

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na
Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos,
conceituais, normativos e diretrizes**

Belo Horizonte

Julho, 2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Área Saúde & Trabalho – Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Medicina

CEREST- Estadual – MG / Hospital das Clínicas

**Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na
Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos,
conceituais, normativos e diretrizes**

**Relatório técnico-científico encomendado pela
Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de
Vigilância em Saúde (SVS), a fim de orientar a
construção da Política de Saúde do Trabalhador e
Saúde Ambiental na rede de Atenção Primária à
Saúde no SUS.**

Julho, 2010

Sumário Executivo

O processo sócio-político e técnico de desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde no Brasil foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. As ações de Saúde do Trabalhador são fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e consideram as relações Produção-Consumo, Ambiente e Saúde como determinantes do processo saúde/doença, para a organização do cuidado da saúde dos trabalhadores. A atenção integral à saúde dos trabalhadores abrange as ações de promoção e proteção da saúde, de vigilância e de assistência incluindo a reabilitação.

Nos últimos vinte anos, as ações de Saúde do Trabalhador no SUS têm sido desenvolvidas em distintas estratégias e formas de organização institucional nos três níveis de gestão do SUS. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002 representou um marco importante nesse processo. Nesta estratégia, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passam a ser considerado como *locus* privilegiado de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente, ampliando a visibilidade da área de Saúde do Trabalhador junto aos gestores e do controle social.

Em 2006, o Pacto pela Saúde redefiniu a organização da atenção à saúde no país e atribuiu à Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de eixo organizador das ações no SUS. Nesse cenário, torna-se imperativo desenvolver alternativas de organização das ações de Saúde do Trabalhador na APS, tendência que já vinha sendo observada desde o final dos anos 90.

Este estudo, encomendado pela área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) à Universidade Federal de Minas Gerais, busca contribuir para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na APS, considerando a estratégia da RENAST. O projeto, iniciado no segundo semestre de 2008, envolve uma equipe multiprofissional e interinstitucional, integrada por profissionais inseridos em distintas esferas de atuação do SUS, professores e pesquisadores da Universidade. Ele está sendo desenvolvido em quatro etapas. Parte dos resultados desse trabalho é apresentada neste documento, com a finalidade de facilitar as discussões entre as equipes da Coordenação

Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) e Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) do Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância à Saúde e do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, na busca de diretrizes comuns de trabalho e elaboração de documentos para apoio técnico das ações de Saúde do Trabalhador na rede de atenção à saúde.

O documento está organizado em três capítulos. Inicialmente são apresentados os conceitos que orientam o estudo. O segundo capítulo aborda o desenvolvimento da APS no Brasil, com destaque para os desdobramentos do Pacto pela Saúde de 2006, as características e formas de organização do trabalho da APS e as aproximações com os campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ambiental. O terceiro capítulo recupera parte da experiência desenvolvida pela área de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, nos anos 90, a partir da literatura técnico-científica, de relatos de experiências e consultas aos dirigentes estaduais e coordenadores de CEREST estaduais e regionais.

É importante reiterar que este é um documento em construção e as contribuições para seu aperfeiçoamento são bem vindas.

Equipe de trabalho

COORDENAÇÃO

Elizabeth Costa Dias
UFMG – CEREST Estadual

PESQUISADORES

Cássia Wingester Vilas Boas
Bolsista Pesquisadora - UFMG.

Cláudia Vasques Chiavegatto
Bolsista Pesquisadora UFMG.

Jandira Maciel da Silva
Professora DMPS-UFMG.

Juliana do Carmo Reis
Bolsista Pesquisadora UFMG.

Luisa da Matta Machado Fernandes
Bolsista Pesquisadora UFMG

Magda Helena Reis Cota de Almeida
Técnica da SMS Betim/MG

Thais Lacerda e Silva
Bolsista Pesquisadora UFMG.

CONSULTORES

Andréa Maria Silveira
Professora DMPS-UFMG
Coordenadora do CEREST Estadual de Minas Gerais.

Gláucia Maria de Luna Ieno
Professora Adjunto da Universidade Federal da Paraíba.

Horácio Pereira de Faria
Professor DMPS-UFMG

Jacinta Fátima Silva
Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Pesquisador CESTEH – Fiocruz/RJ

Olga Rios
Técnica da CGSAT-SVS- MS.

Paulo Roberto Gutierrez
Professor da Universidade Estadual de Londrina, Paraná

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo
NESCON – UFMG

René Mendes
DMPS- FM – UFMG

Tereza Mitsunaga Kulesza
Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba

Soraya Wingester Vilas Boas
Técnica da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador da SVS/MS

REVISORES

Eliane da Costa Melo Badaró
Técnica da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG).

Franklin Leandro Neto
Técnico da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais / GRS Ubá - MG

Maria Heloisa dos Reis Silva
Técnica da Secretaria Estadual de Minas Gerais / GRS São João Del Rei - MG

Nayara Dornela Quintino

Técnica da Secretaria Estadual de Minas
Gerais (SES-MG)

ESTAGIÁRIOS

Breno Tayrone Domiciano Ribeiro

Psicologia –PUC MG

Tatiane Mendonça

Psicologia – UFMG

Tássia Nazareth Guimarães

Medicina - UFMG

Yvana Martins de Paula

Enfermagem – PUC MG

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AT – Acidente de Trabalho

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CGSAT - Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

CGVAM - Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSAT – Coordenação de Saúde do Trabalhador

DAB – Departamento de Atenção Básica

DRT – Doença Relacionada ao Trabalho

DSAST - Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

ESF – Equipe de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNS- Fundo Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GEISAT - Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador

GRS – Gerência Regional de Saúde

LOS - Lei Orgânica da Saúde

NOAS – Norma operacional de assistência à saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PAVS - Programação de Vigilância em Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RENAST- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SESP - Serviço de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN – Sistema de notificação de agravos

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso e Gestão

USF – Unidades de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Diferenças entre Atenção Médica Convencional e Atenção Primária de Saúde

Quadro 2- Síntese dos Principais Enfoques de Atenção Primária de Saúde

Quadro 3- Objetivos e Metas de Saúde do Trabalhador estabelecidos no Pacto pela Vida, 2008

Quadro 4- Ações e Metas de Saúde do Trabalhador na PAVS 2010 - 2011

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Valores, Princípios e Características Essenciais de um Sistema de Saúde baseado em APS

Figura 2: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas

Figura 3: Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, em fevereiro de 2010

Figura 4: A APS em modelos diferenciados de hierarquização do cuidado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E PRÁTICAS.....	14
1.1 Características dos “Sistemas de Saúde baseados na APS”	20
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	25
2.1 Atenção Primária à Saúde e o Pacto pela Saúde	28
2.2 Política Nacional de Atenção Básica – PNAB	30
2.3 APS como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS	33
3. SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	35
3.1. Antecedentes - ações de Saúde do Trabalhador na APS: 1990 – 2002 ..	35
3.2. RENAST e as ações de Saúde do Trabalhador na APS	38
3.3. Ações de Saúde do Trabalhador na APS após o Pacto pela Saúde 2006	43
4. DESAFIOS, OPORTUNIDADES E DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE AMBIENTAL NA APS	49
4.1 Diretrizes para uma agenda de trabalho	51
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	55
ANEXOS	61

INTRODUÇÃO

O preceito constitucional que define a saúde como direito de cidadania e dever do Estado provê-la a todos os cidadãos, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 19 de setembro de 1990, incluiu entre as atribuições do SUS as ações de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1990).

Estabeleceu-se, assim, o desafio para o SUS, de prover atenção integral aos trabalhadores - ações de promoção, de vigilância, assistência e reabilitação da saúde – incorporando de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental. Ou seja, considerar os processos produtivos na determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nos processos de trabalho, da população em geral e nos impactos ambientais deles decorrentes (DIAS; HOEFEL, 2005).

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, trouxe avanços significativos para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. A implantação de 198 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) entre 2002 e 2009, em todas as unidades da Federação, ampliou a visibilidade da área e facilitou a interlocução com os gestores.

A Portaria 1679/02, que criou a RENAST foi revisada em 2005 e em 2009 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2009), mantendo, entretanto, a centralidade dos CEREST, considerados *locus* privilegiado de execução, articulação e pactuação das ações, intra e intersetorialmente, em seu território de abrangência. Estas atribuições conflitam com o atual modelo de gestão do sistema, tornando necessária a revisão de seu papel e a adequação às mudanças trazidas pelo Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde propõe o re-arranjo do modelo de atenção, definindo a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Assim, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador está desafiada a se re-situar no novo modelo de cuidado.

Nesse cenário aparecem questões instigantes:

- Como desenvolver ações orientadas pela relação saúde/trabalho ou produção-consumo-ambiente e saúde nas práticas da Atenção Primária e ao mesmo tempo preservar as conquistas e as práticas que o campo da Saúde do Trabalhador construiu nos últimos vinte e cinco anos?

- Como garantir a resolutividade das ações, muitas delas reconhecidamente complexas, envolvendo interesses conflitantes intrínsecos às relações *Capital-Trabalho*?

- Como ampliar o olhar dos locais de trabalho tradicionais, para as unidades e processos produtivos dispersos em determinado território, incluindo o trabalho domiciliado?

- Como capacitar os profissionais da APS para qualificar as ações que já desenvolvem, na perspectiva da Saúde do Trabalhador de modo a garantir a integralidade da atenção?

Este estudo, encomendado em 2008 pela área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a pesquisadores do Centro Colaborador na Universidade Federal de Minas Gerais busca contribuir para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na APS, considerando a estratégia da RENAST. Participam do desenvolvimento do projeto: pesquisadores, professores, alunos da Universidade e técnicos dos serviços de saúde, com inserções em distintos setores de atuação do SUS.

Ele foi desenhado como processo de construção coletiva, em quatro etapas. Na primeira fase, buscou-se conhecer a produção técnico-científica registrada na literatura sobre aspectos conceituais da APS e identificar experiências e práticas de Saúde do Trabalhador na APS no SUS, e as bases legais ou marcos regulatórios que disciplinam a questão. A seguir foi realizada consulta aos dirigentes estaduais de Saúde do Trabalhador, de Saúde Ambiental e da Atenção Básica, e aos coordenadores de CEREST, sobre práticas de atenção integral e diferenciada para os trabalhadores, considerando sua inserção particular nos processos produtivos. Na terceira etapa serão realizados estudos de caso de experiências previamente selecionadas que possam subsidiar propostas de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos outros profissionais da estratégia Saúde da Família, bem como a elaboração de material pedagógico de apoio às capacitações.

Este Relatório Técnico resume os resultados das duas primeiras fases do estudo com a finalidade de subsidiar as discussões, entre as áreas de Saúde do Trabalhador, Saúde Ambiental e a Atenção Básica, para o estabelecimento de políticas e linhas de ação, nas três esferas de gestão do SUS.

