante a audição da música, pois provocou a reflexão das vulnerabilidades e ausência de cuidado pelo próprio trabalhador para sobreviver, pela iniciativa privada e pelo poder público; além de desencadear críticas em relação as propostas de atenção e educação tradicional realizadas e vigentes, isto é, sua relação com a oferta e demanda nos serviços de saúde.

Para a pesquisadora foi uma oficina de descobertas que envolveram observações de conflitos entre participantes no que se refere a percepção da condição de vida dos usuários, resistências às mudanças nas concepções muito enraizadas, a falta de empatia para com o outro, e a negação do sofrimento dos usuários. Esta situação permitiu a observação da exclusão de alguns segmentos da população à assistência em saúde por parte dos profissionais de saúde. A oficina, também, permitiu repensar a atuação enquanto profissional da saúde, tanto da pesquisadora quanto dos profissionais participantes, e que essa troca de experiências diversas e múltiplas leva a construção do conhecimento das possibilidades e limites no caminho da transformação da organização do trabalho em saúde. Ressalta-se que a organização do trabalho é determinada pelo contexto sócio-político e econômico, que interferem de forma direta no apoio mútuo da equipe, da gestão, e na política de governo.

Ao final da oficina, foi encomendado aos integrantes da Atenção Básica a trazer para o próximo encontro um caso de atendimento envolvendo a saúde do trabalhador, e ao CEREST outro caso de atendimento para a discussão na terceira oficina. Foi ainda reforçado ao grupo o convite para realizar a oficina na unidade do CEREST – Santos, com a pretensão de que os membros da Atenção Básica conhecessem a estrutura física, os fluxos e recursos humanos deste serviço de atenção secundária.

3ª Oficina – Tema: Ações em Saúde do Trabalhador

Na terceira oficina, os trabalhadores da Atenção Básica, após conhecer a estrutura do CEREST Santos e os fluxos e atendimento, cada serviço foi motivado a apresentar um caso; e posteriormente o grupo comparou as semelhanças entre os casos apresentados e a existência da necessidade de integração e articulação entre o CEREST e a Atenção Básica para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador. Procedeu-se então a identificação das potencialidades de cada serviço na rede, através das seguintes questões norteadoras:

- *Articular com o CEREST é possível?*
- *Articular com a Atenção Básica é possível?*

Nesta oficina foi realizado o encerramento e avaliação das oficinas, sendo solicitado aos participantes uma síntese das reflexões realizadas nos encontros, descobertas e mudanças na prática de trabalho, as dificuldades encontradas e sugestões para melhoria do processo de trabalho em saúde do trabalhador na Atenção Básica em Santos.

Ao final da oficina, a pesquisadora, devido sua implicação profissional com o campo da pesquisa e os sujeitos, também compartilhou com o grupo suas impressões, dificuldades enfrentadas com relação a agenda e modos de produção, além da avaliação de possibilidades de articulação e integração para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador, que foram adquirindo coerência a partir dos discursos dos sujeitos.

4.1.5 Análise dos dados

O diálogo desenvolvido nas oficinas foi transcrito, de forma literal, através escuta dos áudios. Essa estratégia de captura dos resultados teve suas limitações, e outros parceiros

poderiam ter auxiliado na produção da análise, como o uso do diário de campo¹ para o registro das impressões e deslocamentos desde o processo de negociação ao preparo do espaço para a realização das oficinas, as facilidades e dificuldades de integração com os participantes, e os efeitos deste encontro, sob a ótica da pesquisadora, para a efetivação do trabalho em rede na Saúde do Trabalhador, bem como as suas limitações; a gravação de imagens também possibilitaria a visibilidade de emoções corporais não expressas em falas pelos participantes.

A técnica para analisar a fala transcrita dos profissionais participantes nas oficinas teve por base o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma vez que a saúde, doença e trabalho possuem significados pessoais e coletivos, inseridos em contextos culturais e sociais. A análise pautou-se no método de Lefèvre (2003) que busca:

[...] dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005) expressões chaves são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso. Estas expressões chaves foram destacadas pelo pesquisador, que revelavam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo, para obter as ideias centrais que traduziam o essencial do conteúdo de cada um dos discursos analisados, e por sua conseguinte sua ancoragem, isto é, a teoria, ideologia, ou crença que os sujeitos da pesquisa professam. E por final, o Discurso do Sujeito Coletivo foi redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das expressões-chave que tinham a mesma ideia central ou ancoragem, para expressar através de discursos-síntese a representação social sobre o objeto de pesquisa.

Portanto, a análise dos discursos produzidos nas oficinas pelo método Discurso do Sujeito Coletivo está apoiada na premissa de Lefèvre e Lefèvre (2014 p. 503), que defendem o “resgate da Representação Social (RS) e está caracterizado pelo fato de buscar reconstituir tais representações preservando a sua dimensão individual articulada com a sua dimensão coletiva”

¹ Diário de campo é uma ferramenta de pesquisa compreendida, no campo acadêmico, como anotação pessoal sobre acontecimentos marcantes para sistematização futura, através do conteúdo para a compreensão dos aportes teóricos. (MEDRADO; SPINK; MELLO, 2014)

Essa reconstituição das representações de coletividades por meio do conhecimento do sentido comum utilizado nas interações e comunicações no decorrer das oficinas, possibilitou por meio da pesquisa intervenção conhecer e descrever opiniões e representações das dificuldades, facilidades e desafios para promover e/ou reestruturar ações, e por conseguinte contribui para o planejamento da educação permanente em Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Básica em Saúde de Santos, de forma mais compartilhada e resolutiva com o CEREST Santos.

5. RESULTADOS

Na análise das falas emergidas nas oficinas utilizou-se do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Na interpretação do discurso as falas detectadas foram agrupadas em temáticas de acordo com os grupos definidos, (Orla Intermediária e Zona Noroeste), com o objetivo de compor o discurso coletivo, seguindo o método e demonstrar a relevância das discussões realizadas com os participantes da pesquisa.

5.1 Caracterização dos grupos de trabalho

A inclusão dos participantes dos sujeitos nos grupos, de acordo com os critérios já citados anteriormente, ocorreu através de convite pela pesquisadora e dos chefes de seção das unidades selecionadas da Atenção Básica, após orientação dos objetivos da pesquisa, Participaram das oficinas 14 trabalhadores, divididos em dois grupos, com os perfis apresentados nos quadros 2 e 3 a seguir:

Quadro 2: Distribuição dos dados referentes ao perfil do Grupo da Zona da Orla-Intermediária, Santos, 2019.

SEUB Aparecida		CEREST Santos	
Faixa etária	Total	Faixa etária	Total
Abaixo de 30 anos	0	Abaixo de 30 anos	0
Entre 30 a 40 anos	2	Entre 30 a 40 anos	1
Entre 41 a 50 anos	0	Entre 41 a 50 anos	2
Acima de 50 anos	1	Acima de 50 anos	
Escolaridade	Total	Escolaridade	Total
Nível Médio	3	Nível Médio	0
Superior Completo	0	Superior Completo	3
Ocupações	Total	Ocupações	Total
Agente Comunitário de Saúde	1	Assistente Social	1
Técnico de Enfermagem	2	Fisioterapeuta	1
		Fonoaudióloga	1
Tempo de Atuação no Serviço	Total	Tempo de Atuação no Serviço	Total
Menos de 5 anos	2	Menos de 5 anos	1
Entre 5 a 10 anos	1	Entre 5 a 10 anos	1
Acima de 10 anos		Acima de 10 anos	1
Total	3	Total	3
Total de Participantes			6

Quadro 3: Distribuição dos dados referentes ao perfil do Grupo da Zona Noroeste, Santos, 2019, Santos 2019.

SEUB Rádio Clube		CEREST Santos	
Faixa etária	Total	Faixa etária	Total
Abaixo de 30 anos	1	Abaixo de 30 anos	2
Entre 30 a 40 anos	1	Entre 30 a 40 anos	0
Entre 41 a 50 anos	2	Entre 41 a 50 anos	1
Acima de 50 anos	1	Acima de 50 anos	
Escolaridade	Total	Escolaridade	Total
Nível Médio	5	Nível Médio	0
Superior Completo	0	Superior Completo	3
Ocupações	Total	Ocupações	Total
Agente Comunitário de Saúde	2	Fisioterapeuta	1
Técnico de Enfermagem	2	Nutricionista / Fiscal de Saúde Pública	1
Auxiliar de Saúde Bucal	1	Terapeuta Ocupacional	1
Tempo de Atuação no Serviço	Total	Tempo de Atuação no Serviço	Total
Menos de 5 anos	1	Menos de 5 anos	3
Entre 5 a 10 anos	1	Entre 5 a 10 anos	0
Acima de 10 anos	3	Acima de 10 anos	
Total	5	Total	3
Total de Participantes			8

Observa-se, no que se trata ao perfil dos participantes da Atenção Básica, a maioria era da enfermagem, e não houve a participação de profissionais com ensino superior. Com relação aos participantes do CEREST, todos exercem ocupações diferentes, e em contrapartida possuíam nível superior. O CEREST possui profissionais com menor tempo de atuação quando comparados com os profissionais da unidade do Rádio Clube, porém é semelhante ao tempo de trabalho dos profissionais da unidade Aparecida.

Em nenhum dos grupos houve a participação do profissional médico, seja da Atenção Básica ou do CEREST, que pode ser resultado do modelo de atuação dos serviços, uma vez que ainda privilegia a concepção biomédica centrada na abordagem individual, na consulta, na cura da doença e no trabalho isolado destes profissionais.

Apesar da reunião que antecedeu a realização das oficinas, no qual houve a participação inclusive dos médicos, que reconheceram a importância da abordagem da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, foi observada a baixa cooperação dos gestores da Atenção Básica no sentido

de preparar um local nas unidades para o acolhimento do grupo nas oficinas e a flexibilização da agenda que possibilitasse a participação dos profissionais de nível superior como médicos, enfermeiros e dentistas, sendo justificado pela falta de pessoal, impedindo-os de deixarem de realizar as atividades rotineiras, refletindo a sobreposição da preocupação com a produtividade em detrimento as oficinas serem um mecanismo de qualificação da organização do trabalho.

A adequação de espaço ruim para a participação atrelado a ausência de cooperação da gestão, as múltiplas jornadas de trabalho e falta de interesse, também, são fatores que contribuem para a baixa adesão desta categoria profissional nas atividades de Educação Permanente, e provocam atrasos nos processos educativos. (D'ÁVILA *et al.*, 2014; PINHEIRO *et al.*, 2018).

Com relação ao gênero, os profissionais que participaram das Oficinas em sua maioria (79%) eram do sexo feminino, evidenciando a feminização da força de trabalho na área da saúde, despontando por diversos momentos nas oficinas grupais, a abordagem sobre aspectos da dupla jornada da mulher na sociedade. A característica dos grupos quanto ao gênero é apresentada no quadro 4.

Quadro 4: Distribuição dos dados referentes ao do perfil dos profissionais participantes por sexo nos grupos de pertencimento, Santos, 2019.

Sexo	Grupo Zona da Orla Intermediária		Grupo Zona Noroeste	
	Atenção Básica	CEREST	Atenção Básica	CEREST
feminino	2	3	3	3
masculino	1	0	2	0

No Grupo da Zona Noroeste, observa-se que 60% dos participantes da Atenção Básica apresentam-se com mais de 10 anos de atuação, distinguindo-se dos participantes da Zona da Orla-Intermediária, no qual 66,66% apresentavam-se com menos de 5 anos de atuação. Com relação ao tempo de atuação dos participantes do CEREST 66,66% encontram-se com menos de 5 anos de atuação. Os profissionais com menos de cinco anos de atuação relataram atividades anteriores em outras áreas relacionadas à saúde. A maioria dos participantes (50%) está na faixa etária entre 41-50 anos, conforme figura 1 a seguir:

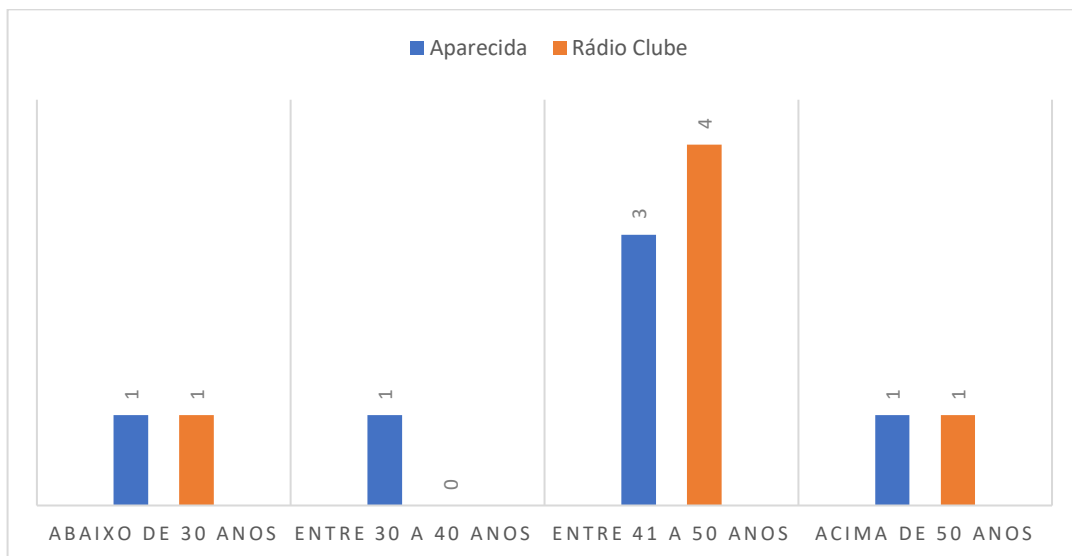


Figura 1. Distribuição dos participantes segundo a Faixa Etária, Santos, 2019.

Apesar dos discursos semelhantes em relação às temáticas definidas, é importante destacar que foram observadas diferenças entre os grupos quando abordado a temática “Como é a vida do trabalhador no território”. Foi observado, por exemplo, no Grupo da Zona Noroeste, especificamente da Atenção Básica, a dificuldade de reconhecerem as práticas laborais da população no território e identificação dos usuários(as) enquanto trabalhadores, devido à predominância do desemprego e formas precárias de trabalho não reconhecidas no mercado formal. Essa dificuldade provocou a reflexão da ausência de aproximação dos trabalhadores da saúde a respeito de hábitos vividos pela população local, mas que por vezes não são expressos abertamente, talvez atrelada a ausência de reconhecimento ou até mesmo repulsa/ negação, devido ao sofrimento que provoca e as limitações quanto à resolução dos problemas gerados pela precarização do trabalho; e o grupo conclui a necessidade planejar ações em saúde do trabalhador na Atenção Básica, conjuntamente com outros setores locais, incluindo o conselho de saúde local, para transformar a realidade neste território.

No Grupo Zona da Orla-Intermediária, ao compreender a questão trabalho olhando para o usuário observou-se que os profissionais da Atenção Básica apresentam maior facilidade em abordar a temática trabalho, através do relato de situações relacionadas aos efeitos na ocorrência de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, pois tal condição os faz refletir que está pode ter sido causada pelo desenvolvimento do trabalho. Por outro lado, quando os participantes se referem às visitas domiciliares aparecem relatos de observação de homens e

mulheres na casa visitada que foram aposentados ou afastados por decorrência de doença do trabalho, e a identificação do trabalho domiciliar. Tais condições descortinadas no momento da visita levam os profissionais de saúde à reflexão do trabalho e adoecimento, bem como aproxima da realidade dos trabalhadores no território.

Apesar da menor adesão dos trabalhadores da Atenção Básica no Grupo Zona Orla-Intermediária, os participantes apresentaram semelhanças com o Grupo Zona Noroeste, com relação à organização do serviço de saúde, apesar do perfil socioeconômico diferente dos usuários atendidos. Essa semelhança na atuação se deve às diretrizes do Programa de Atenção Básica.

5.2 Definição dos Temas para descrição dos Discursos

Na interpretação do discurso, através de ouvir e ler as falas nas oficinas, foi possível detectar que os profissionais da saúde de certa forma conhecem as questões relacionadas ao trabalho e a saúde, porém as atividades dos serviços, principalmente da Atenção Básica, os levam a falta de tempo para perguntar e compreender a realidade do trabalho dos usuários (as) que frequentam a unidade de saúde. No desenvolvimento das oficinas os profissionais da saúde dos dois serviços, Unidade Básica e CEREST, se referiram ao trabalho com palavras como fator financeiro, ambiente “adoecedor” e prejudicial, ritmo de trabalho, rotina empobrecida, dignidade, oportunidade. Em relação ao trabalho nas suas unidades e reconhecimento do trabalho do outro (o usuário) as palavras foram descritas em torno de sensibilizar, prevenção, reflexão sobre o trabalho, troca de conhecimento, medicações, informação e adoecimento, dentre outras. Todas as palavras emergiram em um contexto do trabalho e a saúde dos trabalhadores no geral, e no específico das atividades dos profissionais nas atividades nos serviços, da interação entre serviços e necessidades de informação no caminho de conduzir ações de prevenção.

A análise pautou-se no conceitual da área de saúde do trabalhador, a detecção do conhecimento sobre a relação trabalho versus saúde e as possíveis integrações entre os serviços de diferentes níveis.

Importante destacar que o Ministério da Saúde, através da RENAST, estabelece que as ações em saúde do trabalhador devem ser organizadas e implantadas no nível primário, isto é, na rede de Atenção Básica, considerada como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, a partir de uma equipe multiprofissional que deve conhecer o trabalho ou a ocupação do

usuário-trabalhador, no território sob sua responsabilidade sanitária, e incorporar esse conhecimento nas suas práticas cotidianas de promoção, proteção e vigilância, assistência e reabilitação. E o CEREST deve desenvolver ações assistenciais, aos trabalhadores com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho, como serviço de referência, quando se esgotam as possibilidades de se estabelecer nexos causais entre os problemas de saúde, as situações de trabalho pela Atenção Básica, além das ações de vigilância em saúde do trabalhador, e o papel de apoiador; para garantir a integralidade do cuidado (VELLO, 2015; AMORIM *et al*, 2017; PINTOR, 2019)

Assim os discursos semelhantes foram agrupados sob os seguintes temas: (1) Compreensão da relação trabalho versus saúde; (2) a saúde do trabalhador no território; (3) prevenção e imediatismo das ações em saúde; (4) acolhimento na Atenção Básica e CEREST; (5) sobrecarga dos trabalhadores da saúde e (6) potencialidades para o trabalho em rede no cuidado da saúde do trabalhador. Todos os participantes abordaram todos os temas, o que consideramos um fato esperado por se tratar de oficinas com a participação em grupo.

A seguir apresenta-se a **perspectiva** na elaboração das oficinas e a definição dos temas.

(1) Compreensão da Relação Trabalho Versus Saúde

A definição desta temática está relacionada ao objetivo das oficinas, principalmente em seu primeiro encontro. Ressalta-se que as oficinas foram estruturadas com temáticas a propiciar a reflexão sobre a relação do trabalho versus saúde e como as condições de trabalho têm interferido no processo saúde/doença da população no território, através do olhar dos profissionais da Atenção Básica e do CEREST.

Como ponto de partida das oficinas com os profissionais da saúde foi necessário o desencadeamento de questões visando provocar a reflexão sobre o papel do trabalho na vida e saúde das pessoas, bem como a identificação de vulnerabilidades sociais e riscos que possam implicar no processo/saúde dos trabalhadores.

As questões norteadoras que possibilitaram o desencadeamento do discurso foram:

- *Qual o papel do trabalho na vida?*
- *Qual o papel do trabalho na saúde?*
- *O trabalho adoecer?*
- *Como são os ambientes e as condições de trabalho dos usuários?*
- *Como é a vida do trabalhador no território?*

- *O trabalho e o trabalhador são invisíveis ou visíveis em nossas práticas profissionais?*

(2) A Saúde do Trabalhador no Território

A definição desta temática se configurou a partir da primeira oficina com a dinâmica de apresentação dos participantes, após a escuta e troca de informações sobre a atuação dos integrantes no serviço em que está inserido na rede. Na segunda e terceira oficina, os profissionais também discursaram sobre o diagnóstico situacional das condições de trabalho e perfil dos meios de produção da população no território da Atenção Básica, através do levantamento, pelos profissionais do CEREST, dos agravos relacionados a Saúde do Trabalhador, notificados no SINAN, no período de 2013-2018, demonstrados a seguir na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição de notificações, no SINAN, dos agravos por território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e do Rádio Clube, no período de 2013 a 2018.

Agravos Notificados	Território da Aparecida		Território do Rádio Clube	
	Números Absolutos	Percentual %	Números Absolutos	Percentual %
Lesões por Esforço Repetitivo / Dor Relacionada ao Trabalho - LER / DORT	29	20,71	43	62,31
Acidentes com Material Biológico	52	37,14	10	14,49
Acidentes Graves	37	26,42	14	20,28
Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho	20	14,28	1	1,44
Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional – PAIR	1	0,71	1	1,44
Intoxicação Exógena	1	0,71	0	0
TOTAL	140	100	59	100

Fonte: Tabwin – SINAN NET - Dados extraídos em 30/07/2019.

Considerando o maior número de notificações por LER/ DORT, foram apresentados os dados por ramo de atividade (figura 2). Abordado as impressões e experiências com usuários destes segmentos nos serviços da Atenção Básica e no território, e percepções dos ambientes e condições de trabalho destes. Foi observado que a maior frequência ocorre entre os trabalhadores que realizam serviços de limpeza, domésticas, comércio do ramo alimentício, operários da construção civil e atividades portuárias como estivadores ou que trabalham com transporte de cargas, como motoristas de caminhão.

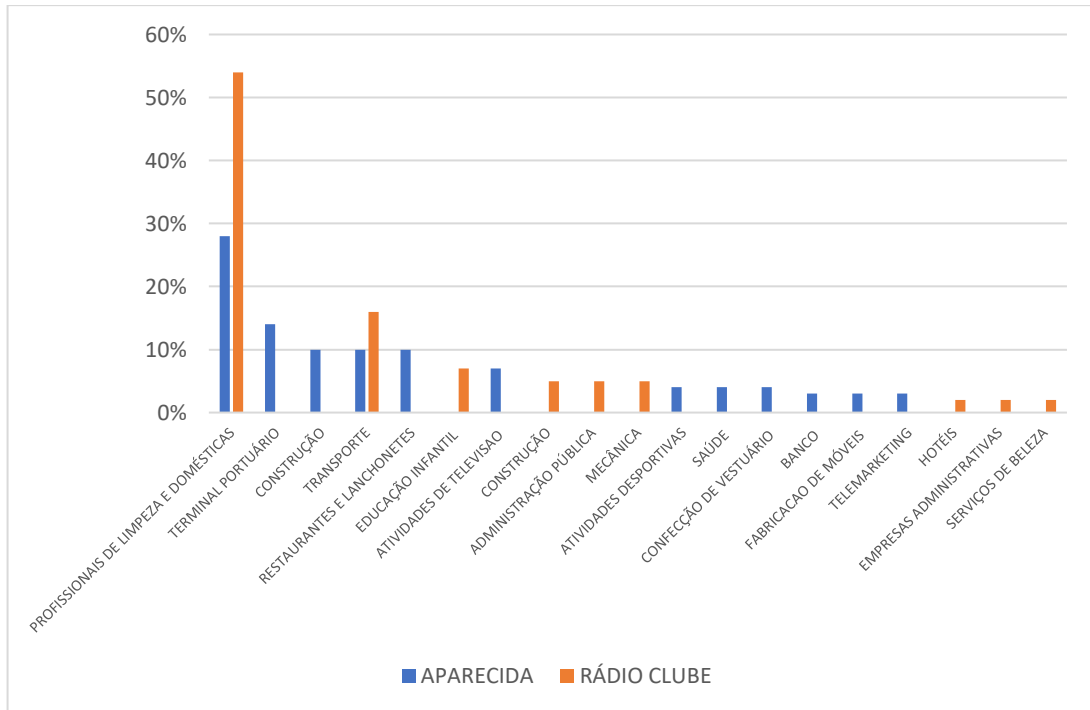


Figura 2. Distribuição segundo os ramos de atividade dos residentes no território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e Rádio Clube, notificados para LER/DORT, no SINAN, pelo CEREST Santos, no período de 2013-2018.