Os documentos produzidos nas duas primeiras fases do estudo estão disponíveis para consulta dos interessados. São eles:

- Estudo sobre as recentes tendências conceituais e metodológicas sobre Atenção Primária à Saúde e sua tradução no Brasil.
- Diretório Nacional dos Dirigentes Estaduais de Saúde do Trabalhador, Coordenadores de CEREST e da Atenção Primária à Saúde.
- Resgate histórico da construção de ações de Saúde do Trabalhador na APS entre 1990 – 2002: Relatório Técnico do Grupo de Trabalho.
- Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na APS: registros na literatura técnica-científica e anais de Congressos.
- Ações de Saúde do Trabalhador na APS: – resultados da consulta aos Dirigentes Estaduais de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental - Relatório Técnico

Este relatório intitulado “Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes” está organizado em cinco capítulos. Inicialmente são apresentados conceitos e os eixos que orientam a implementação da APS no Brasil, com destaque para os desdobramentos do Pacto pela Saúde 2006. A seguir, são recuperadas experiências de Saúde do Trabalhador na APS, no SUS, com base em registros na literatura técnico-científica, relatos de experiências, entrevistas de dirigentes estaduais e coordenadores de CEREST. Finalizando são apontadas diretrizes para a formulação de plano de trabalho comum.

Neste relatório, as designações Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são utilizadas como sinônimas. O termo *Atenção Básica* (AB) tem sido adotado pelo Ministério da Saúde nos documentos oficiais e designa a política estabelecida para a área, entretanto, observa-se que a expressão *Atenção Primária à Saúde* (APS) tem sido crescentemente utilizada pelos técnicos da área, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho

Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em documentos oficiais do SUS, nas três esferas de gestão.

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E PRÁTICAS

Para George Rosen, conhecido historiador da Saúde e da Medicina, as raízes do movimento de saúde comunitária, traduzida na utilização de centros comunitários de saúde e provisão de atenção primária de saúde, têm sua origem nos Estados Unidos, num contexto de grande crescimento urbano, com populações pobres vindas de pequenas comunidades, e de milhares de imigrantes estrangeiros, em sua maioria sem condições de arcar com os custos do cuidado à saúde (ROSEN, 1985).

Na tentativa de organizar as iniciativas e programas de saúde desenvolvidos por múltiplos atores, segundo doenças ou problemas, Rosen destaca que foram propostas estratégias de implantar centros de saúde “perto de onde as pessoas, vivem, trabalham ou estudam” – conceito que se tornou um dos pilares da “Atenção Primária de Saúde”, tal como foi mais tarde conceituada na Conferência de Alma-Ata, em 1978 (OMS, 1978).

No Reino Unido, a utilização do termo “Atenção Primária” aparece em 1920, no Relatório Dawson, então Ministro da Saúde, que fazia referência a “centros de atenção primária”, propostos como eixo da regionalização dos serviços de saúde daquele país. (OPS, 2005; STARFIELD, 2002). Na compreensão inglesa de então:

O Centro de Atenção Primária é a instituição equipada com serviços de Medicina Preventiva e Medicina Curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Atenção Primária deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes devem ser atendidos majoritariamente pelos médicos generalistas de seu distrito, e mantendo os serviços de seus próprios médicos. (LAGO & CRUZ, 2001 apud ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006).

O termo “Atenção Primária Orientada à Comunidade” parece ter origem, em 1940, na África do Sul em enfoque considerado como um dos precursores importantes do conceito de “Atenção Primária de Saúde” de Alma-Ata (OPS, 2005). Nos Estados Unidos, na década de 1970, a Academia Americana de Médicos de Família definiu a “Atenção Primária de Saúde” como:

Forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais. (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006)

Observa-se que os termos e conceitos guardam semelhanças, mas também diferem entre si. A idéia de “atenção primária de saúde” sugere arranjos físicos e organizacionais – uma verdadeira “reforma” do Sistema de Saúde – no caso, nos Estados Unidos e no Reino Unido, mas também se refere a níveis de atenção do Sistema de Saúde, a estratégias e a enfoques, dependendo, também, do país ou região do mundo em que elas se desenvolvem ou são implantadas.

No Brasil, o Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde, definiu a Atenção Primária de Saúde como um “nível de atenção à saúde, representado pelos serviços de primeira linha, como clínica médica, pediatria e tocoginecologia, que são de caráter ambulatorial e constituem a “porta de entrada única” do sistema de saúde distritalizado (excetuando-se, naturalmente, as situações de emergência e as urgências).” (REY, 1999).

No enfoque mais tradicional, a Atenção Primária é considerada como “porta de entrada” ou “nível do Sistema”. Bárbara Starfield conceitua “Atenção Primária” como o nível que:

... provê a entrada ao Sistema para todas as novas necessidades e problemas, centrado na atenção à pessoa e não à doença, e através do tempo. Provê atenção para todas as condições, exceto para aquelas menos comuns e pouco usuais, e coordena ou integra a provisão de cuidados em outros lugares ou por outros (STARFIELD, 2002).

Também se observa confusão no emprego dos termos “atenção à saúde”; “atenção de saúde” e “atenção médica”. O quadro 1 apresenta as diferenças entre a “atenção médica convencional” e a “atenção primária” (às vezes “atenção médica” primária), segundo a compreensão de STARFIELD (2002).

Quadro 1 – Diferenças entre Atenção Médica Convencional e Atenção Primária de Saúde

CARACTERÍSTICAS	AM CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENFOQUE	- Doença - Cura	- Saúde Prevenção, atenção e cura
CONTEÚDO	- Tratamento - Atenção por episódio - Problemas específicos	- Promoção da saúde - Atenção continuada - Atenção abrangente
ORGANIZAÇÃO	- Especialistas - Médicos - Consultório individual	- Clínicos gerais - outros profissionais - Equipe multiprofissional
RESPONSABILIDADE	- Apenas o Setor Saúde - Domínio pelo profissional - Recepção passiva	- Ação inter-setorial - Participação da comunidade - Auto-responsabilidade

Fonte: Starfield, 2002.

Assim, a denominação “Atenção Primária de Saúde” vem sendo empregada para designar modelos distintos de organização e oferta de serviços de saúde, em vários países do mundo. Numa tentativa de descrever e diferenciar os diversos modelos que utilizavam esta denominação, Vuori (1985) propôs uma classificação para os enfoques de APS, sumarizada no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Síntese dos Principais Enfoques de Atenção Primária de Saúde

ENFOQUE	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS)	ÊNFASE
“APS SELETIVA”	Orienta-se a um número limitado de serviços de alto impacto, para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Um dos dois principais programas que inclui este tipo de serviços foi conhecido por sua sigla em Inglês GOBI (controle do crescimento, técnicas de re-hidratação oral, aleitamento materno e imunização), também conhecida como GOBI-FFF, quando adicionou alimentos suplementares, alfabetização da mulher e planejamento familiar.	<u>Conjunto limitado de atividades</u> dos serviços de saúde para os pobres
“ATENÇÃO PRIMÁRIA”	Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde, e ao local para atenção contínua da saúde da população. É a concepção de APS mais comum na Europa e em outros países industrializados e está relacionado com a disponibilidade de médicos especializados em medicina geral ou familiar.	<u>Nível de atenção</u> do Sistema de Saúde
“APS AMPLIADA – ALMA-ATA”	A Declaração de Alma-Ata define a APS como um primeiro nível amplo e integrado, que inclui elementos como participação comunitária, coordenação inter-setorial, e envolve uma variedade de trabalhadores de saúde e praticantes das medicinas tradicionais. Inclui os seguintes princípios: respostas aos principais determinantes da saúde; cobertura e acessibilidade universal segundo a necessidade;	<u>Estratégia</u> para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade, para promover a saúde.

	auto-cuidado e participação individual e comunitária; ação inter-setorial pela saúde; tecnologia apropriada e custo-efetividade em relação aos recursos disponíveis.	
ENFOQUE DE SAÚDE E DIREITOS HUMANOS	Concebe a saúde como um direito humano e prioriza a necessidade de responder aos seus determinantes sociais e políticos. Difere por sua maior ênfase nas implicações sociais e políticas da Declaração de Alma-Ata, em seus princípios. Defende a adoção de políticas sociais e econômicas de inclusão, sem as quais não haveria impactos reais sobre a ocorrência de doenças.	Filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais.

Fonte: Adaptado de OPAS (2005) e Andrade, Barreto e Bezerra, (2006), com base em Vuori, (1985).

A referência básica da “Atenção Primária de Saúde”, adotada a partir de setembro de 1978, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata, ex-União Soviética, promovida pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), definida como:

(...) atenção essencial em saúde baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, acessível aos indivíduos e às famílias na comunidade, através de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem assumir para a sua manutenção. A Atenção Primária de Saúde forma parte integral do Sistema de Saúde de um país, assim como do desenvolvimento econômico e social da comunidade (...) aproximando a atenção de saúde, tanto quanto seja possível, ao lugar onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à saúde (OMS, 1978; OPS, 2005).

Em 2003, os estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) decidiram realizar a revisar o conceito de “Atenção Primária de Saúde” de modo a que refletisse as necessidades de saúde e desenvolvimento da população da região. Em agosto de 2005, a OPAS publicou o documento “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas” (OPS, 2005).

Neste sentido, foi entendido pela OPAS/OMS que um “Sistema de Saúde Baseado na Atenção Primária de Saúde”:

(...) é um enfoque amplo para a organização e operação de sistemas de saúde, que fazem do direito ao alcance do nível de saúde mais alto possível seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximizam a equidade e a solidariedade. Um sistema de tal natureza é guiado por princípios próprios da Atenção Primária de Saúde, tais como o de dar

resposta às necessidades de saúde da população; a orientação pela busca da qualidade; a responsabilidade e a prestação de contas dos governos; a justiça social; a sustentabilidade; a participação, e a inter-setorialidade. Um Sistema de Saúde Baseado na Atenção Primária de Saúde está constituído por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que caracterizam a cobertura universal e o acesso a serviços aceitáveis para a população, e que promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo; dá ênfase à prevenção e à promoção, e garante o primeiro contato do usuário com o sistema. As famílias e as comunidades são a base para o planejamento e a ação. Um Sistema de Saúde Baseado na Atenção Primária de Saúde requer um marco legal, institucional e organizacional, assim como de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis, para alcançar a qualidade, a eficiência e a efetividade, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um Sistema de Saúde desta natureza promove ações inter-setoriais, a fim de abordar outros determinantes da saúde e da equidade em saúde (OPS, 2005).

Apesar de manter, na essência, a definição da Declaração de Alma-Ata, de 1978, a “nova definição” enfoca o conjunto do sistema; inclui os setores públicos, privados e sem fins lucrativos, e é aplicável a todos os países. Distingue os valores e as características; salienta a equidade e a solidariedade; e incorpora princípios novos como “sustentabilidade” e “orientação pela qualidade”, entre outros. Descarta a idéia de que a APS é um conjunto de serviços de saúde definido de antemão, na medida em que os serviços devem ser congruentes com as necessidades de saúde.

Como salientado no documento, “o enfoque provê um meio flexível para a transformação dos sistemas de saúde, de tal forma que eles possam alcançar seus objetivos, sendo suficientemente flexíveis para mudanças, podendo adaptar-se no transcurso do tempo, de acordo com os novos desafios que devem enfrentar” (OPS, 2005).