Foi discutido, também, a relação do perfil de vinculação destes trabalhadores no mercado de trabalho (autônomos, não registrados e aposentados), adoecidos por LER/ DORT, com a ausência ou pouca possibilidade do afastamento para tratamento e emissão de CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho) conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição do afastamento e emissão de CAT dos trabalhadores notificados para LER/DORT, no SINAN, por território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e Rádio Clube, Santos, no período de 2013 a 2018.

Território	Afastamento %	CAT emitida %
Aparecida	62,06	37,93
Rádio Clube	20	18

Fonte: Tabwin – SINAN NET - Dados extraídos em 30/07/2019.

Os acidentes de trabalho também foram analisados de acordo com o ramo de atividades e ocupação em ambas os grupos, havendo destaque para as áreas do transporte e armazenamento de cargas, com destaque para a atividade portuária, seguidas da construção civil e comércio, sendo apresentados na Tabela 5, a seguir:

Tabela 5. Distribuição dos Acidentes de Trabalho Grave notificados no SINAN, por território das Unidades Básicas de Saúde da Aparecida e Rádio Clube, Santos, no período de 2013 a 2018.

Ramo de Atividade / Ocupação	Aparecida	Rádio Clube
Comércio Varejista	6	5
Auxiliar de Farmácia de Manipulação	1	0
Confeiteiro	1	0
Cozinheiro	2	0
Feirante	1	1
Garçom	1	0
Padeiro	0	1
Vendedor	0	2
Repositor de Mercadoria	0	1
Construção	4	6
Servente de Obras	3	0
Pedreiro	0	3
Carpinteiro	0	1
Mestre de Obras	0	1
Pintor de Obras	0	1
Vidraceiro	1	0
Fabricação	1	0
Serralheiro	1	0
Manutenção de Veículos Automotores	3	1
Borracheiro	0	1
Mecânico	3	0
Saúde	1	0
Técnico de Enfermagem	1	0
Serviços para Manutenção Predial	2	0
Porteiros de Edifício	1	0
Jardineiro	1	0
Segurança	7	0
Policia Militar	3	0
Instalador de Sistema de Segurança	2	0
Vigias	2	0
Armazenamento e Transportes	10	2
Estivador	5	1
Motociclistas	3	0
Operador de Empilhadeira	1	1
Manobrador	1	0

Fonte: Tabwin – SINAN NET - Dados extraídos em 30/07/2019.

No Grupo da Zona da Orla Intermediária, o CEREST Santos destacou a ocorrência de maior por acidentes com material biológico, em sua maioria nos profissionais de saúde residentes no território da Unidade Básica Aparecida, comparado aos demais agravos relacionados ao trabalho, conforme já apresentado na tabela 3.

O CEREST- Santos no Grupo da Zona da Orla Intermediária apresentou a ocorrência de notificações por transtorno mental relacionado ao trabalho, com destaque para o afastamento para tratamento de 75%, conforme apresentado na figura 3 a seguir:

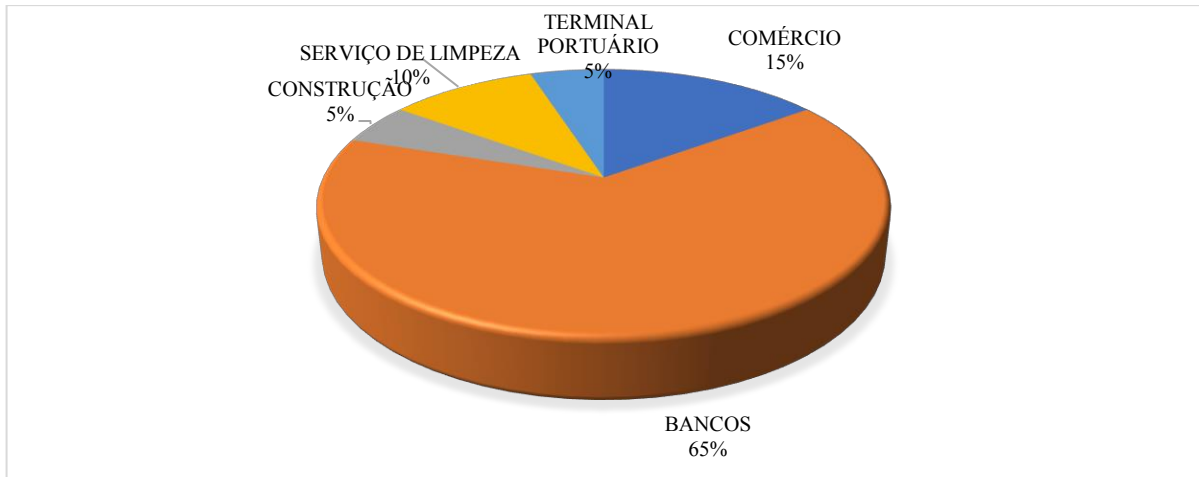


Figura 3. Distribuição segundo os ramos de atividade dos usuários residentes no território da Unidade Básica de Saúde da Aparecida notificados para Transtorno Mental relacionado ao Trabalho, no SINAN, pelo CEREST Santos, no período de 2013-2018.

No grupo da Zona Noroeste o CEREST-Santos computou a ocorrência de 1 (uma) notificação para Transtorno Mental relacionado ao Trabalho, trabalhador de serviço público.

Os demais agravos relacionados ao trabalho, como perda auditiva relacionada ao trabalho e intoxicações apresentaram ocorrências menor e coincidem com os ramos de atividades já apontados nos outros agravos já mencionados.

Na continuidade do encontro as questões norteadoras contemplaram:

- *Como são os ambientes e as condições de trabalho dos usuários?*
- *Como é a vida do trabalhador no território?*
- *O trabalho e o trabalhador são invisíveis ou visíveis em nossas práticas profissionais?*
- *Articular com o CEREST é possível?*

Com os discursos obtidos foi possível compreender as diferenças do perfil socioeconômico dos usuários/trabalhadores e meios de produção de cada território, e as suas respectivas demandas sobre a Atenção Básica. Os participantes apontaram ainda a necessidade de apoio do CEREST para o diagnóstico situacional, através da análise epidemiológica e ambiental, e para o reconhecimento das condições de trabalho da população. Este apoio aparece nas falas como um processo de troca de conhecimento entre as equipes, para o planejamento de ações de acordo com as necessidades do território.

(3) Prevenção e Imediatismo das Ações em Saúde

Os profissionais de saúde em seus discursos apresentaram a necessidade de desenvolver ações de promoção e prevenção nos serviços que atuam, porém identificam dificuldades no desenvolvimento atrelado a demanda de ações de caráter curativo demandado pelos usuários, que procuram o serviço quando a doença já encontra-se instalada, numa perspectiva de atendimento imediato pelo usuário.

A temática em questão surge como um ponto importante para embasar o diagnóstico situacional do perfil assistencial e as estratégias das ações em saúde do trabalhador, através do entendimento das facilidades e dificuldades para apoio técnico e educação permanente em saúde, pelo CEREST.

A partir dos discursos foi possível compreender que a oferta e demanda nos serviços de Atenção Básica está permeada pelo contexto social, econômico e cultural de uma visão assistencialista². Enquanto profissional do SUS e pesquisadora provocou-me o questionamento das estratégias de mobilização dos atores, isto é, da população, dos profissionais e gestores de saúde para o agenciamento mútuo das ações em saúde do trabalhador, no sentido de transformação dessa prática para uma efetiva promoção da qualidade de vida no trabalho.

(4) Acolhimento na Atenção Básica e no CEREST

Conforme apontado anteriormente, as oficinas foram planejadas de modo a provocar reflexão da determinação do trabalho no adoecimento do ser humano e como as questões sobre o trabalho aparecem nas demandas dos usuários no território de referências das unidades básicas selecionadas, bem como quais ações estas unidades de saúde ofertam sobre questões relacionadas à saúde do trabalhador.

Nesse sentido, na 2ª e 3ª Oficina utilizou-se da apresentação de dados de notificação de agravos relacionados ao trabalho pelo CEREST Santos e de figuras/ imagens que despertaram a percepção dos participantes da Atenção Básica com relação aos meios de produção e os seus

² Práticas focadas no modelo tradicional biologicista e determinista, em detrimento das ações integradas e integrativas voltadas para a promoção e a educação em saúde (DALMOLIN *et al*, 2011, p. 390)

riscos. Utilizou-se ainda posteriormente, a apresentação de um estudo de caso de um trabalhador no território; além da reflexão para responder a seguinte questão norteadora:

- *O trabalho e o trabalhador são invisíveis ou visíveis em nossas práticas profissionais?*

Dessa forma reforçou-se a abordagem sobre debater o conceito de acesso universal e de integralidade, por meio do discurso da necessidade de sensibilização dos profissionais da saúde para a importância do acolhimento do trabalhador nos serviços de saúde.

À medida que os participantes da Atenção Básica e do CEREST dialogam e comparam o acolhimento entre os serviços, enquanto pesquisadora tenho dúvidas em relação aos fluxos de organização do CEREST na rede de saúde. A prática de “acolhimento” referida pelos participantes do CEREST parece remeter ao ato de triagem de usuários com nexo causal relacionado ao trabalho. Enquanto apesar da crítica da Atenção não realizar acolhimento, há a impressão de maior abertura para novas experiências quanto aos fluxos de possibilidades.

(5) Sobrecarga dos Trabalhadores da Saúde

Os trabalhadores da saúde em seus discursos trouxeram como compreendem as repercussões da rotina de trabalho desenvolvido e sua própria saúde, através de relatos de sobrecarga, sendo uma dificuldade para assistência ao usuário dos serviços de saúde.

Essa relação da sobrecarga ganha relevância na análise dos discursos, dada a produção de intensidade, especialmente na Zona Noroeste, ocasionando a reflexão de que a sobrecarga não está vinculada apenas a quantidade de serviço, mas a precarização do trabalho, complexidade e a necessidade de apoio conjunto.

Considerando esse contexto a temática foi definida devido à importância da compreensão de que o adoecimento físico e psíquico do trabalhador de saúde resulta das condições de trabalho, inclui-se os fatores pessoais, e a sua abordagem necessita de reconhecimento e compartilhamento de responsabilidades, através de uma rede de apoio.

(6) Potencialidades para Trabalhar em Rede no cuidado em Saúde do Trabalhador

No decorrer da 1ª e 2ª oficina, os trabalhadores da saúde em seus discursos trouxeram a ausência de integração dos serviços, e como repercute na dificuldade de acesso e resolutividade aos usuários do sistema, gerando sentimentos de frustração e impotência.

Além disso, na 3ª oficina, os trabalhadores expressaram opiniões sobre possibilidades de articulação entre o CEREST e Atenção Básica através de situações vivenciadas no cotidiano dos serviços, por conseguinte avaliaram a sua importância e perspectivas de transformação do cuidado em saúde.

Esses discursos foram significativos para a construção da temática, e propositura de estratégias entre os serviços para o trabalho em rede e o fortalecimento da saúde dos trabalhadores.

Para a pesquisadora essa intensidade das impressões e o próprio desenvolvimento das oficinas possibilitou diagnosticar que a composição do trabalho em rede é um movimento sinuoso de ir e vir, que deve ser antecedido pela criação de um campo aberto de diálogo entre os gestores e profissionais, através da vinculação, negociação e confiança.

5.3 Discursos dos Profissionais da Saúde

(1) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: Compreensão da relação trabalho versus saúde

Grupo Zona da Orla Intermediária

Vou falar no meu caso específico o que acontece, tem até gente aqui que não vai me deixar mentir, o reconhecimento pessoal é o que te dá mais prazer profissional, é o que te dá o gás para você voltar no dia seguinte para trabalhar. Você trabalha melhor. Realização, né? Então pra mim, entra muito na questão de não só uma necessidade para viver e adquirir as coisas necessárias, como subsistência e necessidade, porque eu preciso trabalhar para sustentar a minha família, mas também na questão reconhecimento financeiro e pessoal, né? Na dignidade e no papel social que cada pessoa cumpre quando trabalha, né? Principal o financeiro com um bom salário, a gente consegue proporcionar toda a parte boa, os lazeres e tudo mais. A socialização, também, começa a conhecer mais pessoas, você vai ampliando mais o leque de amizades. A ausência dele, justamente o oposto.

Então o trabalho, ele também traz isso: sair daquela zona de conforto e aquilo tá tranquilo. “Eu entro 8h da manhã, sento aqui, vou pro computador, faço o que eu tenho que fazer, tomo meu café, vou almoçar, não é verdade?” E, de repente, precisa se movimentar mais, fazer outras coisas, então sai daquela zona de conforto que só fazia aquilo e, de repente, vai ter que

se reinventa com força ou sem força, vai ter que ir lá fazer uma outra coisa que, de repente, nem conhece, mas vai ter que fazer, vai ter que descobrir como vai ter que fazer aquilo. Então eu, por exemplo, não sou a mesma de quando eu me formei, nem como pessoa, nem como profissional. O trabalho vai enriquecendo essa sua evolução, a sua mudança como pessoa, e a sua evolução como pessoa, a sua maturidade, também vai influenciando no seu modo de trabalhar.

Acho que o trabalho é um é um fator importantíssimo de qualidade de vida. Se for um ambiente positivo, que a gente faz um trabalho com o qual a gente se identifica, consegue executar as nossas tarefas de uma forma prazerosa, e tem que estar sempre avançando pra buscar novas informações, qualificações pra tá atuando, a qualidade de vida da gente aumenta porque boa parcela do dia a gente passa naquele ambiente, e isso colabora pra saúde. Se eu tô num ambiente totalmente desfavorável, executando uma função que eu tô o tempo inteiro à prova ou o tempo inteiro tendo que me superar, o tempo inteiro não conseguindo atingir objetivos, eu acho que isso vai impactar negativamente na qualidade de vida, por causa do cansaço, das expectativas que a gente tem que nem sempre são correspondidas dentro daquele ambiente, né? Esforço, demanda um esforço físico, mental e cotidiano né? Já que todo dia você se esforça para estar naquele ambiente.

Como eu vou dizer pra você? O trabalho pode proporcionar um desequilíbrio. Na medida em que a gente atende pessoas, que a gente tá sempre submetido a alguém e isso gera o desgaste emocional de uma pressão, uma questão de ter que cumprir um prazo ou de atingir uma meta e isso provoca um desgaste, né? Então a gente tem que voltar no nosso foco e fazer uma autoanálise e exercitar o autocontrole para continuar trabalhando, o “estresse”, né? Estresse não adianta, todo mundo sofre, por mais favorável que seja aquele ambiente, por mais prazeroso que seja o seu trabalho, você acaba demandando uma situação de estresse, e “prazer e qualidade de vida” que também vem com o trabalho.

Às vezes eu cuido mais do outro do que de mim. É um bagulho automático. A falta de tempo de pensar em você também, né? Mas não é uma coisa de propósito. Então adia um exame, protela aquela questão e acho que assim, essa negligência porque não encontra brecha na agenda, ou porque a gente acha que a gente nunca vai ser atingido por aquela questão da saúde.

O que eu observei, principalmente, é esse fato do cara não estar preocupado com si, tá preocupado em tratar bem a família dele, levar o pão pra casa. Ele só precisa ter forças pra trabalhar. E quanto mais vai aumentando o ritmo de trabalho, pior ele vai ficando. Às vezes ele não percebe, ele vai fazendo as coisas no automático, só que vai piorando cada vez mais. E conforme a rotina vai piorando, vai acelerando. O que eu percebi, foi isso. Eu acho que assim, reflete o trabalho e o que ele representa na vida de boa parte da população. É a questão do sustento, por causa do trabalho dele, do dinheiro que ele leva, a prioridade às vezes do cara é sustentar a família.

Eu acho que a gente relaciona é a questão do acidente, né? Porque qualquer tá sujeito, quando ele sai de casa para trabalhar, ele se despede naquele dia e não sabe se vai voltar. Que faz um trabalho tão arriscado e aí o ritmo de trabalho posto pra ele, faz acontecerem coisas que culmina na morte daquele trabalhador. Então assim, o quão insignificante pode ser uma vida humana que se perde dentro do trabalho, né?

Pode ser um trabalhador da saúde, fazendo dois, três plantões. Uma vez eu vi um cara fazendo automático [o trabalho]. Então acaba sendo um excesso que não é saudável, às vezes você tem essa noção de que não é saudável, e aí o que decorre desse excesso de trabalho? Desgaste físico é mais fácil de ser percebido por que dá mais sinais, digamos assim, né? O emocional não, né? O emocional você vai indo, aquele dia você chegou irritada, mas você não sabe porquê, você acha que é TPM [Tensão Pré Menstrual], você acha que é sei lá o que, porque levou um tropeção na rua, só que vai se acentuando, né? E às vezes alguém chega pra você e coloca, ou às vezes você adocece mesmo. O excesso também faz o que? Faz com que você ignore, menospreze os sinais que o teu corpo tá dando, né?

Às vezes eu sinto que pra eles [os trabalhadores] não têm tanto essa possibilidade, “ah, eu quero isso mesmo ou eu não quero”, acho que eles são meio que levados. Mas que ele já vai trabalhar se chapando, pra tentar aguentar essa vida, mas ele é parado! Porque ele ralou muito. E o que uma pessoa assalariada, num trabalho difícil, sem perspectiva, o que ela tem como válvula de escape? Qual é o momento de lazer ou de diversão?

Mas a sensação que eu tenho, que é uma rotina empobrecida. É trabalho, casa, comer e dormir, atividades fisiológicas, né? Na verdade, assim, a principal fala que eles têm com relação a lazer, é que eles não têm dinheiro para isso. É o tempo e o dinheiro, né? A gente usa o tempo como uma bengala, né? Isso eu falo por mim.

Imagina uma pessoa que faz um trabalho desgastante, ela chega no fim do dia, ela tá moída realmente. Então se você falar de uma atividade de lazer pra ela, é quase uma punição assim. E a questão financeira não tá necessariamente ligada ao dinheiro, né? Tá ligada com o que eu entendo por lazer. Realmente sair pra um barzinho, sentar e beber, eu preciso de dinheiro. A questão do lazer, ela não é só pro descanso, pra descansar o corpo, descansar a mente. É claro que faz parte disso, é fundamental pra saúde, mas vai te dar a possibilidade de perceber e viver outras coisas. Tem tantas possibilidades de fazer coisas que não necessariamente envolvam o dinheiro, né?

Eu sei de um rapaz que ele carrega uma geladeira sozinho! Só que o que acontece? Ele é usuário de cocaína. Pra poder carregar o material, ele vai lá e faz o uso, o cara vira o Rambo que eu já vi! Ele carrega sozinho uma geladeira. E a hora que passa o efeito, que estado que tá esse corpo? Totalmente quebrado. E pra não sentir o efeito do trabalho, ele usa de novo. Muitos realmente acabam apelando pro álcool ou pra outro tipo de droga, como uma válvula de escape para aquele trabalho tão difícil que ele faz, né?

Por isso que eu falo, enquanto o ser humano não ver que ele é primordial, que é essencial, que precisa de tudo isso, enquanto ele não aprender isso, ele não vai, então a questão de falar de dinheiro e tal. Então o jovem, ele tá seguindo o exemplo que é feito na família dele há gerações; ou ele trabalha e estuda muito e não dá tempo.

Grupo Zona Noroeste

Acho que tudo parte de uma necessidade, seja ela financeira ou não, porque tenho a dignidade do final do mês ter o meu dinheiro, e assim poder ajudar os entornos, entendeu? A gente fica feliz quando a gente tá trabalhando, tá ajudando, tudo. Então entra essa questão de se sentir útil, por eu ter uma ocupação, por eu ter um objetivo assim, eu tenho um motivo pra sair de

casa, de sentir produzindo, de sentir conectado com aquele trabalho, conectado com aquele espaço, se sentir importante, se sentir que é necessário. Quando você consegue dar a tua cara pro teu trabalho, também se torna prazeroso.

O trabalho é uma oportunidade, né? Ter experiências. Ele também traz essa coisa que é do conhecimento, né? Penso em criatividade para resolução de problemas, não dar sempre a uma mesma resolução, mas você estar pensando em outras soluções. E precisa viver, não adianta querer viver das experiências dos outros. E o trabalho ele vai te trazer isso, porque vai te conectar com o ser humano. É o ser humano que vai te trazer esta troca. Você não consegue fazer nada isolado. Então essa dignidade ela vem disso junto com esse aprendizado.

Acho que é a questão da rotina empobrecida. Você fica casa-trabalho-trabalho-casa, né? E chega em casa e só fala de trabalho. Mas não acorda de manhã no sábado, no domingo ou no feriado, para poder se distrair. Deixa de ter outras atividades que também façam sentido e que te tragam saúde. Seja ir para um churrasco, seja você caminhar na praia, seja sentar e ver um filme. Então fazer coisas que façam sentido, porque às vezes “a única coisa que faz sentido pra mim, é o meu trabalho.” É engraçado, sai cansado do trabalho, no outro dia tá lá de novo.

Então é difícil. Esses cuidados também servem pra gente. Eu também preciso fazer exercício físico, preciso sair para passear também. Não é só casa-trabalho-trabalho-casa. E o que eu tô fazendo nas minhas horas de folga pra mim?

Eu não sei se chega a atrapalhar [a saúde]. Eles [usuários-trabalhadores] falam que sim, que não tem tempo, que é corrido. Se não trabalhar, não ganha dinheiro. E lá a gente tem muito disso. Então não tem uma garantia de poder se afastar pra tratamento.

Eu vou falar por mim, o ambiente [de trabalho] ele é propício pra ele ter alguma doença. Se não é físico, é emocional, que o emocional futuramente o físico vai responder, entendeu? As condições eu acredito que não devam ser boas. Mas eles também quando vem pra gente conversar, eles não trazem tanta queixa do trabalho em si, entendeu? Ele trabalha, ele vai lá e faz. Eles se queixam de falta de trabalho. Não tem nada. E não tem perspectiva nenhuma. Às vezes o pai trabalha, quando o pai trabalha. Ou às vezes o pai trabalha e a mãe trabalha, às vezes nenhum dos dois trabalha.

Idéia Central: A compreensão da relação trabalho e saúde está relacionada com o atendimento das necessidades financeiras e de reconhecimento social, uma vez que permite dignidade, conquistas, produção e evolução, sendo agente de transformação das pessoas. Sem trabalho não há dinheiro e, por conseguinte falta a garantia da própria subsistência e da família, impactando no modo de vida. As condições do ambiente, as relações sociais que permeiam e o ritmo de trabalho influenciam diretamente na qualidade de vida e no tempo para o cuidado da saúde dos trabalhadores. O trabalho, de modo geral, impacta na saúde dos trabalhadores.

(2) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: A Saúde do Trabalhador no Território

Grupo Zona da Orla Intermediária

Eu nem sabia que existia esse órgão [CEREST], que a Prefeitura tinha isso, e como faz pra encaminhar pra cá. Bem interessante eu saber. Então ela [fisioterapeuta] trabalha lá, tem um acolhimento onde verifica todas aquelas pessoas que têm com problema de saúde no trabalho, referente ao trabalho e a assistência ao trabalhador. Eu não sabia que eles poderiam abrir CAT [Comunicação de Acidente de Trabalho], eu achava que era uma atribuição da empresa ou do próprio trabalhador e assim. eu gostei da reflexão, da reflexão sobre o trabalho e o conhecimento do trabalho de vocês, que é amplo e é muito interessante. Então hoje foi algo a mais que você conhece e que você pode oferecer, falar “olha, tem um caminho pra você.”

Na verdade, vem pelo adoecimento e aí coincide de ser sempre a mesma coisinha. “Ah, eu trabalho em casa de patroa, isso e aquilo, tenho problema de pressão e tenho dor aqui nas costas”, a maioria é sempre o mesmo contexto a mulher como eu falo continua trabalhando, mas geralmente o homem é aposentado, né? Basicamente, é sempre a mesma visão mesmo não combinando e sendo casos independentes, é sempre bem parecido: dor nas costas e pressão alta. Alguns tem diabetes, mas a grande maioria é dor nas costas, muito forte, devido ao acúmulo de serviço e hipertensão.

Porque assim, alguns deles falam “ah não, porque eu trabalho e pego peso, só que eu devo ter pegado alguma coisa de mau jeito”, só que assim, eles não chegam a associar. A gente pergunta “no que você trabalha?” ou “no que você trabalhava?”, aí eles comentam. O estivador pegou peso e a mulher trabalhou na casa de terceiros. É onde a gente descobre onde o cara trabalha, o que ele faz, se ele faz esforço a mais, onde a moça trabalha, se ela faz quantas limpezas por dia. É essas coisas que costumam aparecer mais vezes e você vai coletando essas informações. Mas na hora, o que vem é o problema, a dor e a pressão. É isso que vem.