Nesse sentido, “valor” é entendido como princípio social, objetivo ou padrão de comportamento apoiado ou aceito por um indivíduo, classe ou sociedade, conferindo uma base moral para as políticas e programas que se planeja em nome do interesse público. (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006). Assim, o processo deve começar pela análise dos valores sociais, pela mobilização e participação dos cidadãos e dos tomadores de decisão, para estabelecer o que será feito e quais são as prioridades. Em relação aos “valores” de um sistema de saúde centrado em APS, o documento da OPAS/OMS (2005)

destaca os seguintes: a) direito ao nível de saúde mais elevado possível; b) solidariedade e c) equidade.

O “direito ao nível de saúde mais elevado possível” inclui a atenção à saúde e condições saudáveis de moradia e de trabalho. Entre as obrigações do Estado estão a proteção da saúde, estabelecendo medidas para evitar que terceiros interfiram neste direito, a garantia deste direito, por meio de medidas de ordem legislativa, administrativa, orçamentária, judicial, promocional e outras, para a realização plena do direito à saúde.

A dimensão da “equidade em saúde” enquanto valor, pode ser entendida enquanto ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos da saúde ou de seus determinantes, nos aspectos sociais, demográficos ou geográficos (STARFIELD, 2001). A “equidade em serviços de saúde” significa a ausência de diferenças no acesso a serviços para iguais necessidades em saúde (equidade horizontal) e acesso diferenciado para grupos, com maiores necessidades de saúde (equidade vertical) (STARFIELD & PAGANINI, 2000; BAMBAS & CASAS, 2001).

Já “solidariedade” é entendida como união de interesses, propósitos e afinidades entre os membros de uma sociedade, para criar as condições necessárias para melhorar as situações sociais. A solidariedade se exerce mediante a participação ativa, tanto individual como coletiva, por meio de esforços organizados para conseguir alcançar metas que não poderiam ser alcançadas individualmente.

Os valores enumerados acima, devem se traduzir em “princípios” que formam o cimento para as políticas de saúde, a legislação, os critérios avaliativos, a geração e distribuição de recursos, assim como para a operacionalização do Sistema de Saúde. Os princípios servem de ponte entre os valores sociais mais amplos e os elementos estruturais e funcionais do Sistema de Saúde (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006).

Entre os “princípios” de um sistema de saúde centrado na APS, o documento “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas” destaca os seguintes: a) resposta às necessidades de saúde da população; b) serviços de saúde orientados pela qualidade; c) responsabilidade e prestação de contas pelos governos; d) Justiça Social; e) sustentabilidade do sistema de saúde; f) participação; g) intersetorialidade.

Um sistema de saúde orientado pela APS tem como princípio fundamental a “participação”, entendida, como o grau em que a pessoa participa e comparte com as tomadas de decisão, no que se refere à sua própria saúde. A participação social em saúde constitui uma faceta da participação civil, uma condição inerente ao exercício da liberdade, da democracia, isto, é do controle social sobre a ação pública (ESCOREL & MOREIRA, 2008).

O princípio da “intersetorialidade”, no contexto da APS, refere-se à integração dos esforços dirigidos às intervenções sobre os determinantes de saúde, externos ao Setor Saúde, tais como água, saneamento, habitação, educação, trabalho, entre outros. Implica a coordenação e harmonização das políticas de desenvolvimento com a adoção de políticas públicas e programas que impactem sobre os determinantes da saúde, internos e externos ao Setor. Requer a articulação entre as áreas pública, privada e organizações não-governamentais, que atuam educação, habitação, produção de alimentos, entre outras, e que têm efeito sobre o estado de saúde e o acesso à atenção em saúde. Os enfoques inter setoriais mobilizam os recursos da sociedade, a partir dos setores que afetam a saúde (PORTO, LACAZ & MACHADO, 2003; OPS, 2005; PAULI, 2007; SANTANA, 2008).

1.1 Características dos “Sistemas de Saúde baseados na APS”

Sobre as características de um sistema de saúde centrado em APS, o documento “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”, da OPAS/OMS, destaca: a) acesso e cobertura universal; b) atenção integral e integrada; c) ênfase na prevenção e na promoção; d) atenção adequada e efetiva; e) orientação familiar e comunitária; f) organização e gestão otimizadas; g) políticas e programas que estimulem a equidade; h) primeiro contato; i) recursos humanos apropriados; j) planejamento e recursos adequados e sustentáveis; k) ações inter-setoriais, com enfoques comunitários.

O acesso e a cobertura universal são essenciais para um sistema de saúde equitativo. Por “acessibilidade” entende-se a ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, sócio-culturais, de gênero e/ou estruturais para a participação e/ou utilização dos serviços de saúde e outros serviços sociais, segundo as necessidades. A “cobertura universal” significa cobrir as necessidades de toda a população, eliminando a

capacidade de pagamento como barreira de acesso aos serviços de saúde. A “atenção integral” pressupõe a provisão de serviços integrados de promoção, prevenção da doença, cuidado curativo, reabilitação, apoio físico, psicológico e social, ajustados à maioria dos problemas de saúde de uma dada população. A “atenção integrada” se refere à atenção prestada durante o tempo, por um único profissional ou por uma equipe de profissionais de saúde e a comunicação efetiva e oportuna da informação de eventos clínicos, riscos, assessorias e transferência de pacientes a outros níveis, envolvendo diversos profissionais da saúde (OPS, 2005).

A ênfase na promoção e na prevenção permite ir além da orientação clínica tradicional, incorporando a educação e o aconselhamento em saúde no âmbito clínico individual; a regulamentação e os enfoques baseados em políticas voltadas para a melhoria das condições de vida das pessoas e os ambientes de trabalho; e as estratégias de promoção da saúde envolvendo: a) acompanhamento, avaliação e análise dos problemas de saúde, b) vigilância em saúde pública, investigação e controle de riscos e danos de saúde pública, c) promoção da saúde, d) participação dos cidadãos em saúde, e) desenvolvimento de políticas e capacidade institucional para planejamento e gestão em saúde pública; f) fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização da saúde pública, g) avaliação e promoção do acesso equitativo a serviços de saúde necessários; h) desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; i) garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos, j) investigação em saúde pública; k) redução de impacto das emergências e desastres em Saúde Pública. No contexto da APS, o princípio da “atenção adequada” tem sido entendido mais vezes como o enfoque da pessoa como um todo, e em suas necessidades sociais, e não na atenção a um órgão ou a uma doença. Este princípio inclui o compromisso de focar-se a pessoa ao longo de sua vida, com respostas da comunidade local e do entorno capazes de evitar prejuízos e danos, por meio da aplicação de medidas, tecnologias e recursos em quantidade e qualidade suficientes para garantir o alcance dos objetivos propostos. Os benefícios esperados em saúde, como resultado da realização de um procedimento, devem superar, por ampla margem, as consequências negativas dele mesmo. A efetividade, neste contexto, implica que as abordagens para a melhoria da saúde têm o impacto proposto na população (ou com a população) (OPS, 2005).

A “orientação familiar e comunitária” não se assenta, exclusivamente, sobre uma perspectiva clínica ou individual, mas utiliza a informação e a organização comunitária para mapear e hierarquizar riscos e para priorizar as intervenções. Nesta perspectiva, a família e a comunidade são consideradas “o foco primário do planejamento e da intervenção”. Uma organização e gestão otimizadas, inclui referências legais, políticas e institucional que identifiquem as ações, os atores e os procedimentos, como sistemas legais e financeiros que permitam à APS desempenhar suas funções específicas.

Este elemento se vincula à função de direção do Sistema de Saúde, pelo que deve ser transparente, sujeito ao controle social, e livre de corrupção. Em termos de atividades operativas, os Sistemas de Saúde Baseados na APS requerem boas práticas de gestão, que facilitem a inovação para melhorar constantemente a organização e a provisão de atenção, de forma que satisfaça os padrões de qualidade, ofereça lugares atraentes para os trabalhadores de saúde e, principalmente, responda às necessidades dos cidadãos. As boas práticas de gestão incluem, entre outros, o planejamento estratégico, a pesquisa operacional e a avaliação de desempenho.

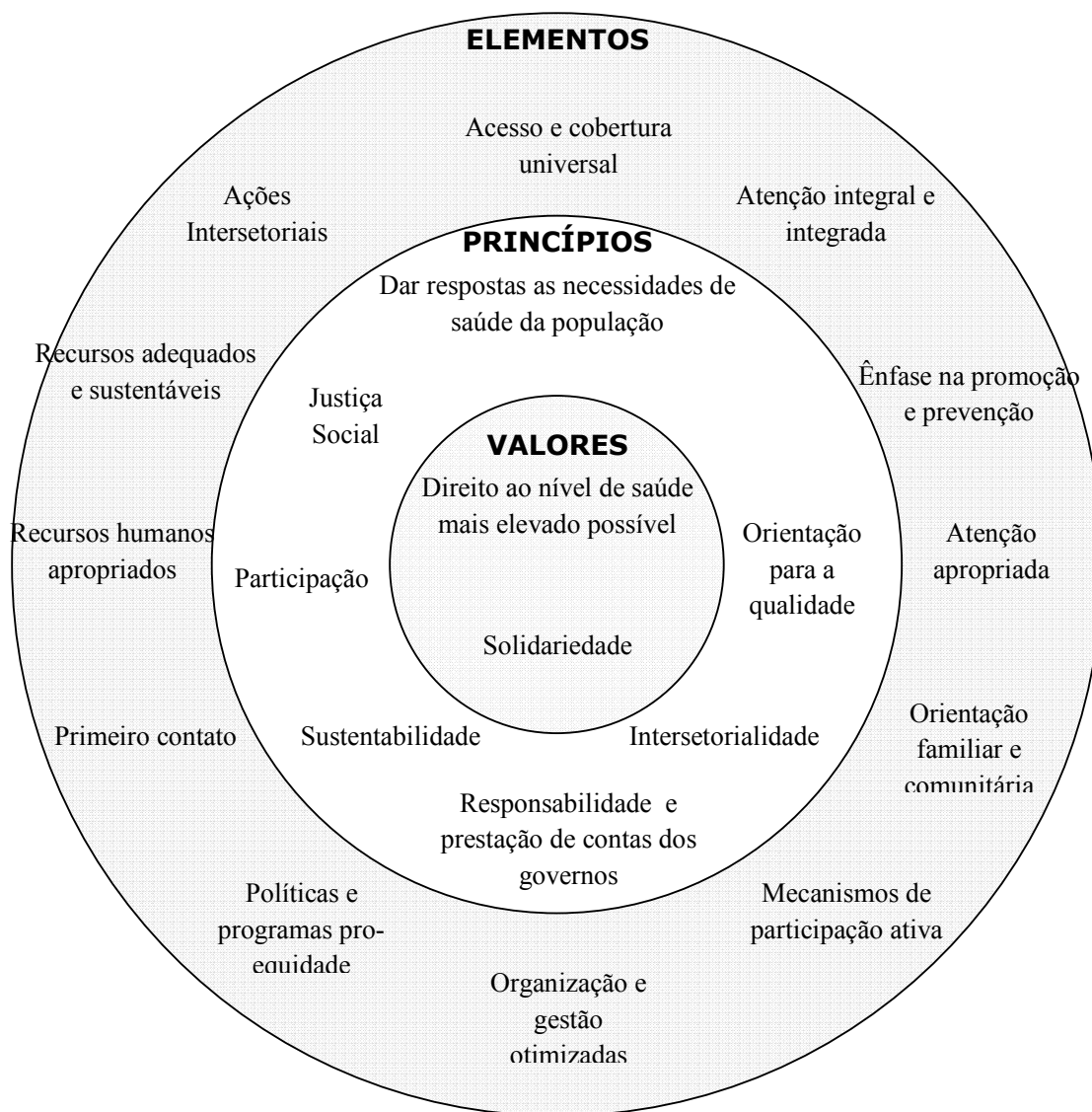
As políticas e programas que estimulam a equidade visam: diminuir os efeitos negativos das desigualdades sociais em saúde, corrigir os principais fatores que causam iniquidades e, assegurar que todas as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito. A atenção primária deve servir como porta de entrada principal ao sistema de serviços sociais e de saúde para a consulta de todos aqueles problemas novos de saúde, devendo estar capacitada para resolvê-los, em sua maioria. A possibilidade de contar com recursos humanos que combinem habilidades e conhecimentos, com padrões éticos, exige planejamento estratégico e investimentos de longo prazo em capacitação, planos de carreiras e políticas de incentivos e estímulos para que qualificações adicionais possam ser adotadas pelos trabalhadores de saúde. O desenvolvimento de equipes multidisciplinares, requer não apenas composição adequada na quantidade e na qualidade, mas, também, clareza de papéis e responsabilidades, de modo a diminuir os conflitos de competições ou ações corporativas que acabam se tornando danosas para as pessoas e para as comunidades (OPS, 2005).

Um Sistema de Saúde baseado na APS deve estar fundamentado no planejamento de recursos adequados e sustentáveis, apropriados para as necessidades de saúde e definidos a partir da análise da situação de saúde e informações, como por exemplo: instalações,

equipamentos, pessoal, medicamentos e outros produtos para seu pleno funcionamento, com previsão orçamentária necessária e adequada para a prestação de atenção integral, preventiva e curativa, de boa qualidade. As ações intersetoriais são necessárias para abordar os determinantes da saúde da população e estabelecer relações sinérgicas com outros atores e setores, por meio de vínculos entre as áreas públicas, privadas e não-governamentais, tanto no interior como fora dos serviços de saúde, para que tenham impacto sobre a saúde ou sobre seus determinantes (PORTO, LACAZ & MACHADO, 2003; OPS, 2005; PAULI, 2007; SANTANA, 2008).

A Figura 1 apresenta os valores, princípios e características de um “Sistema de Saúde baseado na APS”, segundo proposto pela OPAS/OMS, em seu recente documento “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas” (OPAS, 2005)

Figura 1. Valores, Princípios e Características Essenciais de um Sistema de Saúde baseado em APS



Fonte: Organización Panamericana de la Saúde. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, 2005.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Antecedentes da APS no Brasil podem ser identificados nas ações organizadas pelo Serviço de Saúde Pública (Sesp), nos anos 40, de forma regionalizada e hierarquizada desenvolvidas por equipes profissionais compostas por agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiro e médico (FAUSTO & MATTA, 2007). Apesar de desarticuladas de outras instituições de saúde, essas ações apontam mudanças no modelo tradicional de assistência à saúde, de cunho médico hospitalar e baseado na oferta de serviços de forma centralizada.

No movimento da Medicina Comunitária, nos anos 70, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) referenciava-se no modelo de Atenção Primária, para expandir a cobertura, utilizando tecnologias simplificadas e o emprego de agentes de saúde residentes nas comunidades. Inicialmente, voltada para a população mais pobre da região nordeste do país, a proposta foi estendida a todo território nacional e contribuiu para a redefinição das políticas públicas de saúde, no país. Na opinião de Aguiar (2003), o PIASS pode ser considerado um marco do movimento da reforma sanitária que floresceu nos anos 80. Entretanto, alguns autores consideram inadequado denominar as iniciativas da medicina comunitária como movimentos de atenção primária, por possuírem características diferentes dos preceitos preconizados pela Conferência de Alma-Ata (TARIMO & WEBSTER, 1997).

Em 1991, o PACS proposto inicialmente como estratégia para reduzir a mortalidade infantil e materna, por meio da extensão de cobertura das ações de saúde, nas áreas mais pobres, particularmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Em 1994 o trabalho foi ampliado, com a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família. As práticas de saúde deixaram de ser centradas na intervenção médica e contavam com a participação da comunidade, com contornos bem próximos ao atual modelo.

No âmbito do Ministério da Saúde, a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade, na Fundação Nacional de Saúde (FNS) facilitou a ampliação desse processo. Nos quatro primeiros anos de implantação da estratégia, a cobertura abrangia aproximadamente 5,6 milhões de pessoas. No ano 2000 a cobertura atingiu 29,7 milhões de pessoas. Em

fevereiro de 2010, a população coberta pelas equipes de Saúde da Família já atingia a marca de 96,8 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

A diversidade de formas de organização da APS no Brasil deve ser considerada ao se pensar na inserção das ações de Saúde do Trabalhador. A multiplicidade de arranjos institucionais é facilmente explicada no Brasil, pela dimensão e a diversidade de cenários geográficos e sócio políticos que o caracterizam. Entretanto, a Estratégia da Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foram definidos como modelo de atenção pelo Ministério da Saúde para o país (BRASIL, 2006).

Entre as principais características do modelo de organização da APS no Brasil, que o diferencia de outros países, estão: a definição do território de responsabilidade, a composição multidisciplinar das equipes profissionais, que integram também os ACS e o acesso ao cuidado de saúde bucal (MENDONÇA, 2010).

A organização do cuidado de saúde a partir do território tem implicações diretas e importantes para as ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na APS.

A reestruturação produtiva, em curso no país, está mudando o regime de acumulação anterior - taylorista-fordista - fixado no interior da fábrica, cercado por muros, e sob vigilância direta do dono do empreendimento. O antigo modelo tem sido substituído pela flexibilização dos processos de trabalho, nos mercados, nos produtos e padrões de consumo, rompendo os limites geográficos: os processos de trabalho saem de seus muros para “invadir a sociedade inteira (HAVEY, 1992).

Esta flexibilidade desencadeia um conjunto de fenômenos marcados pela desterritorialização da produção e da circulação de mercadorias e dos serviços. É nesse território mutante, fluído e flexível da acumulação do capital que se configura o “novo” mundo do trabalho onde se desenha o perfil dos trabalhadores urbanos – e crescentemente dos rurais nos agronegócios – com reflexos sobre sua vida, sua saúde e o ambiente (QUADROS & DIAS, 2010).

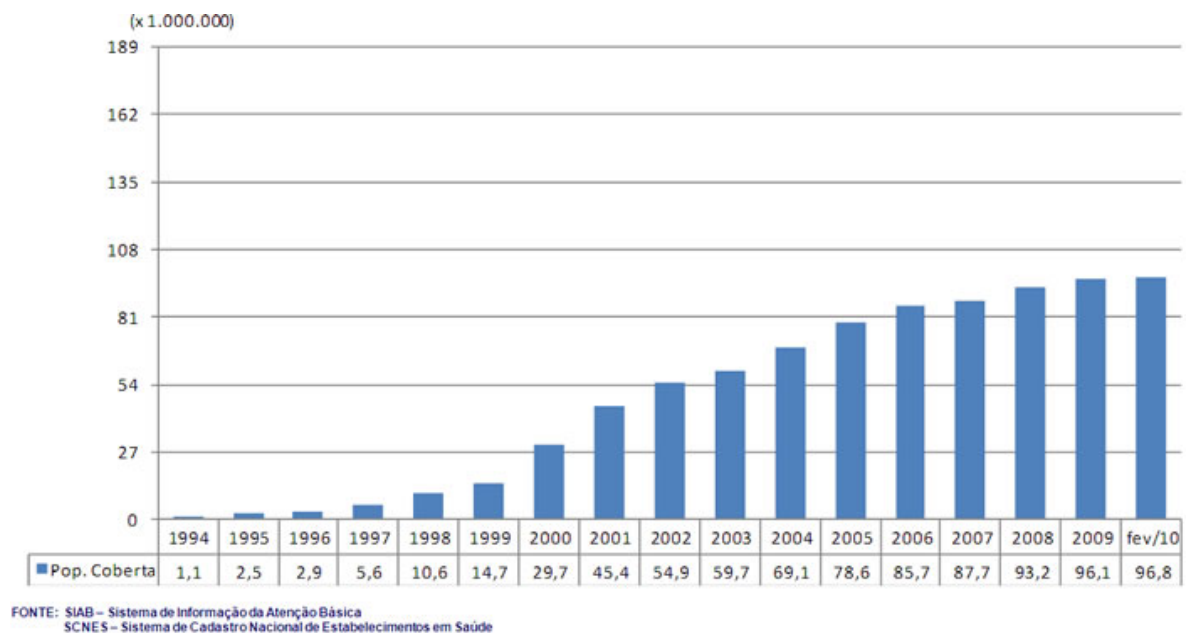
O trabalho precário e intermitente redesenha o mundo social, as relações de força e os campos de práticas. Uma das tendências observadas é a transferência do local do trabalho para o domicílio e peri-domicílio do trabalhador. Na nova ordem econômica, o trabalho em domicílio adquire papel importante nas estratégias das empresas para vencer a pressão por

produtividade. As tecnologias “informacionais” possibilitam que trabalhos exigentes de alto teor de conhecimento, sejam prestados dentro da residência do trabalhador. No Brasil, observa-se a coexistência dessa estratégia com as formas mais tradicionais do trabalho domiciliar, caracterizadas pela ausência de proteção social, condições de trabalho adaptadas e perigosas, baixa remuneração e a “feminização” do emprego. Nesse trabalho domiciliar, em geral, o treinamento está ausente, os instrumentos e maquinários são obsoletos, a manutenção é inadequada, e as tarefas são desempenhadas sem a necessária segurança e dispositivos de proteção, expondo trabalhadores e familiares a fatores de risco para a saúde e o ambiente (VIEIRA, 2009).

Neste cenário, as conseqüências para a saúde da população, dos trabalhadores em especial e os impactos sobre o meio ambiente são ainda pouco conhecidos. Porém, na atualidade, são as equipes da APS que têm mais acesso e possibilidades de oferecer cuidado à saúde dos trabalhadores.