E quando eu entrei conversando, eu conversei primeiro com ela [mãe do rapaz aposentado]. Eu perguntei quantas pessoas moravam na casa? Ela foi falando, aí ela falou do filho dela. Aí ele veio conversando comigo, quando eu fui fazer o cadastro, eu perguntei pra ele e ele falou “não, eu sou aposentado”, aí eu falei, “mas você é aposentado?” “Eu vi ele novo, com trinta e poucos anos; aí ele pegou e falou assim: “não, é que eu tive um problema”, e aí ele trouxe todos os exames dele lá, tudo sabe? Aquelas sacolas lá todas. E realmente, tava constatada “hérnia não-sei-o-que”, e eu não me lembro se era cervical, mas me lembro que era hérnia. E aí ele tava me explicando, né, e aí eu falei assim: “mas você trabalhava nas docas do que? Sentado ou carregando?” Porque fora do navio, não é estivador. Ele pegou e falou: “não, eu trabalhava numa oficina, eu trocava pneu, coisa assim.” Aí ele falou que aquele serviço era horrível, ele foi falando que pega um peso danado, né, e ele falou que dá um tranco quando você coloca não sei o que.

Eles [gerentes de banco] têm convênio, né? E, praticamente como não utilizam os serviços aqui da Unidade Básica, também não querem dar muitas informações, dá bem o básico, tipo assim: “tenho convênio, não vou lá, não preciso que venha aqui fazer visita pra mim.” A gente não tem como saber, então, por conta disso, o que mais surpreendeu foi essa parte então.

Assim, acho que isso tem muita relação com a questão da moradia neste território aqui, dos profissionais da saúde que residem nessa área, né? Mas eu não imaginei que tivesse tanto caso,

como eu falei, foi a maior surpresa pra mim, foi isso, acidente com material biológico. Porque a gente não imaginava. Até porque essas notificações acabam partindo mais do próprio empregador, do próprio serviço. Onde eu vejo que tem muita gente da saúde aqui é nos momentos da vacina, das campanhas. Porque fora isso, é difícil a gente não associar porque ele [usuário que trabalha como profissional da saúde] não vem pra cá. A gente não tem como saber. Então eu vejo muitos pedreiros que não estão usando capacete, não usam luvas... então, porque além do risco que você tem de cair, também tem alguns produtos que possam ser químicos, parte elétrica, né, que aquilo, ele possa desenvolver é algo mais grave, como a morte, que aqui a música tá relacionando. Então a morte em relação a esse trabalhador que trabalha na construção.

Pra mim é o conhecimento do serviço de vocês, vir até aqui, saber o que vocês fazem é bom pra identificar, né? Ajuda o olhar clínico, a ver o paciente e poder encaminhar com propriedade e falar com propriedade o que o paciente precisa, podendo identificar e separar o que é uma possível doença ocupacional. Então você conhece uma pessoa, você cuida e falar pra ela que existe um serviço que ela pode buscar ajuda. Isso é um ganho profissional, trabalho melhor profissionalmente e o paciente ganha com um atendimento melhor e mais adequado. É importante essa troca.

Grupo Zona Noroeste

Eu não sabia disso na realidade, entendeu? Da existência da SEVREST, de ter um profissional pra cuidar do outro profissional que ali tá. Então assim para mim é bem interessante. Vou usar quando precisar indicar até para um colega. Com quem eu posso conversar? É importante pra saber onde eu posso correr quando já não faz parte da minha alçada resolver aquilo lá.

Eu nem sabia da existência, sabia da sigla, mas nem sabia como funcionava. É uma sigla tão assim, como tantas outras. Encaminha os pacientes para fisioterapia, encaminha os pacientes para psicologia, mas não sei o verdadeiro significado! Né? Mas, tinha que ter mais umas orientações do que é oferecido, como que é, quem trabalha lá, quais as pessoas que podem ser atendidas, inclusive por causa da saúde né? Orientar primeiro a equipe para orientações e ações sociais voltadas ao público trabalhador. Porque é um grande desencontro, falta isso, orientações que são voltadas para essas áreas mesmo, pelo menos do conhecimento que eu tenho. Por exemplo, precisou você ter esse trabalho, pra poder apresentar um serviço nosso. Aí eu achei também legal tipo assim conhecer as plantas físicas dos locais, né? Na última oficina a gente vai para lá na SEVREST, então? E assim eu não conheço outros locais de trabalho assim, só aqueles que casualmente eu cheguei tipo foi assim. Mas, assim pegar o funcionário: “Ó você conhece tal lugar? Sabe?” Tipo é legal chegar lá e saber onde. Quem nem aqui às vezes pensa que é falta de interesse, mas não porque gente tem que fazer uma carga horária de 8 horas, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo.

Ah, eu já falei um pouquinho. Alguns utilizam e vem aqui sempre. Também é muito paciente de comércio assim, e eles têm diabetes, pressão alta, e eles trabalhando nas lojas assim. , eles dão uma fugida pra vir aqui pra ver dentro, verificar pressão, por conta da saúde e da rotina também, mas mesmo assim eles são displicentes, eles comem o que eles querem. E como a gente não tem horários pra fazer palestras com eles do que só entregar medicamento pra eles,

verificar P.A [pressão arterial]. E assim, quando o cara conversa, fala que trabalha, que essa é a rotina dele a gente procura tá ajudando! Então assim, é tudo muito rápido! Então, o que a gente oferta é a consulta, o retorno, as receitas.

No caso, como eu sou técnico de enfermagem, a orientação é sobre medicação, os vigias noturnos, eles chegam após a consulta, eles perguntam de novo: “pô, mas de dia eu tô dormindo, eu trabalho a noite”, sabe? Então você pega o cara totalmente desregulado, com pressão alta, diabetes, glicemia alta e, tipo assim, “mas eu tô tomando!” Mas ele toma todo errado o remédio, por causa do horário, que ele trabalha a noite. Pô, você vai falar pro cara largar o trabalho, sabe?

Olha, vou falar que de repente devo estar comendo bola aí nessa situação [de] preencher a notificação e, também porque nunca fui afundo, nunca expandi a conversa. Eu era do curativo também, né, aí vinha muito machucado de Makita³. Eles pediam pra fazer um curativo mais reforçado pra poder colocar a luva e continuar trabalhando. Ele tá com aquele serviço lá de pedreiro, de fazer algum trabalho assim, e eles têm que entregar o trabalho. Provavelmente ele não era registrado, né? Mas também tem os de empresa que se machucam, mas eles não querem se afastar porque eles perdem benefícios. Então mesmo assim eles falam que tão bem pra trabalhar. Pô, o médico não deu um atestado, mandou fazer o curativo, eles têm que voltar a trabalhar mesmo, às vezes até com o ponto, com o machucado assim. Eu falo “você vai trabalhar assim?” “Pô, tem que trabalhar, né? O médico não me deu atestado, a empresa não.” Ele aguentava só a dor. Mas eu não sabia que eu poderia tá fazendo a notificação como acidente de trabalho, o lugar inspecionado, e ele consegue ainda alguma coisa do INSS.

Eu vejo mais lá é o pessoal da limpeza, o pessoal do porto, empregada doméstica, caminhoneiro, padeiro, borracheiro também, pra tratamento clínico, porque relatam dor nas costas, e dor nas pernas. E alguns reclamam também que “ah, acordei com dor já”. E não tem uma garantia de poder se afastar pra tratamento, se ele não trabalha, ele não ganha, porque ninguém é registrado. Então ficam morrendo no serviço.

E ele tava relatando que era por causa do trabalho dele, da posição que ele ficava. Eu vou estar mandando um pouco de trabalho pra vocês, entendeu? Mas assim na minha parte essa reunião, esse trabalho todo me mostrou, me abriu a visão de atendimento, abriu um leque maior pra poder tá ajudando aquele trabalhador que tá vindo ali pra mim.

Eu não cheguei a ver números, mas acredito que, pelos que eu participei, a maioria é por algum conhecido, ou é um colega de trabalho, ou é um familiar que é atendido aqui, então acaba sabendo por terceiros, poucos são os que vem referenciados de algum serviço, de algum lugar do SUS já. Só que as pessoas não têm conhecimento.

³ Ressaltamos que Makita é o nome do fabricante de uma ferramenta denominada serra mármore muito utilizada na construção civil. Esse equipamento possui discos de corte menores e diamantados com alta rotação e tem a finalidade de cortar pisos, azulejos, ardósias, além de também serem indicadas para cortar paredes e tijolos. Já a serra circular possui um disco maior com baixa rotação e é mais indicada para cortar madeiras, e outro recurso que possui é a proteção no disco, onde só abre no momento do corte e fechando após o término do corte. Já a serra de mármore não possui esse mesmo recurso.

Idéia Central: Os profissionais da Atenção Básica desconhecem a atuação do CEREST, e conseqüentemente pouco referenciam o usuário e subnotificam os agravos relacionados ao trabalho. O atendimento dos trabalhadores acontece para a realização de procedimentos como vacinação, curativos, que são demandados de acordo com o perfil de trabalhadores no território. Apontado a necessidade de sensibilização das equipes por meio de orientações sobre o funcionamento e estratégias para identificação e análise da determinação do trabalho no adoecimento dos trabalhadores, uma vez que a organização dos serviços está centrada na oferta de programas específicos, como por exemplo, o controle de hipertensão, diabetes, saúde bucal. É necessário o CEREST e a Atenção Básica transitar para aproximar, conhecer e explorar as possibilidades de trabalho dos serviços de saúde no município.

(3) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: Prevenção e Imediatismo das Ações em Saúde

Grupo Zona da Orla Intermediária

Uma coisa que eu achei muito legal que ela [fonoaudióloga do CEREST] faz também, são palestras de prevenção, principalmente nas empresas, um espaço para trabalhar com a prevenção. É muito importante para todos os profissionais de saúde trabalhar com a prevenção.

Eu falei para ela, a hora que a gente tava conversando, qualquer tipo de prevenção hoje em dia, é muito escasso. É uma coisa que falta na nossa cultura. Se a gente focasse mais na prevenção, teria menos doenças.

Acho que a gente assume os riscos do nosso trabalho, das nossas profissões e buscar maneiras de precaução, prestar atenção que ela precisa trabalhar com cuidado.

Poucas empresas veem que acabou a validade [do equipamento de proteção individual], não dá treinamento, não dá capacitação. Não é simplesmente comprar os equipamentos, luvas, botas, capacetes e falar “usa que você vai morrer!”, ele não vai usar, porque tem que sensibilizar o porquê é necessário, não só o EPI.

É como eu falei, às vezes a própria visão do trabalhador sobre aquele ambiente, ele tá tão acostumado a fazer aquilo, ele faz aquilo tão no automático, que ele não enxerga o ambiente adoecedor ou prejudicial para a saúde dele. Não é simplesmente comprar o EPI. Não vai resolver se eu tiver um ambiente de trabalho que me cobre por metas, que não favoreça uma pausa no horário de trabalho, quando é um trabalho desgastante.

No caso o [treinamento, capacitação e reciclagem], vai prevenir. Então ele vai ter, assim, mais consciência que é necessário para o trabalho dele, né, ele ter mais cautela, usar o EPI, ele saber do que é segurança. Isso que é importante, porque o ser humano ele é assim: começa hoje “ah, eu tô certinho aqui”, aí amanhã “isso daqui não foi nada”, aí vai mais um pouquinho,

vai mais um pouquinho, vai errando. Quando vai ver, ele tá fazendo coisas erradas. Vai com aquela má vontade, né, de fazer aquilo. Ele acha que aquilo é uma perda de tempo, mas não é uma perda de tempo, aquilo é importante pra vida dele e pras pessoas em volta.

O próprio empresário, se tratar assim, preventivamente, vai ter um funcionário menos tempo afastado ou com queixa. Vai ter uma pessoa produzindo, produtiva. É isso que eu estou falando, ele [o trabalhador] tem que ver que a vida dele é importante, e o impacto que ele vai dar pro empregador, pros amigos dele, pra família dele, pros amigos fora do trabalho, e pra ele que pode não morrer, mas pode ficar numa situação que seja pior ainda. A gente ensina o paciente, porque a gente não entra em contato direto com o empregador, a gente entra em contato direto com o funcionário, “o que você é capaz de alterar na sua rotina de trabalho, é isso, é fazendo do seu jeito, devagarinho, mas se adapta nas condições que a empresa te fornece”.

Eles vão dedetetizar e depois eu vejo o cara lá embaixo; ele pegando um pano e assoando o nariz, e você nem imagina o que sai daquele nariz? Ele tava de máscara, mas de repente, aquela máscara é apropriada? O cheiro era muito forte. Então tem que ver que tipos de produtos químicos que tem que ser utilizado. Ai tem que ver tudo isso, né? É complicado!

Ele traz a queixa da audição, tem 77 anos, mas não foi caracterizada como perda de ruído. Ele foi trabalhador da Varig, que já fechou faz muito tempo, então provavelmente naquela época as condições de trabalho eram bem precárias, não tinha ações preventivas ou de redução de danos, focando no trabalhador, com foco no trabalho, coisa que de duas décadas, três décadas pra cá, já tem. Naquela época tinha EPI? Então as pessoas tavam muito mais expostas. As fotos dos nossos estivadores carregando peso nas costas, né?

Então, o que eu acho é a falta de olhar pra si próprio mesmo da forma correta. A falta de tempo né? Decorrente do trabalho, em decorrência da rotina, até que se chega num quadro mais sério, mais grave, né? E aí a gente tá vendo na clínica que ele tá quebrando muito mais cedo, com 28, 30 anos. Porque ele ralou muito. Depois do afastamento, tem a busca pelo atendimento. Mas só depois que não dá mais pra trabalhar.

O entendimento do paciente é a cura do sintoma, ele não quer saber a causa. Então ele vem trazendo uma queixa “ah, eu tenho uma dor” e aí ele quer tramal, ele quer uma receita de Codeína, e ele acha que aquilo ali é a única coisa que pode resolver o problema dele, e que realmente, quando você tenta tirar ou diminuir a prescrição dessa medicação, você encontra muita resistência porque o paciente não consegue ver onde realmente tá o problema. Só que em contraponto a isso, à questão da medicação, você vai perguntar “e aí, você faz atividade física? Tá tratando?” Não! Eles querem uma resposta imediata, eles já vêm com uma expectativa e eles querem aquela resposta, né? Então tudo que apresentar vai ter resistência.

Por isso que eu falo: não é só a questão da informação.

Não por uma questão que não queira fazer. Por uma questão cultural, reprodução do que é feito na família dele há gerações, não é a vivência dele. Por questão de espaço, de abordagem, porque tem muitas coisas que você vai querer fazer aqui, não tem lugar lá, por que o povo não vai querer descer o morro pra vir até aqui embaixo fazer isso daí?! Infelizmente a realidade é essa. Na cabeça dele, “eu volto lá, tomo mais choque e continuo trabalhando”.

Um exemplo que eu vou dar: uma nutricionista vai chegar pra um paciente, que mora numa área pobre, “tem que comprar fruta, sem agrotóxico, se você não comprar, você vai morrer de

câncer”. Só que aí não vê que o cara mora no morro, o cara não tem saneamento básico, o cara não tem dinheiro, entendeu? E pra isso você precisa tentar trocar de lugar com a pessoa, você ver os olhos dela também. Ter empatia.

Uma coisa que eu achei que se focasse mais na prevenção e o acesso aos serviços, teria menos doenças. É sempre o mesmo contexto, devido ao acúmulo de serviço. Então sempre falta informação. Aí entra a parte da educação, porque a grande maioria delas continua trabalhando, a gente fala pra tentar repousar nos horários, não pegar peso. Tem uma moça que fala: “ah, é pra eu ir três vezes”, mas a moça fica com dó, “eu vou cinco vezes” e eu falo “se você tem que ir três, vai três, não vai cinco!”, mas é mais ou menos isso, evitar os excessos. Os movimentos repetitivos, má postura, tudo isso, ao longo dos anos, pela história clínica dela de trabalho, que ela começou muito cedo, foi adquirindo a doença, né? Então o que acontece? Tá carregando o balde de uma forma correta e não tá! Antigamente se passava cera, esfregão, essas coisas, então pensa que tá fazendo de forma correta e não tá! E aí, além de nós termos o desgaste natural, né, que ao longo dos anos você adquire, após os 35 anos, geralmente você começa adquirir a doença. Então esse tipo de serviço, a pessoa antes não faz um alongamento, não faz um exercício físico, já chega cansada, então chega uma hora que a pessoa fica doente, não tem esse autocuidado.

Mas, eu vou falar: não é que não tem serviços pra poder as pessoas fazerem atividades. Recreação existe. Vontade até existe, mas não é possível devido contratemplos. É assim, muito corrido e, vamos supor, nós trabalhamos, aí você tem que ir até fazer a inscrição [Centro de Convenções Rebouças], mas aí também é no horário de trabalho, por exemplo. Aí chega lá a fila pô, tem idosos porque o pessoal tá desocupado e tá lá, eles gostam, pra eles é maravilhoso, então 7h da manhã, eles tão lá. Qualquer pessoa que trabalhe, chega lá no horário de almoço, o pessoal tá almoçando também. Quando você chega no lugar depois, já não tem mais vaga, entendeu? Acaba que quem usa mais são os idosos.

Grupo Zona Noroeste

Eu achei bem parecido o objetivo da função que é a prevenção. Então o fim da função seria dar palestra, informação, os cuidados necessários para evitar que o problema se estabeleça. SUS é promoção de saúde, campanhas educativas. Mas eu acho assim, desculpa gente, eu acho que na nossa unidade falta muito promoção de saúde. Às vezes a pessoa não entende “por que eu quero isso”, “isso não vai me ajudar de nada”, “eu não preciso”. Tem uma resistência mesmo em cuidar, entendeu?

Prevenção não tem. Eu já trabalho nessa Policlínica há 13 anos. Já teve grupos assim pra chamar a população pra orientação, sabe? Mas o que acontecia na hora H? Ninguém aparecia. O público não aparecia.

Eu acho que a vida é tão corrida que mesmo que tivesse o tempo da palestra, eu acho que eles [usuários] não viriam porque não tem tempo. O perfil já é de uma pessoa que “pra ganhar dinheiro, eu preciso trabalhar”, e muito às vezes por conta do horário.

Às pessoas às vezes se ausentar do trabalho até pra fazer uma prevenção, até um exame de rotina tem uma dificuldade em encarar como prioridade. Até chegar aqui, é quando já não dá mais conta de exercer a profissão, né?

Eu sinto, essa frustração muitas vezes pelo paciente não seguir as orientações que a gente passa, por ele não mostrar interesse e querer que o resultado do tratamento seja mágico. Mas pra ir resolver o problema, é porque deixou acontecer, não cuidou, não teve a prevenção. Quando eles tão bem, às vezes eles desacreditam da doença, e o que acontece? Deixar chegar na situação que a gente vê aqui, chegar em uma situação crítica que a gente vê aqui. Já estão com um problema estabelecido, chega aqui hoje, quer resolver o problema na hora. Eles entendem que é obrigação que eles sejam atendidos imediatamente. Eles param de tomar o remédio, tudo, descuidam, vence a receita. Venceu a receita, eles vêm com tudo, tipo assim, agressivos com a gente.

Eu não sei se tem muito a ver o que eu vou falar, mas a experiência que eu tenho é, que nem, chega uma boca detonada. “Ah, porque eu não tenho condições, eu não tenho tempo, eu não tenho dinheiro”, mas tá com a sobancelha feita, unhas de gel, o cabelo fez progressiva, a sandália é da Melissa, valores, né? Valores. Prioridades, eu acredito. E às vezes as pessoas acham uma coisa tão ridícula, que nem na minha área, vou ensinar uma pessoa a escovar o dente. “Nossa, que ridículo! Quem não sabe escovar um dente?” “Não é que não sabe, às vezes não escova mesmo porque não quer, tá com preguiça, quer sair mais rápido. Então pra mim, não justifica é porque deixou acontecer, não cuidou, não teve a prevenção. Eu acredito que não seja falta de conhecimento, falta de oportunidade porque a gente percebe aquela pessoa que se preocupa, se cuida e vem.

Na minha visão, é essa questão do imediatismo, igual ela falou, associado à uma cultura. Se não tiver acesso à ensino, nem educação, ele vai ser alguém como quem fez isso com ela, porque essa paciente que fez isso com ela, não foi bem tratado lá atrás, não foi respeitado, já desde criança, ele já vem com a cultura toda distorcida, por isso já tem uma certa agressividade, não consegue sair desse ciclo. É uma defesa, né? Já foi tão maltratada a vida inteira, que pra ela tanto faz. Se torna natural, né?

Eu acho que nessa questão do imediatismo eu vou querer sempre a mesma solução para aquele problema, que é o uso indiscriminado de medicação. Porque é uma solução mais rápida. Mas enfim, eu pensei também locais que o município pode buscar pra promoção de saúde, não só da rede de saúde, mas também de esporte, cultura, assistência social que pode levar esse paciente a promover mais saúde e não só vincular esse cuidado em saúde com a questão da medicação, de fazer exame e vir pra tratamento.

Mas ainda acho que o “x” da questão é a falta de informação mesmo, é ser leigo sobre o assunto. A gente deveria cuidar deles para que eles não fossem para o pronto-socorro, mas na verdade a gente não cuida direito aqui porque não tem a informação. Ter mais horários do que só entregar medicamento, verificar P.A [pressão arterial]. Não tem funcionários pra fazer isso e não tem essa disponibilidade de estar conversando com eles, porque quando passam pelos médicos, a gente marca os exames e aí já tem um monte ali esperando, porque tem que ir no mercado, porque tem que cuidar de neta, porque é tudo muito rápido! “Eu venho aqui rápido, quero ser atendido rápido”. E quando na verdade não era pra ser assim. Ele tem que ter um tempo pra aprender alguma coisa. Não é a educação que salva?! Com a educação a gente ia evitar um monte de coisa. E eu acho que deveria sim ter esta comunicação de prevenção sim, porque sem isso, vai continuar do jeito que tá.

Eu me sinto às vezes meio hipócrita, por essa questão da promoção de saúde, mas o lugar tá horrível, o ambiente tá horrível. Então é complicado.

Eu não sei se eles [frentistas] usam luva ou não porque o combustível corrói, né? Hoje tem uma legislação diferente pra posto, mas antes eles tinham que encher até o limite do tanque de combustível e vazava mesmo, né?

Porque eu não sei o que acontece, não vai pra frente. E a gente vê que é uma população carente de atenção, precisa disso. Eu acho que falta uma coordenação acima de nós porque a equipe é boa, então falta alguém que coordene isso. A gente tem paciente, faz os grupos, mas eles não aparecem nem nos grupos do Hiperdia. É trabalho de formiguinha, né?

Idéia Central: A população em geral procura assistência devido a problemas de saúde já instalado, em busca de uma resolução imediata ou rápida para a cura, mas não relacionam as causas aos ambientes e/ou aos fatores do cotidiano que colaboraram para o adoecimento, para intervenções mais resolutivas. E o serviço de saúde tem dificuldade de realizar ações de prevenção por questões culturais da população assistida, falta de disponibilidade de horário e equipamentos que atendam as particularidades dos trabalhadores. Há a necessidade de educação em saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, através de articulação entre os serviços, no sentido de produção de qualidade de vida e saúde.

(4) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: Acolhimento na Atenção Básica e no CEREST

Grupo Zona da Orla Intermediária

No começo, quando eu entrei, a gente fazia muito cadastro. É uma coisa automática, né? De um tempo pra cá eu percebi, que eu tenho que dar mais atenção do que o cadastro. Então o cadastro eu vou fazendo devagar, mas você vai conversando e vai pegando, você vai tendo mais atenção e, isso fez com que a gente tenha uma outra percepção, uma outra visão mais abrangente e que a gente tem que ouvir, ficar atentos, observar mais, né?

Poderia ser feito na Unidade Básica é primeiramente um acolhimento, onde poderia ser feita a identificação das necessidades dele. A gente não sabe o que ele realmente necessita, a gente imagina, né? Dar uma atenção maior, né? De vez em quando ir lá na casa dele, ver onde ele mora, como é que ele tá. Estreitar mais os laços, a relação, até mesmo porque tem um caso desses, a gente tá aqui e a gente não sabe, cê entendeu? Eu não sei por que a gente fica em tantos lugares, mas como a gente tem uma prioridade, aquele a gente só faz esporádico.