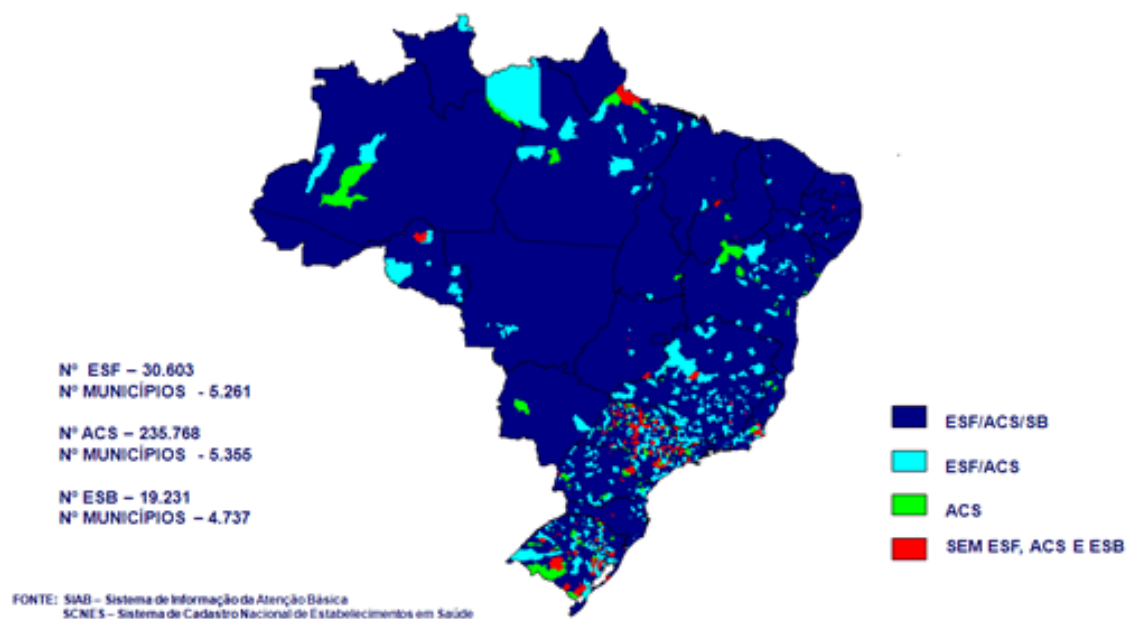
A figura 2 mostra a evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas no período entre os anos de 1994 à 2010.

Figura 2: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – FEVEREIRO/2010



A situação atual da implantação de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e ACS está representada na figura 3.

Figura 3: Situação de implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, em fevereiro de 2010.



2.1 Atenção Primária à Saúde e o Pacto pela Saúde

Na atualidade, a organização do sistema de saúde brasileiro é norteada pelo Pacto pela Saúde, firmado por técnicos do Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no início de 2006.

O Pacto pela Saúde imprime nova lógica de organização do SUS, a partir de três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Ele substituiu o processo de habilitação, previsto na NOAS SUS 2002, pela adesão solidária ao Termo de Compromisso de Gestão, a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, a integração das diversas formas de repasse dos recursos

federais e a unificação dos vários pactos existentes até então (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

A regulamentação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida e de Gestão deu-se pela Portaria GM/MS nº 699/2006. Em 2006, o sistema de Planejamento do SUS foi regulamentado pela Portaria GM nº 3085/2006. A Portaria GM/MS nº 3332/2006 aprovou as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

A dimensão do Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e pactuadas pelas diferentes instâncias federativas com vistas a reforçar o Sistema Único de Saúde como política de Estado. O Pacto de Gestão define a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, superando os processos de habilitação estabelecidos pela NOAS e estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, programação pactuada e integrada e outros. O Pacto pela Vida define a prioridade do fortalecimento da Atenção Básica e a consolidação da estratégia Saúde da Família, nos municípios de pequeno e médio porte e nos grandes centros urbanos. Para assegurar o êxito dessa iniciativa, propõe o *desenvolvimento da qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família*.

Além disso, reitera a importância da infra-estrutura adequada das Unidades Básicas de Saúde, por meio da garantia de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o desenvolvimento das ações e do financiamento pelas três esferas de gestão do SUS. Apesar de priorizar a estratégia da Saúde da Família, destaca o apoio a outras modalidades de organização da Atenção Básica, respeitando as especificidades loco-regionais (BRASIL, 2006).

2.2 Política Nacional de Atenção Básica – PNAB

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA - PNAB

Portaria Nº. 648/GM de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (FSP) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

A PNAB estabelece diretrizes para a organização das Estratégias Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, consideradas como principais estratégias para sua implementação, e destaca entre outras características, as seguintes:

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

A PNAB também define as atribuições comuns a todos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e que também devem ser aplicadas na atenção à Saúde do Trabalhador. As atribuições específicas dos profissionais para o desenvolvimento do cuidado aos trabalhadores serão objeto de detalhamento no documento de orientações para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na APS, complementar a este.

ATRIBUIÇÕES COMUNS DOS PROFISSIONAIS DA APS

I- participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Fonte: PNAB. 2006

2.3 APS como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS

A definição da APS como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS muda, na essência, o modelo de organização do SUS. Nessa perspectiva, a APS deixa de ser o primeiro nível da rede para assumir a responsabilidade pela coordenação do cuidado integral à saúde da população adscrita em um dado território. Para se entender o alcance dessa afirmação é importante resgatar a definição de modelos de atenção, de Paim (2003):

Modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade.

As combinações tecnológicas, na concepção de Merhy (2002), incluem o uso de recursos das tecnologias: duras (equipamentos), as leve-dura (saberes disciplinares) e as leves (relações humanas). Assim, pode-se dizer que o modelo de atenção está relacionado à forma de organização dos recursos tecnológicos para identificação e resposta aos problemas de saúde da população nos serviços de saúde. Nesse sentido, não cabe mais a classificação de baixa complexidade atribuída à APS. Conceitualmente, considerar a APS enquanto centro ordenador da atenção à saúde no SUS significa atribuir-lhe grande complexidade e pressupõe estreita articulação com os níveis do sistema que incorporam mais recursos tecnológicos, anteriormente denominados “de média e alta complexidade”, de modo a garantir a integralidade e respostas adequadas às necessidades dos usuários. Mendes (2009) destaca que esta visão equivocada de complexidade contribui para que os gestores, políticos e profissionais de saúde valorizem mais as práticas desenvolvidas nos níveis secundários e terciários da atenção à saúde.

A proposta de articulação entre os níveis de atenção vai caracterizar a organização da atenção à saúde em *redes*. Mendes (2009) citando Borzel (1997) define redes como sendo *relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns entre vários atores, com troca de recursos entre si, no suposto de que a cooperação é a melhor forma de alcançar os objetivos.*

Desse modo, a substituição do modelo hierárquico piramidal tradicional, pela formatação das redes de atenção à saúde na forma poliárquica pressupõe que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, guardadas as diferenças quanto às densidades tecnológicas que os caracterizam.

Nesse sentido, a concepção do sistema vigente no SUS: hierárquico, piramidal e formatado segundo níveis de complexidades, no qual a atenção básica ocupa posição de menor complexidade, muda para a concepção das redes de atenção à saúde, como pode ser observado na figura 4.

Esta rede se estrutura em torno de um conjunto de pontos de atenção, permitindo oferecer atenção contínua e integral a uma população definida, tendo como centro coordenador a APS. Para prover atenção integral a rede se organiza em vários componentes, entre eles: o centro de comunicação (a própria APS); os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (prontuário de família, cartão de identificação dos usuários, central de regulação e sistemas de transporte sanitário) e o sistema de governança, exercido pelos gestores e pelo controle social (MENDES, 2009).

Figura 4 - A APS em modelos diferenciados de hierarquização do cuidado

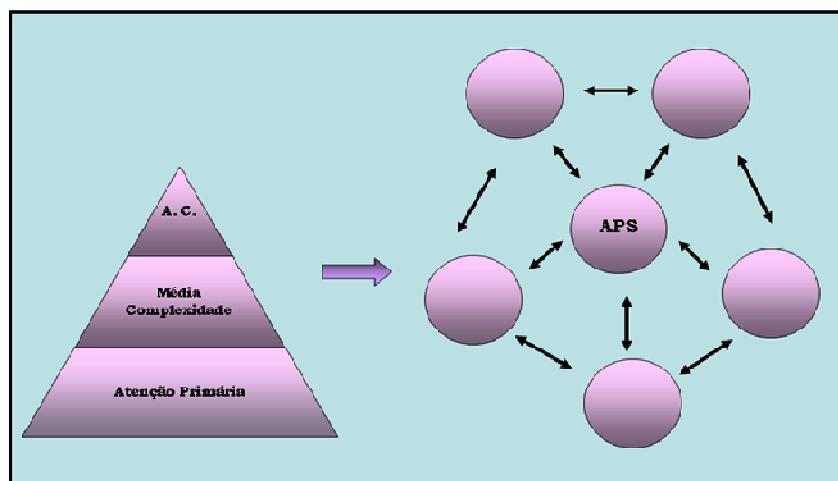


Figura 01: Do Sistema Hierárquico para a Rede de Atenção à Saúde Poliárquica

* Fonte: "Implementação do Plano Distrital de Atenção Primária à Saúde". Clínica 1 - Redes de Atenção à Saúde/Guia do Tutor - Facilitador

Nesse sentido, a APS dentro das redes de atenção à saúde assume o papel de centro de comunicação, coordenador dos fluxos e contra fluxos de toda a rede e deve ser entendida como: *uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos*

do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população (MENDES, 2009; p. 163).

É neste cenário de mudanças estruturais no modelo do SUS, de dificuldades para o atendimento de seus princípios básicos, de financiamento e efetivo controle social, entre outros, que se destaca o desafio de integrar a RENAST na rede de cuidado do trabalhador, e garantir atenção integral aos trabalhadores.

3. SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Existem evidências sobre o desenvolvimento de ações consideradas “de Saúde do Trabalhador” no âmbito da APS, anteriores a 1990. Entretanto é a partir da instituição do SUS, que, particularmente no âmbito do Ministério da Saúde, podem ser identificados processos institucionais, sob a forma de portarias, planos de trabalho, relatórios técnicos e publicação de material para apoiar a capacitação dos profissionais.

3.1 – Antecedentes

O resgate da construção das ações de Saúde do Trabalhador na APS no período 1998-2002 contou com a inestimável ajuda do grupo de trabalho, coordenado pelo Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e integrado pela Dra. Gláucia Ieno, Dra. Jacinta Fátima Sena da Silva, Dr. Paulo Roberto Gutierrez e Dra. Tereza Mitsunaga, protagonistas desse processo no âmbito do Ministério da Saúde, que se reuniu em Belo Horizonte no período de 19 a 21 de agosto de 2009, com essa finalidade. O exercício, além de recuperar aspectos do processo, contribuiu para a identificação de resultados concretos, entre eles: a produção de instrumentos e a realização de atividades pedagógicas destinadas à capacitação das equipes da APS. Os interessados em conhecer detalhes desse processo podem consultar o documento (FADEL DE VASCONCELLOS *et al.*, 2009).

A aproximação da área técnica de Saúde do Trabalhador com a Atenção Básica, no âmbito do Ministério da Saúde, iniciou-se em 1998, incentivada pelas discussões da proposta de Política de Saúde do Trabalhador para o SUS. Naquele momento, o Comitê Técnico

Assessor de Saúde do Trabalhador, criado pela Portaria nº 3.647/98 com essa atribuição, identificou entre as dificuldades para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na rede de saúde, o esgotamento do modelo de atenção centrado nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), e sugeriu que se deslocasse o eixo das ações para a APS, que se encontrava em expansão na proposta de modelo de reorganização do SUS, como mencionado anteriormente.

No mesmo sentido, a Portaria 3.120, que define a Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (NOST), publicada em 1998 e ainda vigente, prescreve a operacionalização das seguintes ações, na gestão plena da Atenção Básica:

- a) garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;*
- b) realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;*
- c) notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;*
- d) estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador;*
- e) utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional (BRASIL, 1998).*

Em 1999, a coordenação da COSAT iniciou gestões junto ao Departamento de Atenção Básica, para a elaboração de instrumentos e materiais pedagógicos, com conteúdos de Saúde do Trabalhador para serem utilizados na capacitação e suporte às equipes do PACS e PSF, tendo por base as diretrizes estabelecidas na PNST de 1998.

No *Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*, realizado em 1999, com o objetivo de fazer um balanço das ações nos primeiros dez anos de sua inclusão no SUS e que contou com a participação de aproximadamente 500 atores institucionais, foram discutidas formas de inclusão das ações nas práticas do PACS/PSF e estratégias de capacitação das equipes.

No ano seguinte, a COSAT promoveu o Encontro Nacional dos Programas de Saúde do Trabalhador com o objetivo de articular uma rede nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, com a tarefa de repensar o modelo de atenção e revisar as práticas dos antigos programas e centros de referência em saúde do trabalhador. A proposta era de que esses centros se tornassem núcleos de inteligência articuladores e formadores, capacitando a vigilância e a rede, inclusive a Atenção Primária, para trabalhar em rede, configurando o embrião da RENAST.

Entretanto, apesar das propostas inovadoras, o processo de articulação intra-setorial foi lento e espasmódico, e os avanços observados ocorreram mais em função de gestões interpessoais baseadas em afinidades e relações afetivas, do que de uma postura institucional. Entre os aspectos positivos identificados estão:

a) a elaboração do **Caderno nº 5 de Saúde do Trabalhador**, da série Cadernos de Atenção Primária/Programa Saúde da Família (PSF), publicado em 2001, com tiragem de 50.000 exemplares e distribuído para todo o país, destinado a apoiar a capacitação das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2001).

b) o **Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho** (BRASIL, 2001), elaborado entre os anos 1999 e 2001, destinado a orientar os serviços de saúde da Atenção Primária. Organizado a partir da Lista Brasileira de Agravos ou Doenças Relacionadas ao Trabalho pretendia ser um instrumento de apoio aos profissionais na APS, para as ações de vigilância, diagnóstico, notificação e manejo das doenças relacionadas ao trabalho. Publicado em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde/Brasil pela Editora do Ministério da Saúde, o Manual teve uma tiragem de 100.000 exemplares no formato impresso e, além da versão eletrônica e daquela disponibilizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), encabeçando a relação dos livros mais procurados, porém sem atingir, de fato o público alvo ao qual foi destinado.

c) o **Módulo Instrucional de Capacitação da Rede Primária de Saúde do SUS** em Saúde do Trabalhador, composto por dois cadernos: um destinado ao Aluno e outro ao Instrutor, publicados em 2002 (BRASIL, 2002). Elaborado pela equipe técnica da COSAT, em parceria com a CIST Nacional e referenciado no Caderno de Saúde do Trabalhador nº 5 o documento incluía a explicitação de papéis e âmbito de atuação das instituições envolvidas na atenção à saúde dos trabalhadores; as ações a serem desenvolvidas na rede primária de saúde; os conceitos básicos sobre acidente de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho, trabalho precoce; informações sobre doenças e agravos mais frequentes, incluindo os procedimentos diagnósticos e as condutas recomendadas para este nível de atenção; instrumentos de notificação e coleta de dados, existentes no Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério do Trabalho e Emprego e orientações quanto aos procedimentos de assistência e vigilância previstas na NOST e na Portaria nº 3.120/90. O material foi validado em reunião nacional e testado em experiência piloto no estado de Tocantins.

d) o **Plano de Ação da COSAT**, elaborado em 2002, detalha as ações a serem desenvolvidas pela Atenção Primária, referenciadas no enfoque das relações Produção-Consumo-Ambiente e Saúde (ver Anexo 1).

Outra tentativa de aproximação da Saúde do Trabalhador com a APS, nesse período, está registrada na Agenda Nacional de Saúde do Trabalhador para o biênio 2002/2003 proposta pela COSAT no final de 2001, tendo por base a Agenda de Saúde 2001, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 19ª reunião extraordinária, após pactuação entre os representantes do MS, CONASS e CONASEMS. Entretanto esta Agenda não chegou a ser implementada, em decorrência de mudanças do governo federal e na condução técnica da área, que ocorreram após a publicação da Portaria 1.679, que criou Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, em setembro de 2002.

3.2 A RENAST e as ações de Saúde do Trabalhador na APS

A criação da RENAST abriu novas perspectivas para o campo da Saúde do Trabalhador no SUS, ampliando a visibilidade e facilitando a interlocução com os gestores e o controle social. A possibilidade de contar com recursos próprios, repassados diretamente pelo

Fundo Nacional de Saúde, correspondendo a R\$ 30 mil mensais para os Centros regionais e R\$ 40 mil mensais para os estaduais foi decisiva nesse processo (BRASIL, 2009).

Em 2003, coincidindo com o início do governo do presidente Lula, a RENAST foi definida como a principal estratégia para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Ela está estruturada a partir de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de abrangência estadual, regional ou municipal responsáveis pelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação física, de vigilância dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores, em articulação com a rede de atenção do SUS.

Considerando a importância da melhoria da informação sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, foi publicada a Portaria Nº. 777, em 28 de abril de 2004, definindo a notificação compulsória de um conjunto de 11 agravos, a partir da rede de *serviços sentinela*, que teria a capacidade presumida de diagnosticar e estabelecer a relação com o trabalho e registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do SUS. Para apoiar estas ações foram preparados Protocolos para o Cuidado Diferenciado aos Agravos mencionados na Portaria, porém estes não contemplam de forma satisfatória, as ações as serem desenvolvidas na APS (BRASIL, 2004).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, envolvendo ampla participação social, discutiu avanços e dificuldades encontrados para consolidação da área de Saúde do Trabalhador no SUS. Entre as recomendações da Conferência está a incorporação nas agendas de saúde, em nível nacional, estadual e municipal, das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde e nos serviços de Urgência e Emergência enquanto portas de entrada do sistema; no cuidado de média e alta complexidade (CNST, 2005).

Apesar das muitas dificuldades e contradições, observa-se movimento bem definido na direção de se desenvolver ações de Saúde do Trabalhador na APS.

Com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre esse processo e aprender com as experiências concretas foram realizadas: a) revisão bibliográfica sobre ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas na APS, na produção técnico-científica, publicada entre os anos de 2003 à 2009; b) consulta aos dirigentes estaduais de Saúde do Trabalhador e de Saúde

Ambiental sobre o tema; e c) consulta aos coordenadores de CEREST estaduais e regionais, utilizando questionário padronizado, destinada a identificar ações planejadas ou em curso. Cada uma dessas etapas resultou em relatório técnico específico. Será apresentada a seguir síntese dos principais achados dos estudos.

A busca bibliográfica sobre a produção técnico-científica, formal e informal, sobre ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária de Saúde, publicada entre os anos de 2003 à 2009, revelou 128 trabalhos publicados no país. Considerou-se literatura formal os trabalhos publicados em periódicos e Banco de Teses, Dissertações e Trabalhos de Conclusão de Cursos de Especialização em Saúde do Trabalhador, registrados nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) e o site do Scientific Eletronic Library on line (SciELO); Banco de Teses da CAPES; Banco de Teses e Dissertações de Universidades brasileiras que possuem Mestrado e ou Doutorado em Saúde Pública/ Saúde Coletiva. Os trabalhos publicados em Anais de mostras nacionais, congressos e reuniões técnicas da Atenção Primária, de Saúde Pública/ Saúde Coletiva foram classificados como “bibliografia informal”. Também foram consultados os coordenadores de Cursos de Especialização em Saúde do Trabalhador oferecidos por instituições públicas, buscando identificar trabalhos de conclusão de curso (TCC) sobre o tema. Foram selecionados, 128 trabalhos, sendo 56,3% produzidos na região Sudeste; 22,7% na região Nordeste e 17,2% na região Sul. As regiões Centro-Oeste e Norte contribuíram com os demais. São Paulo responde por 32,8% das publicações, Minas Gerais por 10,9% e Rio de Janeiro com 10,2% do total de publicações. Na região Nordeste, o estado da Bahia contribuiu com 10,9% dos trabalhos encontrados. A região Sul apresenta distribuição mais equitativa das publicações entre seus Estados: Santa Catarina 6,3%, Rio Grande do Sul e Paraná com 5,5% do total de trabalhos publicados no país. Também foi observado aumento do número de publicações ao longo dos anos, por exemplo: 10 publicações no ano de 2006, 12 publicações no ano de 2007 e 18 no ano de 2008. As bases de dados consideradas “informais” contribuíram com 45,3% dos trabalhos identificados, observando-se uma concentração entre os trabalhos apresentados na III Mostra de Saúde da Família realizada em 2008, (17 trabalhos) e no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2003 (15 trabalhos).

A predominância de publicações na região sudeste reflete diferenças regionais e estruturais, as desigualdades sócio-econômicas e culturais, particularmente a concentração

de universidades entre os estados brasileiros e o fato de ser sede da maioria dos encontros e congressos no tema, facilitando a participação. As Universidades e instituições de formação respondem por 60,2% dos trabalhos, 21,9% foram desenvolvidos no âmbito do SUS e 16,4% em parceria academia-serviço. Destaca-se, assim, o papel da Universidade na execução de pesquisas e trabalhos teóricos de forma articulada com a Rede SUS.

Na consulta aos **Coordenadores Estaduais de Saúde do Trabalhador**, das 27 unidades da federação, sobre as ações desenvolvidas no âmbito da APS, nos respectivos estados foi utilizado questionário estruturado e disponibilizado no Form SUS, aberto para reposta *on line* no período entre 21/08/2009 à 31/03/2010.

Coordenadores de 23 estados (Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Amapá, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins) responderam o questionário. A sistematização das respostas permitiu identificar que as ações são ainda incipientes com predominância de planejamento e desenvolvimento de processos de capacitações direcionadas aos profissionais da APS, sobre as relações Saúde-Trabalho e os Protocolos de Cuidado da Saúde do Trabalhador preparados pelo Ministério da Saúde.

Os **dirigentes estaduais de Saúde Ambiental** também foram consultados, sobre o desenvolvimento de ações na APS, voltada para a proteção e o fortalecimento das comunidades no enfoque da sustentabilidade local, por meio de questionário padrão. Foram recebidas respostas dos estados da Bahia, Distrito Federal, Mato Grosso, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima e Sergipe e do dirigente do município de Porto Alegre. À semelhança dos resultados da consulta aos dirigentes da Saúde do Trabalhador, o desenvolvimento de capacitações de profissionais da APS foi a ação predominante. Os conteúdos desses processos incluíram: a) avaliação de impactos na saúde infantil decorrentes da exposição a poluentes atmosféricos; b) informações sobre uso de Solução Alternativa de Abastecimento de Água (poço ou fonte); c) uso do hipoclorito de sódio à 2,5% para desinfecção de água para consumo humano; d) recolhimento e destino adequado de embalagens vazias de agrotóxicos; e) agricultura orgânica; f) identificação e acompanhamento de população exposta a resíduos químicos perigosos em solo contaminado. Outras ações identificadas incluíram o desenvolvimento de estratégias

de avaliação de risco para a saúde humana, vigilância e assistência à saúde; e desenvolvimento de sistema de informação. Observou-se que práticas integradas entre as duas áreas são ainda pouco frequentes.