Pro cara me falar onde ele trabalha, eu preciso ficar perguntando “onde você trabalha?”, então ele não chega expondo. Na Unidade Básica de Saúde ele vem com outras queixas, mas a sensibilidade das pessoas que atendem e que fazem o acompanhamento dele, é o que leva a perguntar “ei, pera aí, esse cara vem com pico de pressão aqui todo dia, deixa eu perguntar o que ele faz de trabalho.” É onde a gente descobre onde o cara trabalha, o que ele faz, se ele

faz esforço a mais, onde a moça trabalha, se ela faz quantas limpezas por dia. Mas na hora, o que vem é o problema, a dor e a pressão. É isso que vem. É essas coisas que costumam aparecer mais vezes e você vai coletando essas informações. Mas a gente tem que ter uma sensibilização para isso. Não é em todo serviço de saúde que ele encontra acolhimento. Simplesmente a pessoa chega e passa. Você não vai saber que é por conta do trabalho, você vai tratar só o sintoma.

Teve uma família que eu tive que ir lá porque o menino não ia mais no psicólogo, e aí eu cheguei e ela contou a história que tava desempregada, sem marido, só aquele filho. Ela tava fazendo marmitta pra poder vender comida, você compreendeu? E aí ela conversando comigo, atendendo telefone, cozinhando e tudo, e eu tive que ir lá falar pra ela, avisar que ele tinha que voltar no atendimento com a psicóloga. Então tem várias pessoas que eu percebi que tem problema financeiro e de saúde e que não moram lá na área que é prioritária, na microárea. Moram ali na praia e ficam esquecidas. Você às vezes pode cortar e tirar o acesso de uma pessoa que precisaria, nesse caso. O SUS ele é universal, então o acesso à ele tem que ser garantido à todas as pessoas. E o critério financeiro ele é sempre muito injusto, quando você segmenta, você às vezes pode cortar e tirar o acesso de uma pessoa que precisaria, principalmente quando você pensa em saúde.

O que me chama mais a atenção é a quantidade de serviço que um técnico de enfermagem tem dentro de uma Unidade Básica de Saúde. São muitas coisas né? Então é curativo, aferição da pressão arterial, da glicemia, coleta de sangue, vacina, faz medicação, socorre a parte administrativa, fica no acolhimento ali, também recepcionando as pessoas que chegam na unidade. Então roda tudo e a atuação é dentro da unidade mesmo, no atendimento direto ao paciente. Deve ser cansativo por serem muitas atribuições, mas ao mesmo tempo vocês conseguem terem uma visão ampla dessa comunidade que vocês atendem.

Eu observo mais da parte dos técnicos, né? Entre nós, né? Basicamente a gente tem esse padrão. Atende, questiona, orienta se tiver alguma alteração, encaminha pra enfermeira, ou pelo menos para passar com o clínico. Mas não é sempre que tem um retorno, nem do médico, do enfermeiro. Quando acontece é o paciente que vem falar da melhora dele.

Eu fiquei impressionado com isso no CEREST, o serviço é muito abrangente. O serviço é porta aberta, se a unidade quiser ligar marca pro acolhimento, se não, o paciente pode espontaneamente marcar. Atende alguns casos de pacientes assim, que têm convênio, mas que têm a referência com o médico do trabalho, porque os convênios geralmente não têm o médico do trabalho.

Inclusive eu perguntei se a pessoa precisa passar por uma triagem? Até mesmo porque às vezes há a dificuldade até de um relatório para encaminhar ao INSS e passar pelo médico da perícia. Mas não é bem assim. Em primeiro lugar, passa no médico do trabalho, que estabelece um nexu ocupacional, avalia a queixa se tem relação com o trabalho e, depois do médico do trabalho passa num atendimento de acolhimento, numa entrevista mais detalhada pra buscar realmente o histórico do paciente, a questão das relações sociais e econômicas da família, do ambiente de trabalho, a organização do trabalho, a raiz do problema. Então em seguida é feito esse atendimento.

Eu tô falando que aqui não é uma unidade que a pessoa vem pra se afastar. Nem sempre o médico do trabalho vai pedir CAT [Comunicação de Acidente e Trabalho] de cara, quando o paciente chega na primeira consulta, às vezes precisa de duas, três consultas, porque precisa às vezes de um tempo pra estabelecer um nexó, e aí é feito com o decorrer do tratamento.

Eu acho que no CEREST o nosso foco é esse, então a gente acaba entrando nesta questão do trabalho propriamente dito por que a gente tá lá pra isso. Acho que na Unidade Básica de Saúde ele vem com a dor, uma pressão alta, mas a sensibilidade das pessoas que atendem e que fazem o acompanhamento dele, é o que leva a perguntar “ei, pera aí, esse cara vem com pico de pressão aqui todo dia, deixa eu perguntar o que ele faz de trabalho”, e aí é onde a gente acaba retomando essa questão do trabalho. Acho que dentro do serviço de saúde, a questão do trabalho é visível, mas depende de quem tá atendendo e de como é a sensibilização pra isso. Mas se não tivesse o acolhimento, simplesmente a pessoa chegar e passar, ele vai continuar invisível, você não vai saber que é por conta do trabalho, você vai tratar só o sintoma. Então é você observar de forma mais abrangente.

É isso que eu tô falando, você fazer um acolhimento, onde poderia ampliar um pouco o olhar do que só aquela queixa inicial que ele vem, que muitas vezes é hipertensão, controle do diabetes, mas que outras coisas eu possa identificar naquele atendimento, que eu possa encaminhar para o lugar certo de referência. Então ele tá me apresentando uma queixa de dor há muito tempo, que queixa é essa? Por que será? O que será que ele faz no trabalho, no dia a dia dele? Será que pode ter alguma relação com o trabalho? A própria pressão alta. Que tipo de trabalho ele faz, será que ele tá sobrecarregado? Né? E aí em contraponto, o SEVREST ampliar o olhar para outras questões e para a forma global do paciente. Aqui ele chega com uma queixa pontual, aquilo que ele vem pra tratar. Mas e todas as outras demandas que ele traz por trás disso, né? E que a gente às vezes não faz essa relação, né?

Não tem visibilidade [o trabalhador], por quê? Porque a maioria das pessoas que trabalham mesmo, não conseguimos encontrar em casa. Então é quem geralmente passa as informações são esposas, ou a mãe, ou a irmã, cê tá entendendo? Então eu não vejo muito os trabalhadores, eu vejo muito mais aposentado, a não ser que o trabalhador esteja de folga naquele dia. Por exemplo, tem uma lá que duas vezes que eu já vi, ela trabalha na farmácia, é farmacêutica e, praticamente como ela não utiliza os serviços aqui da Unidade Básica, também não quer dar muitas informações, dá bem o básico, tipo assim “tenho convênio, não vou lá, não preciso que venha aqui fazer visita pra mim”, então já é uma outra pessoa que já fica de lado, a não ser que, isso que eu falo, a atualização de cadastro. Mas a maioria são aposentados.

Eu já percebi que eles gostam de lá, se conhecem todos ali. Faça chuva ou faça sol vem todos os dias. Chega a ser terapêutico a frequência da Unidade Básica. Ela vira esse pólo de atração, essas pessoas acabam indo pra lá pra um convívio social mesmo. E daí também irradia as possibilidades de atendimento, de cuidado, de terapia, e de possibilidades de saúde em todos os sentidos, desde Atenção Primária, Secundária e, se precisar, até a Terciária.

Grupo Zona Noroeste

O que me chamou a atenção de cada um deles acho que é um pouco da versatilidade assim de fazer atendimento em diversos aspectos né? Com populações diferentes né? Desde criança até

peessoas mais velhas, idosos, adultos, e terem várias funções. Acho que essa questão de atuar com os extremos, são demandas que ao mesmo tempo são parecidas, mas são demandas bem diferentes.

Eu trabalho na Unidade Básica, como no caso eles passam pelo médico ali e às vezes não identifica muito, tem uma demanda muito grande e muitas vezes faz uma consulta muita rápida né? O paciente chega lá com uma tosse, pergunta há quanto tempo, como que tá a tosse, mas não pergunta com o que ele trabalha, o que ele faz. No caso, quando o médico não tem essa escuta do paciente, o caso passa aqui pela enfermagem, no caso sempre, assim, sai com receita, sempre sai com exame de sangue, tem que passar ali pra pegar orientação com a gente, a gente orienta ou então os agentes de saúde que permanecem um tempo maior com o paciente, né? Os agentes também conversam e aí chega a equipe mesmo e conversa entre si.

Uma coisa que nós nunca falamos, nós agentes, o nosso trabalho ele é mais árduo porque tem uma diferença muito forte. Não sei se vocês já pararam até pra pensar, porque no normal, o paciente vem procurar vocês, mas nós vamos procurar o paciente. É muito mais fácil o de vocês, porque ele vem, ele quer. E nós vamos ofertar. Na hora da oferta, tem uma resistência. “Mas por quê? Pra quê? O que eu vou ganhar? O que tem em troca e o que não tem?” E quando eles vêm aqui é diferente, eles tratam a gente diferente, porque eles precisam daqui.

Entrar assim dentro da casa dos pacientes é complicado. Tem paciente que não quer, sabia? Por conta de estar no território dele. Porque eu tô indo lá levar? Aí eu falei “porque você é um cidadão e todo cidadão é universal, o SUS dá direito à todos”. Mais um exemplo: “ah, porque eu tenho convênio”; “eu não tenho nada”, não importa! SUS é para todos. “Ah, mas deixa para quem precisa”, eu falei “Não, mas você é igual à todos! O SUS é para todos, não tem diferença de classe social.”

Eu corro atrás de tudo, as pessoas são tão humildes. Você não tem como suprir aquela necessidade, mas pra gente são coisas que não dá para trabalhar sem. E aí a gente é a porta de entrada desse paciente. Então ficam morrendo no serviço. Até chegar aqui, é quando já não dá mais conta de exercer a profissão, né? Se o médico tivesse feito o nexó, a escuta do paciente e conhecesse aqui, talvez tivessem direcionado pra cá.

No dia que teve o encontro, apareceu um paciente lá com a doutora que tava reclamando de dor nas costas e na receita dele tinha um relaxante muscular. E ele tava relatando que era por causa do trabalho dele, da posição que ele ficava, aí foi quando a gente perguntou, porque lá a gente não tem o hábito de perguntar qual é a profissão. Eu tava até conversando lá com as doutoras e elas falaram que seria interessante sim a gente colocar na ficha: “qual seria a sua ocupação, que você faz, e se é autônomo, se é registrado?” Pra gente até fazer uma ligação a respeito disso.

Sim, acho que pela acolhida voltada para as demandas que a pessoa tá trazendo. Então a gente escuta o paciente, não só a queixa relacionada ao trabalho, pra entender a consequência de toda aquela situação na vida daquela pessoa. Aqui [CEREST] é um espaço que a pessoa chega, tem um horário marcado de atendimento, é uma unidade menor. Quando a gente tem mais funcionários, o negócio flui realmente. A impressão é de que as coisas no Rádio Clube não vão pra frente, sabe? Porque é uma unidade imensa, cheia o tempo inteiro.

Idéia Central: Os serviços de saúde, tanto nas unidades básicas de saúde como no CEREST, trabalham com grupos populacionais definidos por prioridade. Os trabalhadores transitam nestes atendimentos, mas é necessário a melhoria do acolhimento, principalmente através da sensibilização dos profissionais e estrutura organizacional, para mudanças de práticas nas ações de saúde, por meio da clínica ampliada em equipe e com vistas aos princípios da universalidade, integralidade, e por conseguinte garantir a visibilidade da determinação social do adoecimento pelo trabalho, afetando a saúde da população.

(5) Discurso do Sujeito Coletivo: Sobrecarga dos Trabalhadores da Saúde

Grupo Zona da Orla Intermediária

O que me chama mais a atenção é a quantidade de serviço de uma Unidade Básica de Saúde. São muitas coisas né? Essa questão do limite, do cansaço, as multifunções. Acho que o “estresse”, né? Estresse não adianta, todo mundo sofre, por causa do cansaço, das expectativas que a gente tem que nem sempre são correspondidas dentro daquele ambiente, né? esforço, demanda um esforço físico, mental e cotidiano né? Já que todo dia você se esforça para estar naquele ambiente, por falta de condições no ambiente de trabalho onde a gente trabalha, ou por questões pessoais e profissional.

Então, o que eu acho é o seguinte: trabalhador da saúde, tem também essa superação dos nossos próprios limites. Você vai se forçando, se forçando não só pelo seu dinheiro, mas às vezes tem pessoas que dependem de você, tem um companheiro, é o companheirismo, né? “Ah não, vou lá que tem um paciente que tá precisando de mim, tem um amigo mal que eu vou dar um apoio”, entra nessa parte de superar os limites, inclusive do cansaço mesmo, né? Então pensa que tem que trabalhar, tem que pagar as suas contas, você tem isso, aquilo, aí se você demonstrar que você tá debilitado.

Em questão de saúde, você torna-se referência não só da nossa, mas dos outros também. As pessoas se espelham em mim. Se eu tiver muito mal, se eu não for trabalhar, eu vou, entre aspas, prejudicar e sobrecarregar os meus companheiros de trabalho, que muitas vezes não vão conseguir atender aqueles pacientes que estão há muito tempo esperando aquele atendimento.

Então acaba sendo um excesso que não é saudável, às vezes você tem essa noção de que não é saudável, mas você acaba passando do limite, e aí o que decorre desse excesso de trabalho? Acho que o físico é mais fácil de ser percebido por que dá mais sinais, digamos assim, né? O emocional não, né? O emocional você vai indo, aquele dia você chegou irritada, mas você não sabe por quê? Você acha que é TPM [Tensão Pré Menstrual], você acha que é sei lá o que, porque levou um tropeção na rua. Só que ele vai se acentuando, né? E às vezes alguém chega pra você e coloca, ou às vezes você adocece mesmo.

Acho que a dificuldade tá naquilo de sempre, na agenda, na sobrecarga do trabalho que a gente tem. a rotina da gente é maçante. E aí se eu não faço um momento desse de lazer, se eu não tenho espaço pra ter esse descanso mental, provavelmente vai iniciar uma outra semana de trabalho sobrecarregado de novo.

Grupo Zona Noroeste

Eu vejo que a cada ano, eles [agentes comunitários de saúde], a cada mês, a cada tempo, eles são incumbidos de mais uma tarefa, de mais um negocinho, e aí eles ficam angustiados como todos nós, porque todos somos sobrecarregados, de querer solucionar aquele problema. Então eles acabam se sentindo sobrecarregados, eles se sentem inúteis, se sentem diminuídos por não estar podendo trabalhar naquele momento né?!

Às vezes porque se identifica como “tenho que fazer isso”, a outra pessoa não tem, mas ela tem que fazer: “é a minha obrigação”. E aí você não pode ter fragilidade nenhuma. E aí você também tenta esconder isso dos amigos, dos colegas, de si próprio. Você não... não assume um monte de coisa; entendeu? Porque a maior demanda do nosso sofrimento é psicológica, são as depressões que acabam com a gente; né? Se não é depressão é o estresse, porque eu acho, eu acredito, que 100% concorda com isso: é demais para a gente estar cuidando dos outros, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, sendo que a gente não tem retaguarda, ninguém para estar cuidando da gente. Que nem eu! Então a sanidade mental, pra mim, é o que mais implica aí, pra te deixar bem ou mal, né? Tudo depende do seu ambiente. Independente se você faz uma carga horária extrema ou você só faz aquilo, é o trabalhar, chegar em casa, trabalhar de novo. É engraçado! Você sai cansado do trabalho, no outro dia tá lá de novo! Eu não consigo pensar em mais nada!

Idéia Central: A sobrecarga se relaciona a superação do próprio limite, ao companheirismo com quem necessita e ao excesso de trabalho que torna os trabalhadores da saúde cansados. O estresse compõe o quadro de sobrecarga, bem como as expectativas não realizadas no ambiente de trabalho. Contribui com a sobrecarga a quantidade de serviços que tem que ser desenvolvido sem demonstrar fragilidades. A situação de trabalho com sobrecarga pode acarretar sofrimento psicológico, advindo depressões sem ninguém na retaguarda, ou seja, para cuidar do trabalhador da saúde. Os profissionais da saúde podem adoecer física e mentalmente em decorrência da sobrecarga de trabalho e falta de apoio.

(6) Discurso do Sujeito Coletivo: Potencialidades para trabalhar em Rede no Cuidado em Saúde do Trabalhador

Grupo Zona da Orla Intermediária

Eu acho que no CEREST o nosso foco é esse [saúde do trabalhador], então a gente acaba entrando nesta questão do trabalho propriamente dito por que aqui ele chega com uma queixa pontual, aquilo que ele vem pra tratar. Mas e todas as outras demandas que ele traz por trás disso, né? E que a gente às vezes não faz essa relação, né? Na Unidade Básica de Saúde ele não chega falando “ah eu trabalho em tal lugar”. O cara chega “pô, tô com dor nas costas”, é isso que ele fala. Ou tipo a moça, “tô com dor nas costas” ou “tô com a pressão alta”, é isso que eles se queixam. Mas a sensibilidade das pessoas que atendem e que fazem o acompanhamento é que leva a perguntar de onde vem essa pressão alta, de onde vem essa dor nas costas.

Todo mundo sabe da Atenção Básica, conhece como porta de entrada, já usou um dia ou conhece alguém que já usou, mas eu acho que assim, o trabalho que eles prestam lá dentro é muito diferente do que a gente pensa do lado de fora, tem uma diversidade de serviços que acontecem lá dentro e de possibilidades de identificação, de atendimento mais global pro paciente de acordo com a informação que aquele profissional tem na hora que ele tá atendendo também. A frequência do paciente e até as possibilidades de abordagem que ele tem, que às vezes ele não enxerga, né, não por falta de formação técnica, mas por falta de conhecimento da rede mesmo. Acho que o que fica de mais rico é que tem serviços diversos acontecendo na Unidade Básica de Saúde e espaços diferentes que possibilitam uma conversa entre os serviços. Eu não dei tanta atenção a suspeita de relação de agravo do caso com o trabalho. A gente tá participando aqui de conhecer o serviço de vocês pra nós é uma arma a mais pra gente usar. Fez com que a gente tenha outra percepção, outra visão mais abrangente e que a gente tem que ouvir, ficar atentos, observar mais, né? Sobre o próprio adoecimento e o acesso que pode ter aos serviços. Então é um paciente da rede que circula entre os serviços da rede, mas que a gente observa que não tem uma integração entre os serviços. Como ela disse, “ah, o paciente é hipertenso”, beleza, mas você não sabe se ele é hipertenso por causa do serviço dele. Então ele é atendido pontualmente, de maneira focal em cada local, mas que a gente não tem uma integração, uma conversa, que possibilitaria um planejamento de um atendimento melhor, talvez.

Pra mim foi ótimo! Toda oportunidade de você expor, né?! Quando você expõe, quando você divide, compartilha, você agrega e pode gerar mudança. O trabalho é um conjunto. Entra nessa parte de superar o limite.

O que ficou muito bom e muito forte foi o fortalecimento de uma rede, de que tem essa possibilidade, de que é necessária essa rede e de que vai favorecer quem? O paciente. É importante essa troca, todo mundo aprende o tempo inteiro, a gente aprende juntos o tempo inteiro.

Eu pensei em reuniões pra gente estar sempre reciclando, trocando ideias, trocando informações ou discutindo alguns casos, dependendo da disponibilidade porque a gente sabe a dificuldade tá naquilo de sempre, na agenda, na sobrecarga do trabalho que a gente tem nos dois locais, né, então assim, a gente sempre vai esbarrar em algum obstáculo, mas é possível fazer e é um ganho pras duas pontas.

Grupo Zona Noroeste

Eu acho que a falta de comunicação de a gente ter orientações de quais os caminhos da pedra para passar para ele [usuário], porque é um grande desencontro. Então, você vê só, não foi nem um médico que atendeu ele com o conhecimento aqui da unidade, porque encaminhar pro ortopedista coloca ele numa fila imensa do AMBESP da Zona; e se o médico tivesse feito o nexo [causal], a escuta do paciente e conhecesse aqui, talvez tivesse direcionado pra cá, pras meninas da reabilitação “colocar ele em ordem” [aspas nossa] e fazê-lo voltar às atividades, porque a gente sabe que, psicologicamente falando, se afastar não é todo mundo que gosta. Afastar a pessoa, você tira ela do convívio social, você adocece ela muito mais do que se ela continuasse, mesmo que reabilitada, mesmo que com a indicação de outra função, mas ainda num convívio social com as pessoas.

Faz parte agora do acolhimento perguntar como a pessoa ficou sabendo da unidade, então assim, eu não cheguei a ver números, mas acredito que, pelos que eu participei, a maioria é por algum conhecido, ou é um colega de trabalho, ou é um familiar que é atendido aqui, então acaba sabendo por terceiros, poucos são os que vem referenciados de algum lugar do SUS já. Outro dia chegou, inclusive, até uma paciente que passou pelo médico, passou pelo ortopedista, foi pra fisioterapia, fez as sessões e depois elas encaminharam pra cá, então foi assim, fez todo o trajeto e depois veio parar aqui. Então realmente, quando eles fazem esse itinerário todo, acaba ficando muito longo, né?

Eu acho importante esse contato entre as unidades ser feito por quem executa o trabalho, porque assim, se for uma coisa entre chefias talvez não vá ter a possibilidade de tirar as dúvidas da prática e não lidam com o público diretamente, né? Tem que ser olho no olho, eu faço isso, eu posso te ajudar desta forma, vai por aqui, vai por ali, entendeu? Até porque para você se sentir confiante de fazer. Às vezes até conhecer fisicamente o espaço, do que é oferecido, como que é, quem trabalha lá, quais as pessoas que podem ser atendidas. Aí eu achei também legal tipo assim conhecer as plantas físicas dos locais, né? Porque desde que eu entrei na prefeitura eu não conheço outros locais de trabalho assim, só aqueles que casualmente eu cheguei. Mas, assim pegar o funcionário: - “Ó você conhece tal lugar?” Sabe? Tipo é legal chegar lá e saber onde. E às vezes não depende só dele. Que eu penso que às vezes a gente bota uma carga muito grande na pessoa que vai te buscar, mas também às vezes não depende muitas coisas só dele. Então a gente também pensar essa questão do contexto familiar e aí essa questão da rede. Qual o papel de cada parte da rede ali para resolver a questão? Com quem eu posso conversar?

Eu pensei na rede de apoio psicológico, não sei, da gente. Como que a gente vai lidar com uma pessoa assim? Eu não sei lidar, é triste. A gente gostaria de ajudar mais, mas é difícil.

Pra alguns funciona porque tem mais acesso ou porque tem alguém que conseguiu me comunicar, e tem aquela pessoa que não vai ter com quem se comunicar, pra onde pedir ajuda, e aquilo não vai funcionar. Então acho que essa impotência, essa frustração que é o que todos nós temos na prefeitura, como um todo.

Se a gente mostrar pra Atenção Básica o que a gente faz, de que forma a gente pode atuar facilitando o trabalho de quem trabalha da UBS e de que forma a UBS pode nos ajudar facilitando o nosso trabalho, tanto identificar qual o paciente que tem aquela queixa relacionada ao trabalho, mas também ações da assistência que vão repercutir na prevenção e na promoção da saúde do trabalhador, de forma coletiva fora da unidade naquele território.

E eu acho que faz parte até da continuação do tratamento a gente fazer esse vínculo e também esse olhar, essa questão de "estamos dentro do território". Você não é só paciente do CEREST, é do município como um todo.

Acho que o CEREST trabalha nesse foco que o municípe vem até aqui por causa da saúde do trabalho, mas ele mora num território que pode ter várias coisas, não só da rede de saúde, mas também de esporte, cultura, assistência social que pode levar esse paciente a promover mais saúde e não só vincular esse cuidado em saúde com a questão da medicação, de fazer exame e vir pra tratamento.