A consulta aos 126 **coordenadores de CEREST**, nas 27 unidades da federação implantados em setembro de 2008, utilizando questionário enviado por meio eletrônico, resultou em 52 respostas (42% de adesão à pesquisa). Dos 26 CEREST Estaduais, apenas 11 responderam ao questionário. Entre as ações desenvolvidas pelo *CEREST Estadual*, predomina a capacitação dos profissionais da APS, com conteúdos referentes a: a) rede sentinela; b) implementação de comitês de investigação de acidentes graves e fatais; c) manejo de agravos relacionados ao trabalho; d) trabalho infantil; e) mapeamento das atividades produtivas no território. Um CEREST Estadual informou a elaboração de protocolos de Saúde do Trabalhador destinados a facilitar o desenvolvimento de ações na APS.

Entre as 52 respostas recebidas de *CEREST regionais*, 40 informaram a realização de ações na APS, também com predominância de capacitações, destinadas a sensibilizar os profissionais sobre as questões de saúde relacionadas ao trabalho; fornecer instrumentos para a investigação e notificação de acidentes graves, fatais e com crianças e adolescentes, as intoxicações por agrotóxicos; qualificar a assistência aos trabalhadores portadores de agravos relacionados ao trabalho, incluindo a discussão dos protocolos e a orientação sobre questões trabalhistas e previdenciárias e o preparo dos ACS para a realização do mapeamento das atividades produtivas. Sobre as ações de vigilância, foram descritas: o mapeamento e cadastro das atividades produtivas; visitas a ambientes de trabalho e notificação das situações de risco e ocorrência de agravos.

Ressalta-se que o mapeamento das atividades produtivas presentes no território de atuação dos profissionais das unidades básicas de saúde é essencial para o diagnóstico situacional, que vai embasar o Plano de Ação da equipe e assim, o planejamento de ações de Saúde do Trabalhador. Em Minas Gerais, a coordenação estadual desenvolveu uma ficha própria para o cadastro das atividades produtivas desenvolvidas nos domicílios, com a identificação de possíveis riscos para a saúde relacionados ao trabalho (anexo 2).

Da consulta aos CEREST Regionais também foi encontrado o desenvolvimento de atividades de matriciamento das equipes Saúde da Família para a notificação de acidentes e

doenças relacionadas ao trabalho e o apoio aos processos de descentralização da assistência em Saúde do Trabalhador do CEREST para a APS (POÇO, 2008).

Apesar das limitações metodológicas, os resultados demonstram a existência de ações direcionadas ao cuidado dos trabalhadores, desenvolvidas na APS, de forma sistemática. Os CEREST têm induzido e ou apoiado essas ações, principalmente, por meio de processos de capacitação. Esta observação corrobora os achados do estudo de acompanhamento do trabalho dos CEREST realizado em Minas Gerais, quanto à ênfase dada aos processos de sensibilização/capacitação das equipes da ABS (DIAS *et al.*, 2010).

3.3 Ações de Saúde do Trabalhador na APS e o Pacto pela Saúde de 2006

Com a publicação do Pacto pela Saúde, a APS é reforçada enquanto centro ordenador do cuidado à saúde no SUS. Essas mudanças repercutem diretamente sobre a organização da atenção à Saúde do Trabalhador, prescrita pela RENAST, com foco nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 91 de 2007 estabeleceu os indicadores do Pacto pela Saúde e unificou o processo de pactuação por municípios, estados e o Distrito Federal e incluiu a Saúde do Trabalhador como prioridade nacional. Os objetivos da Saúde do Trabalhador expressos nessa portaria são:

- Apoiar estados e municípios nas ações de saúde do trabalhador, incluindo as ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação.
- Ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretárias Estaduais e as Municipais, disposta na Portaria GM nº 2.437 de 07/12/2006.
- Apoiar estados e municípios na sistematização das informações em Saúde do Trabalhador, na implantação da Portaria GM nº 777 de 28/04/2004.
- Apoiar estados e municípios na educação permanente em Saúde do Trabalhador, segundo a Política de Formação de Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS.

Em 2008, o Pacto pela Vida insere a Saúde do Trabalhador como área prioritária e define objetivos, metas e indicadores para avaliação e monitoramento, descritos no quadro 3 (BRASIL, 2008).

Quadro 3: Objetivos e metas de Saúde do Trabalhador estabelecidos no Pacto pela Vida em 2008

PRIORIDADE	OBJETIVO	META	INDICADOR
Saúde do Trabalhador	I. Ampliar a RENAST , articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais, a partir da revisão da portaria GM/MS nº.2.437 de 07/12/2005	implantação de 50 novos CEREST	Nº. de CEREST implantados
	II. Apoiar estados e municípios na educação permanente em Saúde do Trabalhador	formação de 960 profissionais de saúde na Área de Saúde do Trabalhador	Nº. de profissionais matriculados

Entre as prioridades definidas pelo Pacto pela Vida (Portaria GM/MS nº 48/2009), para o ano de 2009, foram mantidos os objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria GM/MS nº 325/2008 (BRASIL, 2009).

A Portaria GM/MS nº 2669 de 03 de novembro de 2009, definiu as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011. A Saúde do Trabalhador corresponde à prioridade VII, no componente Pacto pela Vida que propõe no indicador 23: o “número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS nº. 777 de 28 de abril de 2004. Este indicador visa aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.

A melhoria da identificação e notificação dos agravos relacionados ao trabalho, na APS, particularmente pelas equipes de Saúde da Família é essencial para a indução das ações de vigilância em saúde e organização da linha de cuidado para os agravos à ST. Considerando que a maioria dos municípios brasileiros possui serviços de APS, essas unidades (ESF,

UBS) devem atuar como “sentinelas” para identificação dos agravos à saúde do trabalhador constantes na Portaria GM/MS nº. 777/04. A meta Brasil é aumentar em 15% o número de notificações em 2010, em relação a 2008 e em 30% das notificações em 2011.

Além do exposto acima, o Pacto pela Saúde também propõe a adesão solidária ao **Termo de Compromisso de Gestão (TCG)**¹, que é um contrato de gestão no qual os gestores do SUS, das três esferas, pactuam nas Comissões Intergestores, o compromisso que concretiza a adesão do gestor ao Pacto pela Saúde; a Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão, além do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI). Estes instrumentos - TCG, PDR e PDI - precisam estar relacionados ao Plano de Saúde, à Programação Anual de Saúde e ao Relatório Anual de Gestão.

A definição da regionalização e dos recursos para investimentos está vinculada ao Plano Estadual de Saúde e aos processos de pactuação. Para que estes instrumentos de planejamento e pactuação sejam indutores das ações de Saúde do Trabalhador na APS, essas ações devem estar contempladas nos Planos Estadual e Municipal de Saúde e nas agendas de saúde das unidades da APS. Ressalta-se que os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) devem ser compatíveis com o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

As Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006 e Portaria GM/MS nº 699/2006) propõem, ainda, a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização. Assim, a Saúde do Trabalhador deve constar na organização da rede de serviços de saúde propostas no PDR em coerência com o Plano Estadual de Saúde.

Após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, o **Mais Saúde - Direito de Todos (2008-2011)**, publicado em 2007 definiu 86 metas e 208 ações, distribuídas em 8 eixos de intervenção: Promoção da Saúde, Atenção, Complexo Industrial, Força de Trabalho,

¹ Segundo a Portaria GM/MS nº 699/2006, deverá constar como anexo do Termo de Compromisso de Gestão, o relatório dos Indicadores de Monitoramento (implantado a partir de 2007). O TCG está em processo de revisão conforme a Portaria GM/MS 2.751 de 11 de novembro de 2009.

Qualificação da Gestão, Participação e Controle Social, Cooperação Internacional e Saneamento. A Saúde do Trabalhador está contemplada no eixo da Promoção da Saúde.

Para o fortalecimento e a ampliação da RENAST o documento prevê: a) a implantação de novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, passando de 150 (em 2008) para 290 (até 2011) e b) 150 serviços sentinela do trabalhador até 2011, ao custo médio de R\$ 30 mil anuais; c) 163 Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador, ao custo de R\$ 10.000,00 ano, até 2011. No ano de 2008 foram implantados 23 CEREST, totalizando 173 unidades com recursos aproximados de 50 milhões de Reais. As duas outras ações (b e c) foram canceladas por falta de recursos financeiros. Apesar do não cumprimento de todas as metas, o aumento dos CEREST contribui para a consolidação da RENAST.

A Portaria de Nº 2.728 de setembro de 2009 reformulou a configuração da RENAST, adequando-a às prescrições do Pacto pela Saúde de 2006. Entre as atribuições do Ministério da Saúde estão: a definição das diretrizes para a regulação e a pactuação das ações, além do apoio político, financeiro e técnico para a inserção das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental (BRASIL, 2009).

Ainda segundo a mesma portaria, a esfera estadual e suas representações regionais são responsáveis pela definição de diretrizes, regulação e pactuação das ações de Saúde do Trabalhador, desenvolvendo-as, quando necessário, de forma integrada ou complementar aos Municípios. A esfera estadual também tem a atribuição de definir protocolos e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; manter a educação continuada e a supervisão em serviço, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; propor as linhas de cuidado para os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, com respectivos fluxos de referência e contra-referência, devidamente aprovados na CIB.

As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis por definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador, tendo como eixo a APS. O planejamento e a hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador na APS devem estar embasados no perfil produtivo e na situação epidemiológica e explicitados no Plano Municipal de Saúde. Os processos de capacitação devem ser conduzidos em parceria com as Secretarias

Estaduais de Saúde e com os CEREST, qualificando os profissionais e as equipes de saúde para as ações de vigilância, assistência e promoção da Saúde.

O apoio às **ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, deve se dar, entre outros meios, pela definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; a definição dos fluxos na rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo a reabilitação e os procedimentos de referência e contra-referência, sempre aprovados nas instâncias municipais de controle (BRASIL, 2009).

Entretanto, apesar do grande esforço empreendido e da existência de 198 CEREST habilitados no país, a estratégia mostra sinais de esgotamento e necessita ser adequada a configuração atual do SUS.

A Portaria da RENAST, vigente, define como papel dos CEREST o apoio técnico na implantação de ações de ST nos serviços do SUS. Considerando que a APS é o contato preferencial do usuário, uma das principais estratégias do CEREST para facilitar a consolidação do cuidado integral aos trabalhadores no SUS, é o suporte técnico aos profissionais e a contribuição ao estabelecimento dos fluxos e protocolos para a atenção aos usuários (Brasil, 2009).