Acho que essa parceria com a UBS poderia vir nesse sentido de ampliar a visão do municípe em relação ao seu cuidado em saúde, orientar sobre posturas no local de trabalho; palestras sobre cuidado no trabalho, segurança e prevenção de acidentes; ações na sala de espera; e o agente comunitário sair na rua com orientações e abordagem fora do espaço físico da unidade. Na minha parte esse trabalho todo me mostrou, me abriu a visão de atendimento, abriu um leque maior pra poder tá ajudando aqueles trabalhador que tá vindo ali pra mim.

Falta tentar fazer as ações integradas, orientar primeiro o levantamento do perfil dos trabalhadores ali da área e ações sociais voltadas ao público trabalhador, pra gente e pro paciente. Que nem, levantei ali um caso que seria um mecânico, mas ali também tem muitos que faz o mesmo movimento, que pega peso, alguma coisa assim. Que nem, tem bastante comércio e padarias, que é o que a gente tava falando, eles também se queixam de dor na coluna, porque tem que se abaixar pra pegar as coisas, fora ainda o calor dos fornos; e no caso, quando o médico não tem essa escuta do paciente, o caso passa pela enfermagem, ou então os agentes de saúde né?

Acho que a gente tem que fazer um planejamento, é melhor passar pra quem tem interesse, do que você chamar todo mundo pra um lugar lindo, com um coffee break maravilhoso, mas todo mundo dormiu, não prestou atenção em absolutamente nada. Mas ter uma data marcada, um horário agendado e estar preparado pra aquilo na sala de reunião. Vou falar do meu caso, o paciente lá fora, o raciocínio dele é "não tão chamando, eu não sei o que tão fazendo". Tem que demonstrar pro colega, pro paciente, que aquilo é pro benefício dele e que a gente não tá ali só passando tempo enrolando, que a gente tá jogando conversa fora fazendo lanche.

Então acho que tem que ter uma boa articulação, uma boa conversa, pra que não fique mal visto nem pra um lado, nem pro outro, e nem entendam que é menos trabalho. Eles tão vindo aqui pra fazer o trabalho que tem que fazer, porque você vai escutar "elas tão vindo aqui pra fazer o trabalho que eu não vou ter que fazer". Não sei o que vocês vão escutar na unidade de vocês, mas tem muita unidade que fala "poxa, eu não vou ter que trabalhar porque você vai trabalhar por mim".

Eu acho talvez pra gente pensar mais pra frente três ou quatro articuladores, aqui dentro do CEREST, como referência daquele território junto à Atenção Básica. Então eu tenho que conhecer o máximo de casos que estão ativos daquela unidade e aí esses casos eu levo em uma reunião que eu vou ter, sei lá, uma vez a cada trimestre naquele território, vou levar as ações que estão sendo desenvolvidas, o PTS, posso compartilhar esses casos com a UBS e peço o que a UBS tem a levantar.

Idéia Central: A rede de apoio entre serviços é uma necessidade, bem como uma rede de apoio aos próprios trabalhadores em suas necessidades de saúde, questões psicológicas na ajuda ao outro. A relação, o contato com outras unidades, deve ser feita também pelos trabalhadores que executam as atividades. Aproximar o trabalhador que executa a tarefa da realidade de outros trabalhadores da rede e das ofertas e demandas de cada serviço. Os serviços desarticulados atuam no atendimento focal às queixas de adoecimento, quando se integram e articulam há a potencialidade de abordagens mais amplas, repercutindo na melhoria do acesso, e da resolutividade. Potencializa ainda a superação de limites através da troca e aprendizado compartilhado pelos profissionais, que podem repercutir de forma coletiva na assistência por meio de ações de promoção e prevenção, que necessitam de planejamento estratégico em saúde para a garantia de espaços e referência de apoio permanente.

6. DISCUSSÃO

As abordagens que foram colocadas para discussão dizem respeito às temáticas que emergiram na construção dos Discursos do Sujeito Coletivo, permitindo compreender a problemática proposta na pesquisa, por meio das representações sociais.

(1) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: Compreensão da relação trabalho versus saúde

Ao abordamos essa temática é oportuno lembrar que os participantes da oficina são também trabalhadores da saúde e a compreensão da relação entre trabalho e saúde em seus discursos estão permeadas das suas próprias vivências com relação as condições de trabalho, desgastes físicos e emocionais, e até mesmo o adoecimento. Assim, foi conferida a importância dos participantes se reconhecerem como trabalhadores para olharem os outros (usuários) como trabalhadores.

Os discursos dos profissionais de saúde relacionados a esse tema, apresentam falas que remetem a compreensão da relação do trabalho como determinante social na saúde, sendo associado ao atendimento de necessidades de subsistência financeira e socialização, e nota-se que o ato de trabalhar está atrelado a qualidade de vida, de conquistas, de emancipação, de identidade, de dignidade, de produtividade e de evolução na sociedade, sendo estes promotor de saúde.

Entretanto há o consenso, que o trabalho dependendo do ambiente, das circunstâncias desfavoráveis ou do ritmo provocam desequilíbrios físicos e mentais, e ocasionam o adoecimento e impacta negativamente na qualidade de vida. Compreendem que a priorização do tempo para o trabalho pela necessidade de subsistência própria e da família, associado por vezes a falta de oportunidades no mercado de trabalho levam trabalhadores a desconhecer ou ignorar os riscos nos ambientes de trabalho, que culmina em doenças e até a morte, bem como na ausência de disponibilidade de cuidar da própria saúde.

Segundo Albuquerque e Silva (2014), a possibilidade de realização da vida dos indivíduos, a expectativa de vida, as causas de adoecimento e morte está relacionado ao modo como os homens se inserem no mundo da produção e no consumo, no qual o trabalho torna-se um espaço de dominação e submissão.

Assim, o processo de intensificação do tempo de trabalho, a desconsideração do bem-estar, a baixa remuneração, a precariedade dos vínculos de trabalho são tão grandes que os trabalhadores desconsideram mal-estares como risco de vida, inadequação entre horário de trabalho e ritmo biológico, vida social e familiar, além de causas relacionadas com o ambiente físico e o ambiente socioeconômico; provocando uma relação de desequilíbrio, e conseqüentemente o adoecimento (CARDOSO, 2015). Uma delas é o discurso da rotina empobrecida do trabalhador, que expressa a incompatibilização entre o trabalho e o lazer, provocando a ausência de prazer, e significando um alarme para o adoecimento.

Mas chama-se a atenção a uma reflexão crítica com relação a rotina empobrecida associada ao adoecimento, proferida nos discursos. O preenchimento da rotina empobrecida pode passar a ideia de que não é permitido perder tempo, o indivíduo deve estar sempre produzindo, mesmo que nas horas vagas para atender uma necessidade constante de busca pelo prazer, sendo reflexo do capitalismo, de que há sempre um vazio a ser preenchido, e para atender talvez seja necessário trabalhar cada vez mais.

A intensificação do trabalho é entendida por Pina e Stotz (2014, p.150) como:

[...] práticas de exploração como o prolongamento da jornada, o intenso ritmo de trabalho e a administração por estresse e, ao mesmo tempo, de expropriação do saber do trabalhador pela gerência, isto é, de suas capacidades físicas, psíquicas e intelectuais. Esses processos determinam uma pluralidade de agravos à saúde e na manifestação do desgaste e do sofrimento difuso dos trabalhadores [...] tendentes a enfraquecer sua capacidade coletiva para proteger a saúde e para questionar as determinações dos problemas e agravos à saúde.

De acordo com Dal Rosso (2008), a intensidade do trabalho tem relação com tempo de trabalho e afirma que quanto maior é a intensidade, mais trabalho é produzido no mesmo período. Com essa compreensão a intensificação do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde pode estar ocorrendo principalmente pela redução de profissionais de saúde, pois o trabalho realizado por mais profissionais passa a ser realizado por menor número de trabalhadores em um mesmo período de jornada, que permanece a mesma no decorrer do tempo, e relacionada a gestão em saúde. As repostas às demandas têm que ser solucionadas e o número de trabalhadores está sub dimensionado.

Nesse contexto, os trabalhadores participantes da pesquisa compreendem os determinantes sociais do adoecimento, mas não indicam compreender a determinação social do processo saúde/doença, nesse caso não compreendendo a configuração central do trabalho na sociedade.

Diante dos discursos e significados que os profissionais de saúde expressam sobre o trabalho considera-se a necessidade do entendimento dos modos de produção da população assistida, incluindo a intensificação e a precarização das condições do trabalho (BRASIL, 2012, 2016; COCKELL, 2013; NAVARRO *et al*, 2020; ALBUQUERQUE; SILVA, 2020), pois observa-se que os trabalhadores nestas situações tornam-se vulneráveis⁴ às condições de insalubridade e periculosidade, ampliando o quadro de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, como por exemplo, podemos averiguar ocorrência de LER/ DORT e a ausência de emissão de CAT, na figura 2 e na tabela 4, evidenciando a ausência da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários para esses trabalhadores.

Nesse contexto, os serviços de saúde devem se organizar para garantir o acesso universal e integral destes trabalhadores, através de medidas de proteção coletiva previstas em políticas públicas, onde a qualidade de vida e a saúde envolvam o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo em defesa da promoção de qualidade de vida.

Como estratégia, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

[...]deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção (BRASIL, 2012)

Portanto, o espaço da Atenção Básica é privilegiado para o reconhecimento e entendimento da complexidade relação trabalho-saúde dada sua proximidade com a realidade local, e permite identificar as facilidades e dificuldades na autonomia e disponibilidade dos trabalhadores cuidarem da saúde, para alcançar inclusive a compreensão de que no modelo capitalista neoliberal o Estado é definido como regulador e não como executor de ações, principalmente em vistas às privatizações de bens públicos.

(2) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: A Saúde do Trabalhador no Território

⁴ A vulnerabilidade liga a exposição de pessoas, indivíduos, grupos de populações a ameaças, a sua capacidade de reação e às consequências em termos de redução do bem estar. O nível de vulnerabilidade depende, em grande medida, da capacidade de as pessoas fazerem face a situações externas, por vezes difíceis, e dos sistemas sociais, econômicos, políticos e ambientais nos quais vivem (OIT, 2017, p.1).

Esta temática aborda, a partir do discurso dos profissionais da saúde, os modos de produção nos territórios das unidades básicas de saúde selecionadas, e expressam as percepções dos profissionais de saúde dos ambientes e as condições de trabalho dessa população, e relacionam as demandas destes na Atenção Básica e no CEREST Santos.

Verificou-se que os profissionais da saúde da Atenção Básica desconhecem a atuação do CEREST, e pouco relacionam as repercussões do mundo do trabalho sobre os usuários de saúde, nas suas práticas e rotinas de trabalho, conseqüentemente não realizam intervenções em saúde do trabalhador nos seus territórios.

O trabalho na determinação das condições de saúde/doença dos indivíduos e populações ainda é pouco considerada nos serviços de saúde, pois as ações de Saúde do Trabalhador foram restritas aos CEREST's, e o cuidado aos trabalhadores no âmbito da Atenção Básica ganhou importância com a criação da Renast, em 2002 (AMORIM *et al.*, 2017; AGUIAR JUNIOR; VASCONCELOS, 2020), porém poucos avançamos.

Nos discursos, o desconhecimento da Atenção Básica é atribuído, pelos profissionais, ao uso de siglas para nomeação do serviço e a falta de integração da rede de saúde, em especial com o CEREST, impactando no atendimento integral, resolutividade e garantia de direitos, dentre eles a emissão de CAT.

Os profissionais da Atenção Básica e do CEREST destacaram a importância de conhecer o serviço com relação às atividades desenvolvidas e o espaço físico dos mesmos para a aproximação entre as equipes e melhor aproveitamento no referenciamento dos pacientes, bem como sensibilização para a saúde do trabalhador, e carece de espaços para troca de conhecimento e experiências.

Foi destacado, nos discursos, a importância desta aproximação e o trânsito dos profissionais entre os serviços para a superação desta dificuldade e fragilidade de integração do CEREST com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção em Saúde (RAS) do SUS, através do Apoio Matricial⁵, que proporciona maior vínculo, apropriação das características dos territórios, através de encontros e trocas cotidianas, numa relação dialógica interprofissional,

⁵ O apoio matricial (AM) é um arranjo organizacional e uma metodologia de compartilhamento de saberes que viabiliza o suporte técnico pedagógico, e institucional, assegurando retaguarda especializada para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações para a população sob seu cuidado, denominadas Equipe de Referência (LAZARINO *et al.*, 2018, p.2).

que promova o auxílio na resolução de problemas, compartilhamento de saberes, e favorece a produção de ações de saúde do trabalhador em rede (PINTOR, 2109; NAVARRO *et al.*, 2020).

No entanto, e conforme já abordado, apesar do CEREST - Santos ser um dos pioneiros no Brasil, a articulação com a rede de Atenção em Saúde ocorre apenas com a intencionalidade do repasse de informação.

Os autores Dias *et al.* (2011), Souza *et al.* (2017), Navarro *et al.* (2020) justificam que a ausência do apoio matricial pelo CEREST é motivado por um modelo político hegemônico do isolamento de cada serviço que atende aos interesses do capital neoliberal, aliado aos entraves políticos no âmbito municipal, que provocam a ausência de formação dos gestores e profissionais da saúde, no campo da Saúde do Trabalhador, em detrimento dos princípios da universalidade e integralidade no SUS.

A temática referente ao campo trabalho x saúde está presente e permeia às práticas cotidianas do agente comunitário de saúde, mas é necessário incorporar conhecimentos e habilidades para melhor qualificá-las. (BRASIL, 2018). Dentre os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de Atenção Básica o cadastramento individual das famílias contribui para a construção do perfil ocupacional e situação de saúde dos trabalhadores no território (Amorim *et al.*, 2017). Porém, os agentes comunitários de saúde expressaram, nos discursos, dificuldades de acesso e abordagem da população conveniada (não SUS dependente) e dos trabalhadores. Dentre os motivos apontados emergiram aqueles referentes ao ritmo de vida acelerado exigido e a ausência de disponibilidade destes como fatores que não contribuem para o encontro em visitas domiciliares, tornando assim os trabalhadores invisíveis em suas práticas.

Em contrapartida, quando os profissionais de saúde da Atenção Básica acessaram os dados produzidos das notificações de agravos relacionados ao trabalho, na população do território, identificaram e fizeram a correlação dos modos de produção com a realidade dos trabalhadores no território; e trocaram experiências de demandas nos programas específicos ofertados na Atenção Básica, como controle de hipertensão, diabetes, vacinação, e procedimentos como curativos; auxiliando no diagnóstico do perfil ocupacional e situação de saúde dos trabalhadores que residem ou trabalham no território.

Desse modo, os participantes, através dos relatos e reflexões, reforçaram a amplitude e complexidade da relação saúde/trabalho e trouxeram à tona aspectos muitas vezes ignorados nas diversas situações de trabalho. Evidenciaram usuários-trabalhadores que procuram o serviço de saúde para execução de atendimentos e procedimentos que os mantenham no mercado de trabalho, mesmo que adoecidos, principalmente da Unidade do Rádio Clube.

A forma de vinculação do trabalho, através da terceirização, da informalidade e o desemprego estão presentes, tanto no território do Rádio Clube como da Aparecida. Dentre os grupos identificados estão os profissionais de serviço de limpeza, domésticas, cuidadores de idosos e crianças, trabalhadores do comércio de alimentos, profissionais de transporte de cargas pequenas (motoboys das lanchonetes) e trabalhadores da construção civil que executam obras em imóveis particulares. No âmbito domiciliar foi relatado a presença de oficinas mecânicas, borracharias na garagem dos imóveis, confecção e reparo de roupas (costura) e trabalhos de estéticas, como por exemplo manicure, mas principalmente trabalhadores que preparam e comercializam alimentos, em suas residências, como forma de subsistência, em decorrência do desemprego ou renda extra de recurso financeiro. Podemos observar, pela figura 2 e na tabela 4, que esses trabalhadores, principalmente dos serviços de limpeza, procuram o CEREST, quando já adoecidos pela LER/ DORT.

O trabalho infantil, no território do Rádio Clube, é percebido, mas pouco abordado pelos profissionais de saúde, e quando verbalizado é atribuído a necessidade de subsistência financeira. Encontra-se na forma de cuidado de crianças menores, de serviços domésticos, venda de produtos (doces) em pontos demarcados como, por exemplo, semáforos e o tráfico de drogas. Tal achado precisa ser melhor trabalhado no território, através de ações intersetoriais conjuntas com a educação e assistência social, numa perspectiva de desnaturalização e de conscientização de que se trata de violação de direitos de desenvolvimento da criança, e da garantia de acesso a políticas públicas de defesa à criança e adolescente, como por exemplo o jovem aprendiz.

No território da Aparecida, por ser área próxima do estuário, há trabalhadores moradores que atuam nas atividades ligadas ao porto de Santos e nas atividades relacionadas, bem como também a unidade se situa próxima a vários serviços de saúde, e ainda é um local com a presença de profissionais de saúde que residem nas proximidades da unidade.

Os profissionais da Atenção Básica relataram nas oficinas o desconhecimento da necessidade de se notificar as doenças relacionadas ao trabalho e os acidentes de trabalho. Com a abordagem das informações epidemiológicas interligando com as características do território, os participantes identificaram a notificação com um instrumento valioso para a vigilância dos casos identificados no território. Reconheceram que as informações possibilitam a garantia de direitos aos trabalhadores e indicam possibilidades de intervenções, como por exemplo, a ação de vigilância desenvolvida pelo CEREST nos ambientes de trabalho de oficinas no território do Rádio Clube, devido aos acidentes de trabalho envolvendo mãos em mecânicos, e na Aparecida,

os estabelecimentos comerciais onde gestantes trabalham e apresentam infecções urinárias de repetição, impactando na mortalidade materno-infantil.

Nesse contexto, Amorim *et al.* (2017) reafirmam que as intervenções sobre os agravos e seus processos produtivos, pela Atenção Básica, devem estar articuladas e/ou integradas com os diversos pontos de atenção do SUS, em especial com as vigilâncias e outras instâncias.

O desenvolvimento conjunto de ações de vigilância epidemiológica, associado a discussão de casos clínicos, e a disponibilidade permanente de apoio são apontados em estudos como facilitadores para a incorporação de conceitos e práticas do campo da Saúde do Trabalhador no cotidiano de trabalho, pela rede básica (AMORIM *et al.*, 2017; LAZARINO *et al.*, 2018; Pintor, 2019), e pode resultar em aumento das notificações de agravos relacionados ao trabalho, bem como o desenvolvimento de práticas de saúde que considerem a transversalidade do trabalho para a elaboração de planos terapêuticos singulares e articulações intra e intersetorial. Ressalta-se que a Atenção Básica é uma porta de entrada que possibilita o acesso dos trabalhadores e a identificação de situações de trabalho, invisíveis às ações das políticas tradicionais de proteção da saúde no trabalho.

Como estratégia, os profissionais tanto do CEREST como da Atenção Básica, aprovaram o diálogo e a troca para o reconhecimento da transversalidade do trabalho em questões trazidas no cotidiano dos serviços, por meio das oficinas. As oficinas foram consideradas uma oportunidade para adquirir e compartilhar novos conhecimentos, bem como fomentar uma atuação mais próxima, efetiva e integral no que tange às necessidades dos trabalhadores no território.

Este processo de troca de experiências, através do diálogo interprofissional provoca a construção coletiva de saberes e fortalece os trabalhadores e os serviços, no sentido da corresponsabilidade entre os diferentes níveis de atenção, e principalmente em defesa da vida frente ao capitalismo, através de um raciocínio clínico-epidemiológico e sócio político da realidade sanitária dos territórios (SANTOS; LACAZ, 2012; SOUZA *et al.*, 2017; PINTOR, 2019; NAVARRO *et al.*, 2020).

Portanto, um dos desafios da Saúde do Trabalhador é a necessidade operacional da transversalidade⁶, um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), no qual se

⁶ Fim de gerar um funcionamento em rede, conectando profissionais e usuários através de uma mentalidade humanizada e consequentemente de práticas balizadas por valores comuns. (FERREIRA; ARTMANN, 2018, p. 1445).

espera o contato e comunicação entre pessoas e os serviços da Atenção Básica e do CEREST, para a produção de um cuidado qualificado em saúde mais integral e resolutivo em respeito à dignidade do usuário e trabalhador da saúde (FERREIRA; ARTMANN, 2018; PINTOR, 2019), sem hierarquia, isto é, orientada por uma gestão participativa e cogestão⁷.

(3) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: Prevenção e Imediatismo das Ações em Saúde

Nesta temática, os profissionais da Atenção Básica e do CEREST trouxeram em seus discursos a relação prevenção/ tratamento em saúde. Foi apontada pelos participantes a ausência da prevenção em saúde que é entendida por eles como a presença de doenças e falta de atitudes pelos indivíduos consideradas para a manutenção da qualidade de vida⁸, através da não adesão aos exames de rotinas, alimentação inadequada, ausência da prática de atividades físicas e momentos de lazer.

O entendimento dos profissionais das ações de prevenção em saúde está relacionado ao repasse de informações por meio de palestras, treinamentos, e que mediante estas ações os indivíduos devem assumir o autocuidado, responsabilizando-se pelos riscos. Quando adoece é culpabilizado pela equipe de saúde, porque não se cuidou, devido ao déficit de educação e cultura. “Nesse sentido se dá à educação o status de solução de todos os problemas, falseando a realidade e culpabilizando os sujeitos” (SIQUEIRA, 2014, p. 244).

Nesta temática, apesar dos profissionais da saúde reconhecerem, em diversos momentos das oficinas, que os modos de produção e o ambiente interferem no processo saúde-doença atribuem o controle destes à regulação por normas de segurança e da capacidade de autocuidado do trabalhador, sendo o indivíduo responsável pela sua exposição ao risco e pela adoção de medidas de precaução para evitar o adoecimento e/ou acidente de trabalho, camuflando a real organização do trabalho, retratando a forma como a sociedade lida com as doenças relacionadas ao trabalho e apenas modificando superficialmente as condições de trabalho. O limitado

⁷ Trata-se de uma forma complementar as funções gerenciais, que altera a maneira de realizar coordenação, supervisão e avaliação do trabalho, na medida em que pressupõe um modo interativo, analítico e operacional (FERNANDES; FIGUEIREDO, 2015, p. 287).

⁸ É a união de diversos fatores que proporcionam equilíbrio e bem estar ao ser humano, nos aspectos emocional, físico e mental, além dos relacionamentos sociais (RIBEIRO; SANTANA, 2015, p. 79).

horizonte de compreensão é em parte oriundo do conhecimento restrito da determinação social do adoecimento pelo trabalho, conforme já apontamos anteriormente.

Ademais a educação é reduzida ao treinamento e conscientização, no qual se vislumbra de que o empregador modela/adestra o trabalhador para o controle dos riscos ou obedecer normas a partir da aquisição de habilidade e do conteúdo, e que possam neutralizá-los, sem considerar as singularidades das condições e da organização do trabalho, isto é, os conflitos vividos pelo trabalhador para a realização do trabalho e os recursos subjetivos para solucionar os problemas.

No grupo da Zona Noroeste há o apontamento que o usuário procura o atendimento de saúde quando já não consegue lidar com o processo de adoecimento e a dor. De acordo com a notificações relacionadas ao trabalho, nesta área, podemos averiguar maior número de LER/DORT, e atrelando com o perfil de ocupações observa-se que são a maioria trabalhadores terceirizados e/ ou autônomos, marcados por áreas de intensificação do trabalho, no qual não são reconhecidos seus direitos para afastamento ao tratamento e inclusive a emissão de CAT, podendo ser uma das explicações para a ausência destes trabalhadores na procura dos serviços para a prevenção. Face ao exposto há a necessidade de conhecer e discutir com a equipe de saúde os modos de vida da população, incluindo suas práticas laborais, para reconhecer as suas implicações no processo saúde-doença e a autonomia para o cuidado.

A complexidade da determinação donexo epidemiológico no agravo relacionado ao trabalho e a cultura de culpabilização são apontados como elementos que dificultam a emissão de CAT e o recebimento de auxílio-acidentário, através do Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS (CARDOSO, 2015), que por sua vez atende à demanda de redução de custos previdenciários e torna o trabalhador como um sujeito-doente com diversos diagnósticos, sem o reconhecimento do adoecimento relacionado ao trabalho.

Uma das motivações para a pouca interferência da assistência na exposição aos riscos é a pouca integração da Atenção Básica com as ações de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador em suas práticas cotidianas, incluindo a promoção e prevenção. São valorizadas apenas as ações da vigilância epidemiológica, no controle de doença, dada a sua maior proximidade com a rede. Nesta perspectiva Amorim *et al.* (2017, p. 3404) esclarece que:

[...] grande parte das atividades ainda se concentra nas ações assistenciais. Com frequência, as práticas de vigilância, baseadas na análise da situação de saúde da população adscrita ao território, por meio de intervenções articuladas sobre os principais determinantes e controle de situações de risco e danos à saúde, permanecem pontuais e, muitas vezes, atreladas a episódios de emergências sanitárias.

Cardoso (2015, p. 79) também aponta que a dificuldades de intervenções está na relação que “o local de trabalho é visto como algo privado, onde nem os representantes dos trabalhadores e do Estado podem intervir, sobretudo quando o assunto diz respeito sobre às formas de organizar e gerir o trabalho”.

As ofertas dos serviços aos usuários, tanto na Atenção Básica como no CEREST em Santos, pela equipe assistencial estão centradas principalmente na oferta do tratamento de doenças, determinado por um modelo capitalista hegemônico e centrado nos conceitos da biomedicina, que influencia também nas demandas, numa perspectiva de imediatismo, a exemplo da medicalização para remediação dos sintomas, frustrando os profissionais da saúde em relação ao papel de prevenção. No entanto, esses mesmos profissionais quando prescrevem normas, comportamentos “seguros” e a modificação apenas do ambiente físico do trabalho, como medidas de prevenção, estão sendo influenciados por este modelo capitalista e biomédico, mascarando o real problema da organização do trabalho, inibindo e responsabilizando os trabalhadores pelo seu estado de saúde, uma vez que reduz o problema apenas no indivíduo, e desconsidera outros fatores, como por exemplo: o ritmo do trabalho e as formas de controle.

Os resultados, portanto, sugerem a necessidade de fortalecer os processos de educação, modelo da educação permanente como melhor forma, através de apoio institucional, com periodicidade e permitindo críticas reflexivas dos processos de trabalho.

Segundo Amorim *et al.* (2020) a educação permanente em saúde é uma importante estratégia de gestão para transformação das práticas de saúde e dos processos de trabalho, resultando em melhores condições de trabalho e satisfação das equipes. Assim, tanto na Atenção Básica como no CEREST, para a construção e troca de saberes, é necessário compreender e potencializar intervenções de prevenção nos modos de produção, de modo a possibilitar a transformação da realidade, e desconstruir a visão da culpabilização do trabalhador na ocorrência de doenças e/ou acidentes, bem como a necessidade de investir no protagonismo da classe trabalhadora.

Compreende-se ainda que a construção de saberes deve pautar na interdisciplinaridade, pois segundo Cockell (2013), a atuação interdisciplinar através da valorização do conhecimento coletivo, a construção de vínculos, o trabalho humanizado e o empoderamento dos trabalhadores, amplia o campo de ação na Saúde do Trabalhador, além de romper os paradigmas.

Portanto, é importante trabalhar com material pedagógico temático de saúde do trabalhador (saúde da mulher trabalhadora, saúde bucal e trabalho, trabalho e saúde mental, dor relacionada ao trabalho) para aproximar e envolver os profissionais de saúde e a população trabalhadora. Mas, principalmente, é necessário o trânsito/ deslocamento de profissionais da Atenção Básica e do CEREST no território de forma conjunta para evidenciar os modos de produção, por conseguinte planejar o desenvolvimento de ações compartilhadas e a construir “espaços de diálogo”, que possibilitem a mudança de valores e crenças. A abordagem permite ainda o avanço em novas experiências de educação em saúde, na perspectiva de promoção e prevenção em saúde, por meio da vinculação com os trabalhadores e de acordo com as demandas locais, com ênfase para o controle social, através da articulação com outros serviços/ equipamentos e nos diferentes espaços de negociação, como as empresas do território, sindicatos, conselho local de saúde, e movimentos sociais.

(4) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: Acolhimento na Atenção Básica e no CEREST

Nesta temática emergiram reflexões acerca da necessidade de um processo de mudança das práticas em Saúde do Trabalhador através do acolhimento por meio da escuta do usuário além do levantamento das necessidades físicas, mas também psíquicas e social, numa perspectiva ampliada do cuidado. Nos discursos, os participantes compreendem o acolhimento como uma ação pertinente a qualquer membro da equipe de saúde, com potencial para criação de vínculos e, por conseguinte, a identificação de queixas não ditas pelos usuários através do escutar e analisar a demanda, que está permeada pelo modo de vida e produção, e permite a visibilidade do usuário no campo da saúde do trabalhador.

O acolhimento, por ser uma atividade realizada por toda a equipe e no cotidiano da Unidade Básica de Saúde, deve ser entendido tanto como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde, quanto como dispositivo, ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (LAZZAROTTO; CASTRO, 2017, p. 67).

Os agentes comunitários de saúde apontam nos discursos dificuldades e entraves na abordagem durante a visita domiciliar com os trabalhadores. Dentre os motivos apontados estão os conveniados da saúde suplementar, que raramente utilizam os serviços da Atenção Básica e a dificuldade do horário de encontro devido o usuário estar trabalhando no mesmo horário; ou

ainda aqueles que atrelam a busca pelo serviço de saúde somente no momento do adoecimento, conforme já discutido anteriormente. Mas em contrapartida expressaram identificar situações de trabalho domiciliar no território e reconhecem a sua invisibilidade nas práticas dos profissionais de saúde, devido não ser reconhecido como trabalho formal.

Os participantes da Atenção Básica referem situações que comprometem a condições para às práticas de acolhimento atrelado a demanda de procedimentos assistenciais e a estrutura física da unidade, em termos de tamanho. Acreditam que a identificação das demandas atreladas ao trabalho, depende da sensibilização dos profissionais da saúde por meio de trocas de experiências e discussão dos casos entre a equipe da Atenção Básica e o CEREST.

Com relação a sensibilização dos profissionais de saúde é importante destacar que nenhuma área profissional consegue apreender isoladamente a abrangência da relação trabalho/saúde, uma vez que vai além do paradigma biomédico, sendo necessário compreender as contradições e singularidades da organização do trabalho, seus determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, e as suas repercussões na saúde dos trabalhadores (COCKELL, 2013).

Os autores Araújo e Pontes (2012, p. 2362) apontam que essa relação dialógica entre os trabalhadores, considerado aqui a análise da Atenção Básica e do CEREST, deve ocorrer baseada no “princípio da horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes”. Mas foi evidenciado, nos discursos, com destaque para os agentes comunitários de saúde, o sentimento de desvalorização de suas práticas pela população assistida e pelos demais profissionais do serviço, quanto ao seu saber e vinculação com o território, sendo e priorizado o saber biomédico nas ações de saúde.

Segundo Affonso e Bernardes (2015, p. 28):

[...] ‘produção’ de atendimentos [que] torna-se o principal indicador para a avaliação do trabalho realizado pelos profissionais de saúde. Essa lógica não é compatível com as propostas de acolhimento ‘humanizador’ preconizada pelo Ministério da Saúde. A vivência em um contexto contraditório como esse pode ter consequências tanto para os trabalhadores responsáveis como para a própria população. Deve-se lembrar que o acolhimento, por si só, já é desgastante, uma vez que é a porta de entrada nos serviços de saúde, tendo de dar respostas a questões que, na maior parte das vezes, não estão sob o controle dos profissionais que o realizam por se relacionarem ao contexto social mais amplo.

Nesse contexto, a Atenção Básica, aponta nos discursos, que os profissionais, especialmente os médicos durante as consultas tem dificuldade de enxergar o indivíduo na sua amplitude e desvaloriza o conhecimento coletivo. Autores como Santos, *et al.* (2018) apontam

essa problemática como reflexos de vários fatores determinantes, como individuais, familiares, ambientais, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros fatores que produzem obstáculos para o cuidado integral. E ainda Pinheiro, *et al.* (2018, p.193) explicam a falta de apoio e participação dos médicos em reuniões de equipe para processo de educação baseada na troca dialógica horizontal, e na desvalorização dos profissionais de nível médio, especialmente dos agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem:

Isto se dá porque muitos profissionais entendem que a teoria é superior à vivência, não considerando que ambas são complementares e, isoladamente, nenhuma é eficaz na construção do conhecimento. Notam-se, ainda, a divisão técnica e social do trabalho, a forte hierarquização e as relações de poder verticalizadas como condições para essa desvalorização.

Segundo Amorim (2015, p. 92) essa falta de integração e desvalorização do saber da realidade vivenciada nos ambientes de trabalho resulta em:

[...] demora na realização dos exames, aliada ao despreparo [destes] profissionais na identificação e condução dos agravos relacionados ao trabalho, [e] faz com que a relação nem sempre seja suspeitado. Com isso os fatores de risco dos agravos são desconhecidos e não há possibilidade de medidas de prevenção de novos casos.

Portanto é um desafio a formação médica para atuar na promoção e prevenção, tratamento e reabilitação junto à comunidade, com vistas a integralidade dos indivíduos através de atuação multiprofissional e interdisciplinar, uma vez que tradicionalmente está permeada para atender as demandas de iniciativas privada do mercado, através da especialização do conhecimento e do atendimento individualizado.

Várias tentativas desde a transição curricular na formação acadêmica e processos de educação permanente tem juntado esforços nos últimos anos, no Brasil, para transformação dessa realidade nas práticas de saúde e nas suas relações entre os trabalhadores, para não comprometer a interdisciplinaridade e o trabalho com a comunidade; extrapolando os protocolos e manuais; e considerando as subjetividades dos indivíduos no processo saúde-doença. (PINHEIRO *et al.*; 2018).

Nesta pesquisa destaca-se portanto, que ambas as unidades selecionadas da Atenção Básica, apesar de contarem com a estratégia de agentes comunitários de saúde, funcionam ainda no contexto laboral de unidade básica de saúde tradicional, de modo que muitas ações/intervenções ainda são restritas para uma abordagem multiprofissional e não há o apoio do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, e por conseguinte, resulta na ausência da gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos e projetos terapêuticos que considerem a

singularidade dos usuários, ficando o cuidado, por vezes, apenas às reflexões da doença, ao invés de considerar determinação social do trabalho sobre a saúde.

O CEREST Santos funciona, também, como porta aberta e referenciada aos trabalhadores. O primeiro atendimento ao usuário ocorre através da consulta com o médico do trabalho que visa pesquisar a existência de relação entre o trabalho e o agravo sofrido; e posteriormente uma consulta conjunta, denominada acolhimento, por técnicos da equipe multiprofissional com o objetivo de avaliação biopsicossocial deste usuário e definição dos encaminhamentos da conduta terapêutica pela equipe e orientações. Mas ainda há queixas nos discursos dos sujeitos participantes do CEREST, quanto a busca pelo serviço pela medicalização e do tratamento baseado na causa-efeito.

Essa concepção é apontada por Cockell (2013) como uma prática hegemônica da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que está ainda pautada numa concepção biomédica, na uniausalidade, no ato inseguro, na exposição a agentes externos, na medicalização e no isolamento de riscos, e por conseguinte promovendo a propagação da ideia de que os trabalhadores é que devem se adaptar/ reabilitar para a manutenção do seu trabalho e da sua vida. Nesta concepção o trabalhador ainda é tratado como um “objeto” ao restringir suas ações no tratamento de causas, baseado no controle dos riscos, de modo que as doenças ainda permanecem a serem diagnosticadas somente nos estágios mais avançados.

Nos discursos dos participantes, tanto da Atenção Básica como do CEREST, acreditam que o “acolhimento” possibilita ampliar o olhar sobre o usuário de forma a planejar um cuidado mais adequado, não se limitando apenas ao tratamento dos sintomas físicos e/ ou segmentação do cuidado. Associado a essa característica de atendimento, os participantes da Atenção Básica apontam como facilitador, para o acolhimento dos usuários-trabalhadores, a dimensão física da unidade e o agendamento dos usuários com horário definido, no CEREST.

No discurso do Grupo da Zona Noroeste, ao mesmo tempo em que há a referência de violência e desrespeito pela população aos profissionais da saúde, uma das participantes ao comparar a unidade básica do Rádio Clube com o CEREST, relata que não tem estrutura para atender a demanda daquele território, gerando descontentamento e angústia com a situação que vivencia, associando-se ao sofrimento no trabalho, bem como sentimento de desvalorização e sentimento de abandono pela rede.

Nesta temática, Pinheiro *et al.* (2018) apontam a necessidade de promover melhorias nas condições de ambiência dos serviços de saúde, até mesmo porque a precariedade da infraestrutura é apontada como um fator que dificulta as atividades educativas. Porém, os

autores Poço e Poço (2015) e Lazzarotto e Castro (2017) destacam que o acolhimento não pode ser entendido apenas como local físico que transmite sensação de conforto e uma consulta médica ou multiprofissional. Esse modelo de organização do trabalho do CEREST Santos, detectado no discurso, se contrapõe a proposta da RENAST, devido não conseguir assumir o papel de apoiador, através da atuação conjunta e da descentralizada da atenção em Saúde do Trabalhador em ações intra e intersetorialmente, especialmente com a Atenção Básica. Neste cenário que os trabalhadores do CEREST Santos também apresentam as suas inquietações e angústias, gerando o interesse em participar da pesquisa, no sentido de deslocamento e ampliação do acolhimento ao usuário-trabalhador.

Ainda de acordo com os autores Amorim (2016) e Lazzarotto e Castro (2017), o acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização que possibilita a aliança entre a assistência e uma gestão participativa para o mapeamento do fluxo do usuário, levantamento e análise dos modos de organização dos serviços de saúde e desencadeia uma construção coletiva das estratégias de enfrentamento dos problemas diagnosticados, através da coordenação do cuidado e articulação com a rede de saúde, numa perspectiva de ampliação do acesso com equidade e resolutividade.

O acolhimento ao trabalhador na Atenção Básica, segundo Amorim (2016), não deve ser reduzido apenas a uma tarefa de triagem, mas deve ser uma escuta qualificada das demandas e identificação da exposição a riscos para a saúde, decorrentes da organização do trabalho, com a atuação compartilhada do CEREST Santos; possibilitando o acesso universal, integral e equânime dos trabalhadores, principalmente aqueles “invisíveis”, isto é, negligenciados por políticas públicas, devido à situação no mercado de trabalho informal.

Cabe destacar que a política de acolhimento, segundo Affonso e Bernardes (2015), visa a atenção universal à saúde, indo na direção contrária ao neoliberalismo, que prega o Estado mínimo, em que se tenta inviabilizar um sistema de saúde público que defenda os interesses da população trabalhadora e se coloca contrária a influência da indústria farmacêutica, considerando que vivenciamos um processo incentivo a medicalização social, que substituído pelo acolhimento pode minimizar o sofrimento e ser uma conduta mais eficaz.

Portanto, o apoio e a atuação conjunta do CEREST Santos para melhoria do acolhimento dos trabalhadores na Atenção Básica, representa uma mudança de prática da Saúde do Trabalhador no município de Santos, com a incorporação do conceito de processo de trabalho, para a identificação da necessidade de melhorias das condições e organização do trabalho e de saúde, considerando as subjetividades dos trabalhadores.

Esse acolhimento se pauta na exigência de novos conhecimentos e habilidades a serem adquiridas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, para que possibilite o desenvolvimento de uma prática mais humana e social. Para tanto, também, é necessário a sustentação da gestão e do controle social para a corresponsabilização e efetivação de ações integradas entre as vigilâncias e a Atenção Básica, resultando em possíveis transformações sociais no mundo do trabalho.

(5) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o tema: Sobrecarga dos Trabalhadores da Saúde

Os trabalhadores da saúde, principalmente da Atenção Básica, expressaram a sensação de sobrecarga no trabalho. Nos discursos apontam que fatores pessoais, como a superação dos próprios limites no cumprimento de longas jornadas por necessidade de subsistência; o ambiente de trabalho, com uma rotina desgastante marcado pelo excesso de trabalho e as demandas psicossociais muito elevadas que não conseguem resolver dentro das expectativas da população assistida e do próprio profissional, tornam o trabalho muito estressante, influenciando e fortalecendo o sofrimento e adoecimento psíquico nos trabalhadores da saúde.

Nas últimas décadas, verificamos o aumento significativo e contínuo da presença das mulheres, no mercado de trabalho, principalmente na área da saúde, sendo distribuídas nas diversas categorias profissionais, devido aos seus valores técnicos continuarem sendo ainda relacionados à natureza feminina, além da remuneração inferior, principalmente nas categorias profissionais de nível técnico e auxiliar.

Essa característica da feminização também foi identificada neste estudo e pode ser um dos fatores relacionado ao resultado de sobrecarga de trabalho apontada nos discursos. Segundo Carvalho *et al* (2016, p. 9) a sobrecarga pode estar relacionada ao “duplo papel que a mulher vem desempenhado na sociedade”, pois além de exercerem as funções oriundas da sua inserção no mercado de trabalho, as mulheres também são responsáveis pelas tarefas domésticas e educação dos filhos.

As demandas excessivas e as multifunções desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, especialmente na Atenção Básica, são indicadores da intensificação e precarização do trabalho no SUS. Nos discursos percebe-se a tensão do trabalhador para um bom desempenho, mas há a ausência de autonomia do trabalhador sobre seu próprio trabalho, isto é, não é permitido a definição ou a adequação no trabalho desenvolvido por esses atores. E trata-se ainda de

compreender que o número reduzido de trabalhadores, desenvolvendo a mesma jornada de trabalho em quantitativos de horas, atua como fator de intensificação do trabalho.

A questão da sobrecarga de trabalho e seus desdobramentos têm sido, na atualidade, um campo de investigação importante na área de saúde do trabalhador. Nesta configuração Affonso e Bernardes (2015, p. 41) destacam que os profissionais da Atenção Básica tem que se “desdobrar para reinventar a prática cotidiana da atenção à saúde” e que esse sofrimento e adoecimento mental não tem origem apenas no âmbito intrapsíquico, mas é também um processo de desgaste relacionado às condições e à organização do trabalho, condicionadas pelo contexto social.

Segundo, Carvalho (2016) e Vieira (2017) a sobrecarga no emprego pode estar associada a insatisfação do trabalho, quando o profissional da saúde não possui os mínimos meios para garantir adequadamente a assistência em saúde, somado ao fator tempo e a dificuldade estrutural da Atenção Básica no desenvolvimento de ações intersetoriais e a insuficiência de outros níveis de atenção, além da ausência de plano de cargos e salários aos trabalhadores. Esses fatores apontados acabam por influenciar a qualidade de vida no trabalho e, neste sentido, Dejours (1992) afirma que o sofrimento, a dor no trabalho está ligado ao sentimento de inutilidade e desqualificação, em contrapartida o prazer, a motivação e satisfação no trabalho faz o trabalhador sentir-se parte importante da sua construção.

Esse sentimento de adoecimento por condições relacionadas ao trabalho foi mais exposto pelos profissionais da Atenção Básica, principalmente do Rádio Clube, e está associado à frustração nas ações de saúde e o enfrentamento das condições de vida precárias da população no território, além da ausência de retaguarda para lidar com essas questões complexas do trabalho e sem referência para o cuidado da sua saúde. Autores como Affonso e Bernardo (2015) indicam que

O atendimento a uma população mais carente, juntamente com condições mais precárias de trabalho (falta de pessoal e de estrutura), coloca os profissionais que realizam o acolhimento nas unidades de saúde mais periféricas em uma situação potencialmente muito mais desgastante física e mentalmente. (AFFONSO; BERNARDO, 2015, p. 39)

Assim a realidade aponta que o trabalhador da saúde luta contra o seu próprio adoecimento, decorrente da fragilidade nos processos de trabalho vivenciados, que impõem dificuldades e limitações para o desenvolvimento do cuidado qualificado aos usuários,

incluindo até mesmo o entendimento da determinação social do trabalho no processo saúde-doença até o estabelecimento denexo causal.

Nesse contexto, as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora, contidas na Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, reforçam a necessidade e a pertinência de políticas específicas para a proteção e a promoção da saúde desses trabalhadores ou o estabelecimento de princípios gerais para ações com foco nas ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Portanto, é necessário dar atenção, intervir nas questões de saúde, com concepção ampliada, dos trabalhadores da Atenção Básica e do CEREST, bem como acompanhar as condições de trabalho das próprias equipes, no sentido de promover melhorias, para que seja possível avançar em Saúde do Trabalhador.

Entre as intervenções previstas Barros e Barros (2007) destacam duas diretrizes da Política Nacional de Humanização que ajudam para o seu enfrentamento: a cogestão, através da instalação de dispositivos que permitam tomadas de decisão mais participativas, e a clínica ampliada, com a convocação coletiva de diferentes saberes e poderes, para a criação de outros processos de trabalho. Para Pintor (2019) a emissão periódica de boletins informativos e momentos de devolutivas são fatores que servem de motivação e de implicação para a continuidade de ações articuladas.

Assim, a cogestão e o cuidado ampliado através do compartilhamento do trabalho entre os diversos saberes é uma das estratégias que podem promover a organização do trabalho conjunto e a valorização dos trabalhadores da saúde, inclusive do agente comunitário de saúde, que passa a ter papel fundamental pelo seu conhecimento privilegiado e vínculo com o território, caso contrário o seu papel não faz sentido e passa a ser oprimido para a execução de outros fins.

(6) Discurso do Sujeito Coletivo: Potencialidades para trabalhar em Rede no Cuidado em Saúde do Trabalhador

A temática conduz a reflexão crítica da Atenção Básica e do CEREST-Santos, em relação à necessidade de melhorar qualidade da assistência em saúde ao usuário-trabalhador, por meio da troca de informações intrasetorial e intersetorial, numa perspectiva de ações de promoção e prevenção, e garantir o acesso, sob os princípios da integralidade, através da organização dos fluxos na rede de saúde do trabalhador.

O estudo apontou que a Atenção Básica trabalha com as questões pontuais apresentadas pelo usuário-trabalhador, e o CEREST Santos está atento para as questões do trabalho, devido ser um serviço especializado para tratar as questões do trabalho, e atualmente a produção das ações em saúde do trabalhador tem enfoque na educação por meio do repasse de informações em palestras, tratamento sintomático, reabilitação dos trabalhadores, e inspeções sanitárias.

Em ambos os serviços há a fragilidade na abordagem com vistas à integralidade dos indivíduos, devido a uma rede fragmentada, que resulta na ausência do cuidado ampliado. A consolidação de estratégias e arranjos organizativos que permitam o exercício da integralidade no SUS ainda é um desafio; e conforme já apontado, por vezes, fica condicionado apenas a fatores individuais dos profissionais que realizam o atendimento, ao invés de ser uma conduta da equipe (ARRUDA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2018). Essa desarticulação entre a equipe e serviços dificulta mapear os processos produtivos e analisar suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, para propor o desenvolvimento das ações de vigilância, de forma articulada.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram implementadas recentemente no âmbito do SUS, em 2010, como estratégia de reestruturação dos serviços e de superação da fragmentação do cuidado e da gestão, para garantir acesso e espaços de acolhimento e vínculo entre os profissionais e usuários, com vistas a assegurar uma atenção contínua e integral à população através da prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, devendo ser coordenada pela Atenção Básica (ARRUDA *et al.*, 2015; AMORIM, 2016).

Nesta perspectiva de trabalho em rede, a Atenção Básica precisa ser mais bem reconhecida pela diversidade de atendimento e possibilidades dessa abordagem integral aos usuários-trabalhadores, dada a proximidade com a população e por ser um ator chave no reconhecimento do trabalho informal e o domiciliado (AMORIM, 2016), porém nos discursos ainda é perceptível o isolamento dos serviços e ausência de comunicação entre os pontos de atenção, mostrando dificuldade para o assistência contínua e integral.

As Redes de Atenção em Saúde devem ter como características:

[...] Formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centro de comunicação na atenção primária à saúde; centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (ARRUDA, 2015, p.171).

Nos discursos dos sujeitos é apontado a necessidade de melhorar a definição dos fluxos de referência e contra referência dos agravos de saúde do trabalhador na rede de saúde. Para tanto deve ser considerada a articulação com o CEREST Santos para a construção conjunta da linha de cuidado e o desenvolvimento de PTS - Projeto Terapêutico Singular, centrado nas singularidades do usuário, através de uma retaguarda especializada, no intuito de diminuir esse vazio assistencial e garantir a promoção, prevenção e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho.

A equipe deve ser considerada em sua centralidade na realização das ações aos usuários e Pintor (2019, p. 43) aponta a importância desse papel da equipe do CEREST na atenção especializada:

[...] o papel da assistência da equipe do CEREST com uma escuta atenta e qualificada para as demandas dos usuários, as quais permitem fazer onexo causal ou não, porém, sendo uma atribuição deste tipo de assistência, a qual não vai tratar as patologias, mas sim identificar suas relações com o trabalho, realizar onexo causal argumentado e fundamentado, produzir documentos e relatórios para garantia de direitos ao usuário e para a epidemiologia em ST.

Mas a Atenção Básica em Santos, especialmente a unidade do Rádio Clube, anseia pela integração com o CEREST, numa perspectiva de reabilitação. Essa percepção resulta não somente do perfil de uma população adoecida, da sensação de frustração e fracasso das ações, mas também do perfil ambulatorial do CEREST Santos focado no tratamento e reabilitação, em detrimento ao trabalho em rede.

Ainda na perspectiva da reabilitação, os participantes revelam a necessidade de recolocar o trabalhador de forma ativa no mercado de trabalho como resgate do convívio social, mas não podemos desconsiderar a impossibilidade de afastamento do trabalho, atrelado a necessidade de subsistência, especialmente no território do Rádio Clube, em que há o predomínio de trabalhadores informais, autônomos, domiciliar, peridomiciliar e terceirizados.

A principal necessidade, portanto, dos serviços da Atenção Básica, não se limita a educação continuada com o propósito de capacitação técnica para implantar ações de saúde do trabalhador, mas o de educação permanente com a possibilidade da troca de informações em espaços diferentes e a integração entre os serviços, no sentido de compartilhamento e corresponsabilização e, por conseguinte, melhorar o cuidado ao usuário, a superação dos limites, e até mesmo mudanças de práticas sociais e na configuração da rede de serviços de saúde. Nesse sentido, Zambenedetti e Silva (2016, p. 802) referem que “os momentos de formação, assim como o acompanhamento proporcionado pelo matriciamento, podem ser

considerados espaços privilegiados para esse exercício de coletivização e corresponsabilização pelas ações”.

Nos discursos, os participantes apontam que não deve ser desconsiderada a sobrecarga dos trabalhadores, mas que é importante o estabelecimento de uma agenda permanente e criação de espaços para mobilizar a articulação dos profissionais do CEREST e da Atenção Básica, não somente os gestores, para pensar e trabalhar as questões práticas no cotidiano do trabalhador no território, através de um olhar integral; possibilitando o desenvolvimento da promoção e prevenção em saúde do trabalhador, estratégias para a organização e fluxo na rede de saúde do trabalhador, com o intuito da melhoria das condições de vida e saúde da população, e, por conseguinte, numa menor vinculação do usuário apenas para o tratamento medicamentoso e/ou reabilitação.

Em ambos os grupos, também foi levantado a necessidade de planejamento estratégico pelo CEREST Santos com a Atenção Básica, através do levantamento de perfil dos trabalhadores do território, para a realização de ações integradas e de forma cotidiana, numa perspectiva de transformação do trabalho e do fortalecimento da rede em saúde do trabalhador. Para tanto é apontado a necessidade de sensibilização e apoio da gestão para trabalhar as equipe e a população quanto a importância da criação e manutenção na agenda cotidiana das unidades para que as atividades de educação permanente em saúde efetivamente ocorram, principalmente, nas reuniões de equipe, de modo que não ocorra o rechaço atrelado a falsa percepção de ausência de produção assistencial. Esse apoio entre os trabalhadores de saúde produz a aproximação com os serviços e com a gestão, além de ser uma importante estratégia de cogestão para compor um cuidado ampliado, por meio de novas ofertas, arranjos e rearranjo numa permanente análise crítica pela Educação Permanente em Saúde (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018; PINTOR, 2019).

Mas cabe destacar que a produção de apoio em saúde é a implicação de um agir político, num campo de experimentações tensionado pela disputa de poder, saberes e afetos, no qual o articulador, o trabalhador da saúde ou a gestão devem ser capazes de realizar negociações para a criação de um novo cotidiano (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018; PINHEIRO, 2018), uma vez que a “implantação de uma política é permeada por movimentos contraditórios, que oscilam da aderência ao rechaço, e que envolvem, muitas vezes, a recusa das propostas de mudança” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 791).

Os encontros dos sujeitos durante as oficinas, trouxeram a experimentação para a criação de espaços e processos de apoio, de forma micropolítica, que possibilitaram trocas de

saberes e afetos entre as equipes, demonstrando um possível caminho através da reorganização do processo de trabalho, também para o CEREST, com vistas a construção de uma nova prática de gestão, de mudanças nas relações interprofissionais, e no cuidar da saúde do trabalhador, de forma mais coletiva, através do deslocamento para os territórios do município, que permitiram o compartilhamento e trocas com a Atenção Básica.

Como uma das estratégias de articulação, nos discursos, é apontada a criação de profissionais articuladores do CEREST Santos para atuarem como apoiadores⁹ junto a Atenção Básica, no papel de mediação e de aporte para mobilizar dispositivos de análise do trabalho e ações conjuntas em saúde do trabalhador. Esses discursos demonstram a necessidade da mudança de práticas desenvolvidas da Saúde do Trabalhador no município, que estejam conectadas com as diretrizes a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Nesse contexto, a equipe do CEREST juntamente com a Atenção Básica deve ter a característica de plasticidade, que diz respeito à:

[...] habilidade da equipe em analisar constantemente seu processo de trabalho e reorganizá-lo, conforme as novas demandas emergentes e as suas condições de efetivação. Trata-se de uma disposição para mudanças, para o desenvolvimento de novos projetos e também de uma percepção relacionada à aprendizagem com o próprio trabalho. Podemos pensar a plasticidade como uma força instituinte que tensiona a burocracia, a fragmentação e as rotinas paralisantes (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p.797)

Esse “deslocar do cotidiano instituído para planejar novas ações” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 792), também, precisa do apoio externo da gestão municipal e do controle social para reestruturar a Saúde do Trabalhador através de investimentos em pessoas, recursos, mobilização de encontros e viabilização da agenda, no sentido de construir uma rede efetiva em defesa da vida e da saúde dos trabalhadores, uma vez que tensiona com o atual modelo de cuidado.

O trabalho em rede, portanto, foi identificado como potência para o cuidado ampliado do trabalhador, e assim desfragmentar a assistência, além de reduzir custos dos serviços devido a uma melhor racionalidade da utilização dos recursos e facilitar a intersetorialidade por incluir

⁹ Processos apoiadores estão no campo da produção de novas realidades, novos mundos, novos modos de sentir, pensar e agir. Algo que conjuga, associa, desmancha, neutraliza, conquista, rompe e profana, ou seja, que fazem ver as coisas de outra maneira (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018, p.387).

políticas públicas de outros setores, mas também é um desafio que deve ser enfrentada pelos usuários, profissionais da saúde, e gestores em saúde para sua efetivação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da Saúde do Trabalhador, estruturado no país há 30 anos a partir da Constituição de 1988, ganhou importância como política de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. É inegável que o Programa Saúde do Trabalhador contribuiu, e contribui, na atenção e proteção coletiva dos trabalhadores diante da estrutura da sociedade capitalista neoliberal. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, constituída em 2002, ampliou sua atuação nos últimos 18 anos com a criação de 178 Centros de Saúde em Saúde do Trabalhador – CEREST's se inserindo em todos os estados brasileiros.

Apesar dos avanços apresentados na política pública, na busca de atenção integralizadora, e na ampliação dos CEREST's, parece que ainda não está constituída como rede efetiva, como é o caso de Santos, e necessita de transformações na organização das práticas de saúde e dos recursos para que supere a segmentação clínica do cuidado ao usuário-trabalhador e o isolamento dos serviços de diversos níveis de atenção em saúde coletiva. Por outro lado, a mesma situação de isolamento ocorre no âmbito da Atenção Básica quando diz respeito ao CEREST. O estudo desenvolvido possibilitou a compreensão que as relações entre serviços são vias de mão dupla, pois tanto o CEREST como a Atenção Básica se isolam de uma proposta visando construção de uma rede em saúde.

Uma das questões que contribui para a atuação isolada do serviço em Saúde do Trabalhador pode estar relacionado a concepção da assistência delegada ao CEREST, desde a sua origem, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador que se volta mais a um processo normativo e dessa forma não alcançando as ações cotidianas em sua totalidade.

Outro fator que dificulta a abordagem na atenção integral à saúde dos trabalhadores é representado pelas ofertas e demandas das ações, tanto da Atenção Básica como do CEREST, pois estas estão voltadas principalmente para o tratamento clínico e para a reabilitação, com alcance limitado do conceito de saúde de forma ampliada, pela própria natureza da formação profissional nestas áreas de atuações. Uma vez que não se amplia a compreensão da saúde relacionada a sociedade e a vida do ser humano, mais difícil se torna a desconstrução do paradigma biologicista, e conseqüentemente não se desenvolve o saber e o significado do trabalho como determinação social do adoecimento das populações. Ressalta-se que a visão sobre a saúde estruturado no conceito biomédico, o qual reduz o indivíduo a seu corpo celular e orgânico, também interfere nas ações de vigilância em saúde do trabalhador, pois não permite

o olhar para além dos riscos presentes no ambiente de trabalho e credita a reponsabilidade solitária do trabalhador sobre sua saúde.

As pressões do cotidiano e a sobrecarga no trabalho para atender a expectativa de produção são fatores que, também, dificultam ações conjuntas entre os serviços e o papel de retaguarda especializada do CEREST, nos diversos pontos da rede, principalmente a mobilização de medidas coletivas para a promoção e prevenção em saúde dos trabalhadores. Os trabalhadores do CEREST e da Atenção Básica não conhecem a rede de serviço de Santos como um todo sinalizando uma fragmentação que inclui não conhecer as vezes nem o colega de trabalho. O tempo intensificado de trabalho não contribui com a aproximação entre colegas, entre serviços e inclusive não é um fator que possa contribuir na formação das equipes de trabalho.

Em decorrência desta condição, os trabalhadores da saúde expressam angústias e a necessidade do trabalho em rede para o compartilhamento de responsabilidades e principalmente apoio para a resolução de problemas enfrentados, dado os limites de cada serviço, bem como a garantia de continuidade da assistência ao usuário-trabalhador, com vistas ao princípio da integralidade. Nesse caminho um dos desafios é atribuído a necessidade do reconhecimento da centralidade do trabalho na determinação social da saúde, e o desenvolvimento de ações que contemplem a transversalidade, para a garantia do direito a saúde e a vida, como responsabilidade e dever do Estado.

Para a construção de uma abordagem transformadora é necessário mapear as demandas e repensar as condições e a organização do trabalho na saúde, através de estratégias, que valorizem a integração e articulação da equipe de saúde dos serviços e das redes de atenção. É preciso possibilitar a troca de conhecimentos, dar visibilidade às práticas e buscar estabelecimento de vínculos solidários, no sentido de apoio e corresponsabilização para manutenção da continuidade do cuidado de saúde não somente do usuário, mas também do trabalhador da saúde. Além da criação de programas de acompanhamento e monitoramento da situação de saúde dos profissionais da saúde do município de Santos.

Essa mudança de realidade da atuação a ser experimentada em Santos pode ser lenta, gradual e conflituosa, tanto para o CEREST como para a Atenção Básica, e o próprio usuário-trabalhador, pois induz a criação de novos formatos de atuação, por exemplo, adentrar no território para melhor identificar a epidemiologia do adoecimento relacionado ao trabalho, na área de abrangência, e o desenvolvimento do apoio matricial, com vistas a construção e pactuação conjunta dos fluxos na linha de cuidado, desenvolvimento dos PTS's, bem como

realizar devolutivas das ações periodicamente à rede de saúde e ao controle social. Essa nova forma de gestão e de estruturação dos serviços pode ampliar e qualificar as ações já existentes, e principalmente produzir novas práticas ampliadas do cuidado em Saúde do Trabalhador, bem como valorizar o trabalhador da saúde. Rever processos de trabalho, como o apontado nessas considerações, está incluído no conceitual do desenvolvimento da educação permanente em saúde.

Os deslocamentos na aprendizagem dos sujeitos, através da educação permanente em saúde, nesta pesquisa, mostraram-se uma importante estratégia de cogestão, bem como uma ferramenta para a diminuição da invisibilidade da Saúde do Trabalhador, quando integrada e articulada com a Atenção Básica. Portanto é de extrema relevância investir na educação permanente em saúde e na humanização para a transformação do processo de trabalho em rede, considerando que a implicação dos profissionais no papel de apoiador é um dos caminhos para promover a inclusão dos usuários-trabalhadores, a qualidade da saúde e a gestão compartilhada, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS.

Como pesquisadora implicada, o campo da pesquisa permitiu-me o aprofundamento na análise e compartilhamento das minhas próprias percepções, inquietações, angústias, resistências, expectativas e sonhos no campo de atuação em Saúde do Trabalhador, bem como o sentimento de solidariedade e respeito, através do desvelamento de um sistema de saúde local com profissionais de saúde que precisam de apoio micropolítico e macropolítico para o enfrentamento destes desafios de fazer rede em saúde, e avançar na garantia de direitos e proteção social aos trabalhadores.

Espera-se que os resultados desta pesquisa sejam uma amostra experimental e contribua como fonte norteadora e de inspiração para a integração e a articulação entre a Atenção Básica e o CEREST, por meio de um planejamento estratégico e integrado, de forma contínua e permanente; seguindo o princípio da transversalidade e com o intuito de dar vida a Rede de Saúde do Trabalhador. Acredita-se que a contribuição possa alcançar a garantia do cuidado à saúde dos usuários-trabalhadores, por meio do acesso universal, equitativo, integral e resolutivo, com ênfase principalmente na realidade do território, através do envolvimento dos trabalhadores da saúde, sociedade e gestores para lutar por um Sistema Único de Saúde-SUS que valorize e defenda a vida dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, P.H.B; BERNARDO, M.H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v, 13, 2015, p. 23-43, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v13s1/1981-7746-tes-13-s1-0023.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

AGUIAR, V.S.J; VASCONCELLOS, L.C.F. Reflexões sobre a relação trabalho-saúde de crianças e adolescentes: um espaço de intervenção na formação em Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e5.pdf>>. Acesso em: 23 abril 2020.

ALBUQUERQUE, G.S.; SILVA, M.J.S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2014.v38n103/953-965/>>. Acesso em: 23 abril 2020.

ALMEIDA, S.L, *et. al.* Política De Humanização (HUMANIZASUS): Uma Política Transversal Na Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, p. 1-6, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/786/686>>. Acesso em: 03 agost. 2020

ALVES, G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000200008>. Acesso em: 28 out. 2018.

AMORIM, L.A. **Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João Pessoa – PB**. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

AMORIM, L.A. *et al.* Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 4403-13, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017021003403&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 abril 2020.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 169-173, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452015000100169&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 out. 2020.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In. SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí, p. 61-72, 2007.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 76, 12 de nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 46, 24 ago. 2012.

BRASIL. 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). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 68, 21 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. **Cadernos de Atenção Básica, n. 41.** Brasília, DF, 2018 Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atecao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da RENAST 2016:** implementação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora: avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Relat%C3%B3rio%20da%20RENAST%202016.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a). **Política nacional de saúde do trabalhador.** Brasília, 2001. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretária de Atenção Primária da Saúde.** Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionId=AYBFnttSkk3MiAYUzDrgWnh1>>. Acesso em: 26 agosto 2020.

BUARQUE, C. **Construção.** 1971. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/chico-buarque/45124/construcao-print.html>>. Acesso em 26 nov. 2018.

CARDOSO, A.C.M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 73-94, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010320702015000100073&lang=pt>. Acesso em: 08 abril 2020.

CARVALHO, D.B. *et al.* Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, n. 17. p. 1-13, 2016. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0303-76572016000100210&lng=en&nrm=iso&tlng=t>. Acesso em 13 out 2020.

CAVALCANTI, F.O.L.; GUIZARDI, F. L. Educação Continuada ou Educação Permanente em Saúde? Análise da Produção Pan Americana da Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462018000100099&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 agost 2020.

COCKELL, F.F. Fisioterapia do Trabalho: rompendo com saberes e fazeres tradicionais. In Bispo Junior, J.P (org). **Fisioterapia & Saúde Coletiva**: reflexões, fundamentos e proposições. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 157-197.

COSTA, D.; et. al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

DALMOLIN, B.B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 389-94, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23.pdf>>. Acesso em: 13 out 2020.

D'ÁVILA, L.S.; *et. al.* Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 2, p. 401-16, 2014. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n2/401-416/pt/>>. Acesso em: 13 out 2020.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: Selma LANCMAN, S.; SZNELMAN, L.I (org). 1.ed. Rio de Janeiro: Paralelo, 2004.

DIAS, M.D.; BERTOLINI, G.C.; PIMENTA; A.L. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-148, 2011. Disponível em: < <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13368/S198177462011000100010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

DUTRA-THOMÉ, L.; KOLLER, S.H. O significado do trabalho na visão de jovens brasileiros: uma análise de palavras análogas e opostas ao termo "trabalho". **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Porto Alegre, v.14, n. 4, p. 367-380. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000400004>. Acesso em: 08 agost.2020.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M.D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 25, n. 1, p. 287-306, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2015.v25n1/287-306/pt>>. Acesso em: 04 agost. 2020.

FERREIRA, L.R.; ARMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1437.pdf>>. Acesso em: 03 agost. 2020.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; HENZ, A. O.; CASETTO, S.J. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 35-58.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 59 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.

FUNDAÇÃO SEADE. Disponível em: <<https://perfil.seade.gov.br/>>. Acesso em 26 agosto 2020.

ENGELS F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. Edição eletrônica: Ridendo Castigat Mores, 1999. E-book. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/macaco.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2018.

GARCIA, R.A.; L'ABBATE, S. Institucionalização da Vigilância em Saúde de Campinas (SP) na perspectiva da Análise Institucional sócio-histórica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.107, p. 997-1007, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042015000400997&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 29 set. 2020.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAÚJO, M.D. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063>. Acesso em: 07 maio 2020.

GELATI, T.R. *et al.* Riscos físico, químico e biológico em portuários e potencialidades para alterações respiratórias. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 01-11, 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868389/49371-206808-1-pb.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2018.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama>>. Acesso em: 26 agosto de 2020.

LACAZ, F.A.C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: Lourenço, E. *et al.* (Org). **O avesso do Trabalho: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 199-230.

LACAZ, F.A.C. Vigilância em Saúde do Trabalhador como elemento constitutivo da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais. In: Correa, M. J. M., **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, p. 35-60.

LAZARINO, M.S.A; SILVA, T.L.; DIAS, E.C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, n. 23, p. 1-8, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100301>. Acesso em: 26 abril 2020.

LAZZAROTTO, G. D.R; CASTRO, T.C.M. Linhas do acolhimento na saúde: entre modos de trabalhar e acolher. **Revista Trabalho En Cena**, v. 2, n. 1, p. 65-79. 2017. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/3989/11621>>. Acesso em: 19 de junho de 2020.

LEFÉVRE, F.; LEFRÉVE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEFÉVRE, F.; LEFRÉVE, A.M. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf>. Acesso em: 19 agosto 2018.

LORAU, R. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARX, K. **O Capital**. vol. 2. 3 ed. São Paulo, Nova Cultural, 1988.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C. (org.) *et al.* **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 31a ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NAVARRO, A.P.B, SIGNORELLI, M.C., ALBUQUERQUE, G.S.C. Apoio matricial na saúde do trabalhador no Paraná: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100201>. Acesso em: 26 abril 2020.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Departamento de Políticas e Emprego. **Compreender os impulsionadores da vulnerabilidade rural**: para reforçar a resiliência, promover o empoderamento socioeconômico e melhorar a inclusão socioeconômica das populações vulneráveis, desfavorecidas e marginalizadas para uma promoção eficaz do Trabalho Digno nas economias rurais, 2017. Disponível em:<chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_726754.pdf>. Acesso em: 01 nov.2020

PENHA, Oscar. **Inventor do trabalho**. 1924. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/batatinha/259574/inventor-do-trabalho-print.html>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

PEREIRA, C. M. FEUERWERKER, L. C. M. Apoio em saúde: forças em relação. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 18, n. 42, p. 379-398, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2018000200013>. Acesso em: 24 agosto 2020.

PINA, J.A.; STOTZ, E.N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 39, n. 130, p. 150-159, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572014000200150&lang=pt>. Acesso em: 21 março 2020.

PINHEIRO, G.E.W. *et al.* Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800187>. Acesso em: 19 out. 2020.

PINTOR, E.A.S. **A atuação em rede dos CERESTs: a experiência de São Bernardo do Campo/SP**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador) - , Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

POÇO, C.R.V; POÇO, J.L.C. O Sistema de Informação do Acolhimento do CEREST de Juiz de Fora/MG: construindo indicadores de fluxos e atenção em saúde do trabalhador. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 548-555, 2015.

RIBEIRO, L.A.; SANTANA, L.C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica Cairu**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 75-96, 2015. Disponível em: <https://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf>. Acesso em: 26 abril 2020.

RIGOTTO, R.M. Saúde dos Trabalhadores e Meio Ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 9, n. 20, p. 1-9, 1998. Disponível em: <<http://www.saudeetrabalho.com.br/textos-organizacao-1.htm>>. Acesso em: 28 de outubro 2018.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010>. Acesso em: 19 set. 2018.

ROSSIT, R.; BATISTA; S.H.; BATISTA, N.A. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, Madrid, v. 3, n. 1, p. 55-64, 2014. Disponível em: <<https://journals.eagora.org/revMEDICA/article/view/1169>>. Acesso em: 15 março 2018.

ROSSO, S.D. **Mais Trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea**. 1.ed. São Paulo: Editorial Boitempo, 2008.

SANTOS, A.P.; LACAZ, F.A. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-50, 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 abril 2020.

SANTOS, C.T.B. *et al.* A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n4/1233-1240/>. Acesso em: 19 out. 2020.

SILVA JÚNIOR, J.S. **Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal**. Tese (Doutorado em Saúde Ambiental) - Universidade São Paulo, São Paulo, 2017.

SIQUEIRA, L. A. pobreza como disfunção social: a culpabilização e a criminalização do indivíduo. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 240-52, 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4834955>>. Acesso em: 26 abril 2020.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético políticas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2018.

SOUZA, K.R.; BRAGA, A.M.C.B.; ROZEMBERG, B. Formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental: avaliação de experiência com atores locais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 976-85, 2017. Disponível em: <[scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042017000300976&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042017000300976&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 abril 2020.

TEIXEIRA, R.R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, p.27-43, 2015. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00027.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2020.

TOCCI, A.S. S; COSTA, E.C.NF. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Uningá**, Maringá, n.40, p. 197-206, 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1158>>. Acesso em: 31 de jul 2020.

VELLO, L.S. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária em Saúde: estudo de caso em um município na região metropolitana de São Paulo**. 59f. Dissertação (Mestrado em Ambiente, Saúde e Sustentabilidade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VIEIRA, G.LC. Satisfação e sobrecarga de trabalho entre técnicos de enfermagem de hospitais psiquiátricos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, no. 17, p. 43-49, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n17/n17a06.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

VOLPONI, P.R.Z, GARANHANI, M.L, CARVALHO, B.G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 221-231, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/221-231/pt>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

ZAMBENEDETTI, G., SILVA, R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/physis/2016.v26n3/785-806/>>. Acesso em 28 jun; 2020.

ANEXO 1 – MÚSICA: INVENTOR DO TRABALHO

O tal que inventou o trabalho
Só pode ter uma cabeça oca
Pra conceber tal idéia
Que coisa louca
O trabalho dá trabalho demais
E sem ele não se pode viver

Mas há tanta gente no mundo
Que trabalha sem nada obter
Somente pra comer

Contradigo o meu protesto
Com referência ao inventor
A ele cabe menos culpa
Por seu invento causar pavor
Dona Necessidade é senhora absoluta da minha situação
Trabalhar e batalhar por uma nota curta

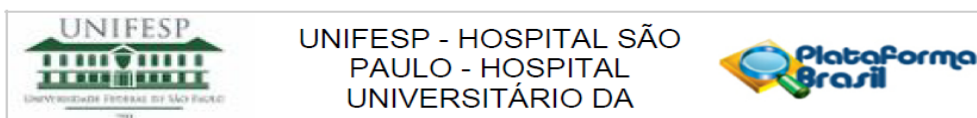
ANEXO 2 - MÚSICA: CONSTRUÇÃO

Amou daquela vez como se fosse a última
Beijou sua mulher como se fosse a última
E cada filho seu como se fosse o único
E atravessou a rua com seu passo tímido
Subiu a construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas
Tijolo com tijolo num desenho mágico
Seus olhos embotados de cimento e lágrima
Sentou pra descansar como se fosse sábado
Comeu feijão com arroz como se fosse um príncipe
Bebeu e soluçou como se fosse um náufrago
Dançou e gargalhou como se ouvisse música
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado
E flutuou no ar como se fosse um pássaro
E se acabou no chão feito um pacote flácido
Agonizou no meio do passeio público
Morreu na contramão, atrapalhando o tráfego

Amou daquela vez como se fosse o último
Beijou sua mulher como se fosse a única
E cada filho seu como se fosse o pródigo
E atravessou a rua com seu passo bêbado
Subiu a construção como se fosse sólido
Ergueu no patamar quatro paredes mágicas
Tijolo com tijolo num desenho lógico
Seus olhos embotados de cimento e tráfego
Sentou pra descansar como se fosse um príncipe
Comeu feijão com arroz como se fosse o máximo
Bebeu e soluçou como se fosse máquina
Dançou e gargalhou como se fosse o próximo
E tropeçou no céu como se ouvisse música
E flutuou no ar como se fosse sábado
E se acabou no chão feito um pacote tímido
Agonizou no meio do passeio náufrago
Morreu na contramão atrapalhando o público

Amou daquela vez como se fosse máquina
Beijou sua mulher como se fosse lógico
Ergueu no patamar quatro paredes flácidas
Sentou pra descansar como se fosse um pássaro
E flutuou no ar como se fosse um príncipe
E se acabou no chão feito um pacote bêbado
Morreu na contramão atrapalhando o sábado
Por esse pão pra comer, por esse chão pra dormir
A certidão pra nascer e a concessão pra sorrir
Por me deixar respirar, por me deixar existir
Deus lhe pague
ela cachaça de graça que a gente tem que engolir
Pela fumaça e a desgraça que a gente tem que tossir
Pelos andaimes pingentes que a gente tem que cair
Deus lhe pague
Pela mulher carpideira pra nos louvar e cuspir
E pelas moscas bicheiras a nos beijar e cobrir
E pela paz derradeira que enfim vai nos redimir
Deus lhe pague

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTOS

Pesquisador: ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12240219.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.411.725

Apresentação do Projeto:

-Projeto CEP/UNIFESP n:0436/2019 (parecer final)

-Centro Coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde; pesquisador responsável: Christiane Alves Abdala;

-Trata-se de projeto de mestrado de Rosemeiry de Lima Nemetz. Orientadora: Professora Doutora Maria de Fátima Ferreira de Queiroz.; Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1284715.pdf, gerado em 19/4/2019)

APRESENTAÇÃO: A população requer uma assistência integral através de uma rede de serviços do SUS integralizada e articulada. Neste contexto, a Saúde do Trabalhador tem expressiva relevância devido as altas taxas de ocorrência das doenças/ acidentes relacionadas ao trabalho, inclusive a atenção dos indivíduos em situação de trabalho está garantida na Lei 8080/89. Na estrutura do sistema de saúde brasileiro, a Atenção Básica em Saúde apresenta-se como uma das principais portas de entrada do SUS e vivencia a realidade dos processos trabalho/ saúde-doença no território em que está inserida, e atende as suas demandas subentendidas, embora, na maioria das

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.411.725

vezes, não se percebem a relação da determinação do trabalho no adoecimento dos indivíduos. Assim a pesquisa tem como objetivo identificar as dificuldades e possibilidades no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador, com destaque a integração e articulação do CEREST com a Atenção Básica em Saúde. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa através da utilização do recurso de oficinas temáticas com os profissionais do CEREST Santos e duas unidades de saúde da Atenção Básica de Saúde em Santos, selecionadas com maior representatividade de residentes notificados em agravos relacionados ao trabalho, em sua região, no período de 2013 a 2018. Os discursos coletados nas oficinas serão analisados através do método do Discurso do Sujeito Coletivo, tendo em vista a necessidade em conhecer as subjetividades dos indivíduos diante das relações de trabalho, por meio das representações sociais, e amparado pelas reais necessidades que emergem do coletivo em investigação. A pesquisa pode contribuir com possíveis intervenções, no sentido do CEREST atuar através do compartilhamento de conhecimento, e de forma articulada, nas questões da Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Básica em Saúde

-HIPÓTESE: O desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador é dificultado por questões relacionadas aos aspectos sócio-político-econômicos e culturais. Estes aspectos dizem respeito por exemplo a sociedade patriarcal, o conhecimento fragmentado e o neoliberalismo que permeiam a formação e as práticas profissionais de saúde, incluindo do CEREST e a Atenção Básica em Saúde. Neste caminho parte-se da hipótese de que a compreensão dos aspectos que permeiam o universo saúde e trabalho pode ser beneficiada através do processo de formação em saúde valorizando a integração e a articulação entre os profissionais, possibilitando o compartilhamento de aprendizagem e conhecimento de questões que envolvem o mundo do trabalho e a reflexão crítica sobre os determinantes sociais do adoecimento do ser humano em condição de trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Identificar as dificuldades e possibilidades no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador, com destaque a integração e articulação do CEREST com a Atenção Básica em Saúde.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: •averiguar a compreensão de membros da equipe sobre a determinação do trabalho no processo saúde-doença no território;•identificar as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de saúde do CEREST e Atenção Básica em Saúde.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.411.725

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: A pesquisa não prevê prejuízo trabalhista, financeiro e moral aos participantes. Mas apesar dos riscos mínimos, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ao participante será assegurado o direito à indenização pelo pesquisador. A pesquisadora tratará a identidade do participante com padrões profissionais de sigilo, e atendendo a Resolução N° 466/12 utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos, ou seja, o nome do participante não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

-BENEFÍCIOS: - Conhecer os aspectos que interferem no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador e na construção da relação entre o CEREST e os serviços que oferecem a Atenção Básica em Saúde à população santista;- Apreender o significado do trabalho e das ações em saúde do trabalhador que emerge dos profissionais da Atenção Básica e CEREST em Santos, uma vez que se pretende compreender os significados da realidade de trabalho e propor de intervenções junto aos sujeitos da pesquisa através de educação permanente em saúde;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de uma pesquisa intervenção com abordagem qualitativa, que permitirá conhecer os aspectos que interferem no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador e na construção da relação entre o CEREST e os serviços que oferecem a Atenção Básica em Saúde à população santista.;

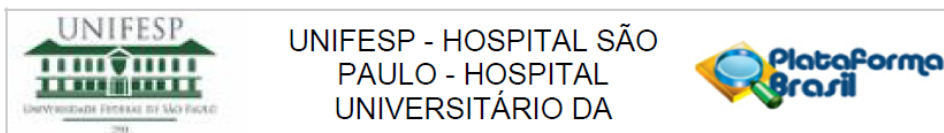
LOCAL: unidades de saúde da Atenção Básica em Saúde,

PARTICIPANTES: participarão 16 profissionais do CEREST Santos e de duas unidades de saúde da Atenção Básica em Saúde, situadas na Zona Noroeste (Seub Rádio Clube) e da Orla Intermediária (Seub Aparecida),

PROCEDIMENTOS: serão utilizados recurso de 3 oficinas temáticas com os participantes.

-Seguindo os passos metodológicos as oficinas ocorrerão em dois grupos distintos. Sendo os grupos da pesquisa denominados como: • Grupo Zona da Orla-Intermediária, composto por 5 trabalhadores da SEUB Aparecida e 3 trabalhadores do CEREST – Santos. Sendo a oficina realizada na Seub Aparecida nos dois primeiros encontros, e o último no CEREST Santos, com duração de duas horas, das 14 às 16 horas, em datas a serem negociadas com os gestores das unidades; • Grupo Zona Noroeste, composto por 5 trabalhadores da SEUB Rádio Clube e 3 trabalhadores do CEREST. Sendo a oficina realizada na Seub Rádio Clube, nos dois primeiros encontros, e o último no CEREST Santos; com duração de duas horas, das 11 às 13 horas, em datas a serem negociadas

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.411.725

com os gestores da unidade; Sendo assim, a estrutura das oficinas será igual para ambos os grupos, porém em dias distintos, e contemplará no total em três encontros com a duração prevista de duas horas, em datas e horários flexíveis a mudanças de acordo com as necessidades dos serviços, pelos gestores das unidades. -As temáticas abordadas nas oficinas serão em torno da reflexão sobre saúde, trabalho, relação do trabalho com a saúde; reconhecimento de processos produtivos e impactos na saúde da população atendida no território, dando visibilidade aos ambientes de trabalho e práticas laborais pela população através do levantamento de dados epidemiológicos e outros bancos de dados referentes as atividade econômicas desenvolvidas, bem como situações trazidas pelos participantes; e o diagnóstico de ações em saúde do trabalhador na Atenção Básica em Saúde, com vistas a garantir a integralidade do atendimento aos trabalhadores, por meio de ações intersetoriais com o CEREST, de forma articulada e integrada. -Todos os registros nos encontros das oficinas serão gravados. A técnica para analisar a fala dos profissionais participantes nas oficinas terá por base o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)tendo como referência o método de Lefèvre. (mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.
- 2- TCLE a ser aplicado aos participantes.
- 3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
 - a)- carta de anuência de Secretaria Municipal de Saude de Santos (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura - Submissão 1; Documento: declaracao_de_santos.pdf)

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3374618 de 06 de Junho de 2019. PROJETO APROVADO.

PENDÊNCIA 1- Deve ser enviada declaração, assinada pelo pesquisador, de garantia de sigilo e anonimização dos dados e de responsabilização por qualquer problema em relação a quebra de

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.411.725

sigilo dos participantes.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2- Adequar, no formulário de submissão da Plataforma Brasil, o campo "Riscos": Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja, os quais devem ser informados. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, as oficinas podem causar algum desconforto ou constrangimento ao participante.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3- Em relação ao TCLE: Os procedimentos não foram informados com clareza: informar que serão realizadas 3 oficinas, em dias diferentes; informar o local de realização das oficinas, a duração média de cada uma delas e informar o tema básico a ser discutido;

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 4- Em relação ao TCLE: devem ser inseridos os dados (telefone e endereço) do CEP/UNIFESP, com a indicação de que o mesmo pode ser procurado caso haja dúvida quanto à ética do estudo; (exemplo: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050., tel: (011)-5571-1062; (011)-5539-7162. E-mail: cep@unifesp.edu.br.; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00hs.).

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 5- Em relação ao TCLE: Uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos é coparticipante do presente estudo, deve ser citado no TCLE os dados da pesquisadora responsável pelo projeto coparticipante (Christiane Alves Abdala) e deve ser fornecido os dados do CEP da SMSSantos (se houver);

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 6- Em relação ao TCLE: todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), mesmo que seja uma só (1/1). Ressaltamos que as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.411.725

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1284715.pdf	12/06/2019 22:07:57		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_resposta_pendencias_cep_unifesp_rosemeiry.pdf	12/06/2019 22:05:13	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.pdf	12/06/2019 22:04:40	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	12/06/2019 22:02:12	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento.pdf	09/06/2019 23:53:04	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.pdf	09/06/2019 23:50:56	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	09/06/2019 23:48:41	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario_cep_unifesp.pdf	19/04/2019 18:25:55	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	19/04/2019 18:14:34	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_santos.pdf	31/03/2019 16:33:55	ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.411.725

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Junho de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTOS

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa identificar as dificuldades e possibilidades no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador, com destaque a integração e articulação do CEREST e Atenção Básica em Santos.

Sua participação neste estudo deverá atender o seguinte requisito: ser componente da equipe mínima: médico, enfermeiro, técnicos e/ ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista e auxiliar de saúde bucal, e com período de atuação de atuação mínima de 1 (um) ano na unidade selecionada; ou componente da equipe de assistência e/ ou fiscalização com atuação mínima de 1 (um) ano no SEVREST (CEREST – Santos).

Sua participação se dará pela presença em três oficinas, que ocorrerão em dias diferentes cada, a serem agendadas de acordo com a conveniência dos chefes de seção das unidades de trabalho dos participantes da pesquisa. a duração de cada oficina será de duas horas, e as duas primeiras oficinas ocorrerão no local de trabalho da equipe da Atenção Básica (SEUB Rádio Clube ou SEUB Aparecida), e a última na SEVREST (CEREST Santos).

Na primeira oficina, a temática abordada será o papel do trabalho na vida e na saúde. Na segunda oficina, o objetivo será averiguar a visibilidade dos ambientes de trabalho e trabalhadores no território, em práticas profissionais. Na terceira oficina, o grupo participante será convidado a refletir sobre ações articuladas e integradas entre a Atenção Básica e o CEREST.

Todos os registros nos encontros das oficinas serão gravados e os discursos obtidos transcritos e analisados.

O Sr. (a) estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos e penalidade, retirando o consentimento. A participação neste estudo não terá nenhum custo, nem qualquer vantagem financeira. Apesar dos riscos mínimos, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização pelo pesquisador.

O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e em qualquer etapa, através do acesso ao profissional responsável pela pesquisa.

Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP – Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, CEP: 04020-050., tel: (011)-5571-1062; (011)-5539-7162. e-mail: cep@unifesp.edu.br.; horário de atendimento telefônico e presencial: segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 13:00hs.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos é coparticipante no presente estudo, e eventuais dúvidas poderão ser direcionadas a Sra. Cristiane Alves Abdala, pesquisadora responsável pelo projeto coparticipante e Presidente da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão - CAAPP – SMS, na Rua Amador Bueno, 333, 14º andar – sala 1416, Centro/ Santos, CEP: 11013-113, tel: (013) 3213-5127. e-mail: coform-sms@santos.sp.gov.br.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, e atendendo a Resolução Nº 466/12 utilizando as informações somente para fins

acadêmicos e científicos, ou seja, seu nome não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “**Desafios da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Santos**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar das Oficinas, se desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Assinatura do participante

Data

Nome completo do Pesquisador: ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ

Endereço: Rua Maria Máximo, 153 – Apto 91D – Ponta da Praia

CEP: 11030-101/ Santos - SP

Telefones: (13) 3307-0898 e / ou (13) 99742-0105

E-mail: rosemeiryne Metz@gmail.com

Assinatura do pesquisador (mestrando)

Data

Nome completo do Pesquisador (Orientador): MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE QUEIROZ

Endereço: Rua Silva Jardim, 136 – Vila Mathias

CEP: 11015-020 / Santos - SP

Telefone: (13) 3229-0100

E-mail: fatiquei@outlook.com

Assinatura do pesquisador (orientador)

ANEXO 5 - CARTA DE CESSÃO

Santos, ____ / ____ / ____.

Eu, _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de gravação de som das minhas falas no período de JULHO À NOVEMBRO/ 2019 para o trabalho de mestrado: **Desafios da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Santos** do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo que terceiros a ouçam e usem citações dela, ficando vinculado o controle à UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), que tem sua guarda.

ASS: _____

RG: _____


ANEXO 6 – TERMO DE COMPROMISSO DE APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Anexo 5 - Termo de Compromisso de Apresentação de Resultados

Pelo presente, eu, Rosemeiry de Lima Nemetz, junto a Professora Doutora Maria de Fátima Ferreira de Queiroz, orientador responsável, vinculados à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, declaramos o compromisso de providenciar devolutiva dos resultados a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, referente à pesquisa intitulada: **“Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Santos: possibilidades de ações integrativas com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador”**.

Ao término da pesquisa, uma cópia da monografia será entregue à COFORM-SMS, em formato PDF, no e-mail coform-sms@santos.sp.gov.br, sendo a Instituição proponente da pesquisa, acima qualificada, responsável pela entrega, em caso de omissão por parte do pesquisador e orientador.

Para a entrega dos resultados, fica estipulado o prazo de até 30 dias após o término do trabalho.


Nome completo do pesquisador / Assinatura


Nome completo do orientador / Assinatura


Nome completo do diretor da instituição proponente / Assinatura

ANEXO 7 - DECLARAÇÃO

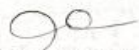


SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS
CAAPP-SMS

Santos, 25 de Março de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS, concorda que a pesquisadora **Profª Dra Maria de Fátima Ferreira Queiróz**, responsável pela aluna **Rosemeiry de Lima Nemetz**, realize a pesquisa intitulada **“Desafios da saúde do trabalhador na Atenção Básica em Santos”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Christiane Alves Abdala
REG. 21603-6
Presidente da CAAPP-SMS

ANEXO 8 – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu, Rosemeiry de Lima Nemetz, declaro a garantia de sigilo e anonimização dos dados, e responsabilizo-me por qualquer problema em relação a quebra de sigilo dos participantes nas oficinas executadas para o trabalho de mestrado: **Desafios da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Santos** do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista.


ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ
Pesquisadora

ANEXO 9 – PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO

ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ

DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTOS

PRODUTO: PROPOSTA DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO
TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA PARA O
ALEITAMENTO MATERNO ÀS MULHERES
TRABALHADORAS

SANTOS

2020

ROSEMEIRY DE LIMA NEMETZ

**DESAFIOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR
NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTOS**

**PRODUTO: PROPOSTA DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO
TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA PARA O
ALEITAMENTO MATERNO ÀS MULHERES
TRABALHADORAS**

Produto da dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiróz

SANTOS

2020

1. INTRODUÇÃO

O estudo Desafios da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Santos apontou a necessidade do CEREST Santos realizar apoio matricial na Atenção Básica, de acordo com as demandas e a realidade do território, através da cogestão de trabalhadores e da população adscrita, para a efetivação de ações em Saúde do Trabalhador, de forma universal e integral, e principalmente aos indivíduos mais vulneráveis.

No decorrer da preparação e durante as oficinas da pesquisa, os profissionais da Atenção Básica trouxeram questões relacionadas a dificuldade dos usuários-trabalhadores garantir o cuidado a saúde decorrente das condições de trabalho, dentre estas foi abordado a interrupção do aleitamento materno precocemente devido a necessidade da mulher retornar ao mercado de trabalho, que por vezes não possibilita a ordenha do leite devido ausência de condições higiênicas e local específico no ambiente de trabalho e/ ou até o mesmo o direito a pausa para a amamentação, mesmo com a existência de políticas públicas e leis que apoiam, protegem e incentivam o aleitamento materno por mulheres trabalhadoras. Sendo assim, manifestado a necessidade de apoio e trabalho conjunto com o CEREST por uma das unidades básicas selecionadas, durante a pesquisa, dada a sua relevância para a promoção do cuidado às usuárias-trabalhadoras e incentivo à manutenção do aleitamento materno.

O desmame precoce pode ser prejudicial à saúde do lactente, com estado nutricional inadequado e o aparecimento de doenças infecciosas, tais como diarreias e infecções respiratórias, e tem expressiva relevância na taxa de mortalidade infantil. Há reflexos também na saúde da mulher, como o aumento da incidência de câncer de mama; repercussões nas relações psicossociais entre mãe e filho, além dos benefícios para toda a sociedade.

A Educação Permanente em Saúde é um processo de aprendizagem realizado a partir de vivências e reflexões dos envolvidos e seus conhecimentos prévios, a partir dos problemas vivenciados no cotidiano e para os quais os conteúdos devem ser motivadores e contribuir para a solução (BRASIL, 2005).

A proposta é que a equipe do CEREST Santos seja envolvida em um processo de Educação Permanente, voltado para uma intervenção de aconselhamento prático em amamentação a mulher trabalhadora, em parceria com a Atenção Básica, provocando a

sensibilização destes profissionais para o apoio da mulher durante a amamentação nas diferentes situações de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.13):

[...] o apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos

Machado e Lara (2019) apontam a necessidade de apoio matricial aos profissionais da Atenção Básica, para aprimorar o conhecimento, auxiliar no planejamento de ações que visem a promoção e o incentivo ao aleitamento materno através, uma vez que o trabalho materno fora do lar por implica na separação física entre mãe e filho, e conferindo um importante obstáculo para a manutenção da amamentação, a depender de variáveis como: tipo de ocupação da mãe, da carga horária de trabalho, das leis e relações trabalhistas, do suporte da família, da comunidade e do ambiente de trabalho e, principalmente, das orientações dos profissionais de saúde.

O matriciamento proposto, entre a equipe do CEREST e da Atenção Básica, visa construir de forma compartilhada estratégias coletivas e individuais, tais como as ações de educação em saúde as usuárias-trabalhadoras e empregadores, bem como intervenções nos ambientes de trabalho, através de ações de vigilância em saúde do trabalhador para incentivar o processo da amamentação, a refletir no processo saúde-doença.

2. OBJETIVOS

Desenvolver ações de vigilância e assistência de incentivo para o aleitamento materno voltado a mulher trabalhadora, através de apoio matricial do CEREST com a Atenção Básica.

3. DESCRIÇÃO

Trata-se de uma proposta de apoio matricial em saúde do trabalhador pela equipe dos profissionais da Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador (SEVREST) aos

profissionais que acompanham o aleitamento materno nas unidades básicas de saúde do município de Santos. Esta proposta visa integrar e articular o CEREST com a Atenção Básica, para incentivar e diminuir o desmame precoce dos lactentes de mulheres trabalhadoras em decorrência do trabalho, de modo a refletir no processo saúde-doença do binômio mãe-filho.

Essa proposta está dividida nas seguintes fases:

- Fase 1: Reunião com a equipe técnica do CEREST e com a Atenção Básica para a devolutiva da pesquisa, através de narrativas construídas com os Discursos do Sujeito Coletivo.
- Fase 2: Identificação de profissionais do CEREST para desenvolver o papel de apoiadores e a aproximação/ articulação com as equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e das unidades tradicionais da Atenção Básica.
- Fase 3: diagnóstico situacional das lactantes nos territórios e suas atividades econômicas para a discussão conjunta e análise, com relação aos fatores que dificultam e/ou facilitam a garantia do aleitamento materno pelas mulheres trabalhadoras;
- Fase 4: desenvolvimento de ações de educação em saúde nos grupos de aleitamento materno e nos ambientes de trabalho; e intervenções de vigilância.

A primeira fase tem como foco realizar a devolutiva da pesquisa e realizar a cogestão das ações de saúde nas equipes de forma conjunta, valorizando e evidenciando a importância do envolvimento dos profissionais da saúde.

Na segunda fase propõe-se eleger um apoiador da SEVREST para cada região do município (Zona da Orla-Intermediária, Região Central Histórica, Morros e Zona Noroeste) com a finalidade de articular com os as unidades de saúde da Atenção Básica e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, estabelecendo um cronograma de encontros, semanal.

A terceira fase consiste no apoiador da SEVREST levantar conjuntamente com os profissionais da Atenção Básica o diagnóstico situacional do aleitamento materno por mulheres trabalhadoras no território , e fazer a correlação através da análise da respectiva situação no mercado de trabalho e as condições que provocam o desmame precoce do lactente e suas implicações, compartilhando e ampliando o conhecimento pela equipe da Atenção Básica e do CEREST da determinação do trabalho no processo saúde-doença no binômio mãe-filho.

Na quarta fase a realização de encontros com fins educativos nos grupos de aleitamento materno na unidade de saúde, ações intersetoriais (conselho local de saúde, sindicatos,

Programa Mãe Santista), além de fiscalizações e intervenções em ambientes de trabalho, com base nas discussões e análise da segunda e terceira fase, para incentivar e garantir o aleitamento materno como direito da lactante e do lactente.

4. RESULTADOS ESPERADOS

O matriciamento em saúde do trabalhador na Atenção Básica com vistas ao incentivo do aleitamento materno pela mulher trabalhadora pode ser um modelo inicial de apoio e vinculação do CEREST nos territórios e de mudança das práticas com vistas ao trabalho em rede e da cogestão com os trabalhadores e população, podendo desencadear outras ações em saúde do trabalhador conjuntamente com a Atenção Básica, de acordo com as necessidades levantadas pelo território.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem, 2005. 62p.

BRASIL. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. Série A. Brasília-DF, n.27, 2010.

MACHADO, P.Y.; LARA, A.N.O. Estratégias de Incentivo ao Aleitamento Materno realizadas pelos enfermeiros na Atenção Primária. **Interação – Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 20, n. 1, p.232 – 251,201