No campo da Vigilância em Saúde, a Portaria nº. 3252, de 22/12/2009 define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A Portaria nº. 3.008/2009 estabelece os princípios norteadores da Programação de Vigilância em Saúde – PAVS, como elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal. Como a Saúde do Trabalhador é prioridade no Pacto pela Vida foram definidas as seguintes ações e metas na PAVS 2010-2011:

Quadro 4 – Ações e Metas de Saúde do Trabalhador na PAVS 2010-2011

Ação	Definição da Ação	Medida de desempenho da ação	Meta Brasil 2010	Meta Brasil 2011
Ampliar a rede de unidades sentinela para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador	Aumentar a rede de unidades sentinela para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	Proporção de unidades sentinelas realizando notificação e investigação dos agravos à saúde dos trabalhadores.	15% de aumento do número de unidades sentinela realizando notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	15% de aumento do número de unidades sentinela realizando notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador
Ampliar a capacitação para aplicação de protocolos	Consiste em intensificar a capacitação da rede de unidades sentinela na aplicação dos protocolos a fim de tornar todas as unidades capazes de identificar os agravos em saúde do trabalhador.	Proporção de unidades sentinelas capacitadas para aplicação dos protocolos.	15% de aumento do número de unidades sentinela capacitadas para aplicação dos protocolos.	15% de aumento do número de unidades sentinela capacitadas para aplicação dos protocolos.

Entre outros pontos, esta portaria determina que a PAVS deve ser realizada em articulação com a Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde.

Entre as diretrizes que norteiam o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS, a Vigilância da Saúde do Trabalhador deve estar inserida no processo de construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

O documento que explicita a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST, 2010) encontra-se em fase final de elaboração, já tendo sido apresentado ao Conselho Nacional de Saúde, à Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST); à comunidade de dirigentes estaduais de Saúde do Trabalhador e coordenadores de CEREST, devendo ser colocado no mês de agosto próximo em consulta pública.

É neste cenário de organização dos serviços de saúde, que deverá ser construída a agenda de atenção integral a Saúde do Trabalhador, com ações integradas de vigilância, de

promoção à saúde e assistência em todos os níveis de atenção do SUS, tendo como centro ordenador a APS.

4. DESAFIOS, OPORTUNIDADES E DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DE SAÚDE AMBIENTAL NA APS

Imperativos históricos, de ordem técnica, normativa e legal, definem que o processo de construção da atenção integral à saúde dos trabalhadores no SUS, na atualidade, passa, necessariamente, pela APS. Se tomarmos como referência os três eixos de atuação – Promoção, Proteção e Vigilância e a Assistência à Saúde - para se alcançar a integralidade da atenção, é possível identificar em cada um deles, ações essenciais de Saúde do Trabalhador:

- **No eixo da Promoção da Saúde:** reconhecer o trabalho como oportunidade de saúde considerando que não existe doença inerente ao trabalho, mas que a forma de inserção no “mundo do trabalho” é um dos componentes básicos da determinação social do processo saúde-doença. Nesse sentido, é essencial *empoderar* os trabalhadores para que eles participem do cuidado – individual e coletivamente - da saúde e das lutas pela melhoria das condições de vida e trabalho.
- **No eixo da Proteção e Vigilância da Saúde:** reconhecer a presença de perigos e de riscos para a saúde e o ambiente, para antecipar e prevenir os danos e mudar os processos de trabalho geradores de doença e morte evitáveis.
- **No eixo da Assistência à Saúde:** conhecer as atividades produtivas desenvolvidas e o perfil dos trabalhadores que vivem e trabalham em um dado território de saúde, para planejar adequadamente as ações de vigilância e de assistência à saúde, estabelecendo, quando presente, a relação entre o adoecimento e o trabalho e desencadear os desdobramentos legais, trabalhistas e previdenciários cabíveis.

Considerar a APS como ordenadora do cuidado em Saúde do Trabalhador, além de colocar a área em sintonia com as diretrizes mais gerais do modelo de atenção à saúde, significa:

- a) estar integrada nas redes de atenção, uma vez que, na perspectiva da intra setorialidade, os demais pontos de atenção devem servir de suporte à APS;
- b) desenvolver ações de proteção e vigilância da saúde, experiência relativamente recente e em construção no âmbito da APS;
- c) redesenhar as atribuições e o papel do CEREST e de outros pontos da RENAST, como as unidades sentinela;

Neste sentido é importante resgatar algumas das **conquistas** ensejadas pela RENAST, a partir de sua criação em 2002:

- a) antecipa o modelo de rede;
- b) facilita o acúmulo de experiências e saberes, funcionando como “centros de inteligência” de Saúde do Trabalhador no SUS;
- c) capacita pessoas – profissionais e controle social - e divulga a cultura da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS;
- d) amplia a visibilidade da Saúde do Trabalhador junto aos gestores e o controle social

Dentre as **dificuldades** enfrentadas pela estratégia da RENAST, centrada no CEREST, podem ser destacadas:

- a) a rede de fato não se consolidou e permanece restrita ao CEREST, sendo freqüente a confusão de CEREST como sinônimo de RENAST;
- b) o CEREST enquanto unidade de serviço apenas induz, mas não define políticas. Estas devem ser conduzidas pelos setores que têm esta atribuição no âmbito do SUS;
- c) o processo de organização da RENAST, e em particular a habilitação e gestão dos CEREST, apresenta conflitos com o modelo de regionalização da saúde, que deve ser conduzido pela gestão estadual do SUS;
- d) o modelo de financiamento dos CEREST, via Fundo Municipal de Saúde, dificulta a atuação no âmbito regional. Além disso, alguns CEREST têm encontrado dificuldades para utilizar os recursos, pois além dos entraves da gestão, não conseguem inserir as ações nos Planos Municipais de Saúde e nem pactuá-las nas instâncias regionais;

e) apesar dos avanços observados, tem sido questionado se o modelo reforça o “gueto” da Saúde do Trabalhador em decorrência do paralelismo das ações.

f) inadequação do papel definido para o CEREST pela Portaria 2728/09, na nova configuração do SUS. Que papel deveria assumir? Centro de especialidades? Como realizar ações sistemáticas de vigilância da saúde do trabalhador?

h) inadequação e dificuldades conceituais e operacionais na rede sentinela para a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, previstos na Portaria 777/04, expressas no baixo número de notificações, o que dificulta a visibilidade dos problemas e sua inserção nas agendas de saúde.

4.1 Diretrizes para uma agenda de trabalho

A construção de agenda de trabalho comum entre as áreas da Atenção Básica e da Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental, em todas as esferas de gestão, deve considerar as seguintes diretrizes:

- Partir do que já está sendo feito – conhecer para multiplicar as experiências exitosas, otimizar os instrumentos e práticas já existentes;
- Rever o papel da RENAST a proposta da rede de cuidados;
- Redefinir o papel do CEREST no apoio matricial das ações de saúde do trabalhador dentro da rede;
- Criar estratégias para o suporte regional das ações;
- Ampliar a notificação dos agravos a saúde relacionados ao trabalho (acidentes e doenças);
- Reforçar a capacitação, a educação permanente e a pesquisa
- Apoiar o controle social considerando o novo perfil de trabalhadores, as novas formas de organização e as novas realidades do trabalho
- Definir e garantir o financiamento

- Estruturar a linha de cuidado a partir da APS por meio da elaboração de protocolos – linhas guia – e definir fluxos para a assistência e a vigilância.

Entre as ações a serem implementadas em curto prazo estão:

Considerando os instrumentos que já são utilizados pelas equipes da APS, enfatizar:

a) mapeamento do território de atuação das equipes: identificar as atividades produtivas desenvolvidas no território.

b) otimizar o uso das variáveis presentes na Ficha A:

- melhorar o preenchimento do item ocupação.
- desenvolver alternativas para a codificação das atividades produtivas – a CBO não é adequada considerando a complexidade dos trabalhos desenvolvidos nos domicílios.
- Identificar situações de trabalho infantil e participar dos esforços interinstitucionais de eliminação e da proteção do trabalho do adolescente.

c) sugestão de mudanças e ou acréscimos na Ficha A:

- incorporar pergunta específica sobre atividade produtiva domiciliar (APD).
- ampliar as informações sobre os tipos de vínculos de trabalho existentes na família, em especial para identificar o trabalho formal e informal;
- incorporar agravos à saúde relacionados ao trabalho como doença ou condição referida, adotando as siglas AT (acidente de trabalho) e DRT (doença relacionado ao trabalho);
- mudar o conceito de Acidente de Trabalho presente no Manual do SIAB (na atualidade está restrito ao trabalhador formal);

d) melhorar o registro e a utilização das informações do SIAB para definir critérios de vulnerabilidade da população e das prioridades a partir da avaliação da situação de saúde da população;

- e) facilitar e promover as pactuações de ações de Vigilância e Assistência, nos níveis mais complexos da rede;
- f) desenvolver, com o apoio das referências técnicas em ST dos Estados e dos Municípios, e dos CEREST, projetos específicos voltados para a melhoria das condições de trabalho nas atividades produtivas, em especial aquelas desenvolvidas nos espaços domiciliares.
- g) informar as famílias e aos trabalhadores, utilizando estratégias de comunicação de risco e de educação ambiental, sobre os riscos potenciais em relação às atividades produtivas domiciliares e às ocupações.
- h) promover a qualificação e educação permanente dos profissionais da ABS em ST, incentivando o trabalho multidisciplinar e interinstitucional.
- i) incorporar as informações produzidas pela APS nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental.
- j) no cuidado e atenção integral à Saúde do Trabalhador, garantir:
 - que no acolhimento e nas consultas clínicas na UBS seja identificada a condição de trabalhador e ou a ocupação do usuário no cadastro e nos atendimentos na UBS/UAPS
 - a suspeita e ou o estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com a situação de trabalho
 - notificar os agravos à saúde relacionados com o trabalho constantes da Portaria MS No. 777, de 28/04/2004 que forem diagnosticados, independente do tipo de vínculo de trabalho do trabalhador.

Entre as ações a serem implementadas em médio prazo, estão:

- a) estabelecer o elenco de ações de Saúde do Trabalhador que deverão ser desenvolvidas, definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde baseado no perfil produtivo e perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho, inserindo-as nos Planos Municipais e Estaduais de Saúde;

b) apoiar as pactuações de modo a garantir a atenção integral e o acesso a níveis tecnológicos mais complexos do sistema, bem como apoio técnico e laboratorial para as ações de assistência e vigilância da saúde;

c) construir protocolos e Linhas guia para orientar as equipes sobre o manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho e a notificação, garantindo o acesso às unidades especializadas, sempre que necessário.

b) ampliar os processos de capacitação dos ACS e dos profissionais da APS e da média e alta complexidade em temas relacionados à Saúde do Trabalhador.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência do sistema único de saúde no Brasil**. 2003. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND Jr., M; CARVALHO, YM. (Eds.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BORZEL, T. A. Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea, 1997. Disponível em <http://seneca.uab.es/antropologia/redes.htm>.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990, p.1.

BRASIL. Lei n.8.142, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990, p.4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 de julho de 1998, p.36.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de outubro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Elizabeth Costa Dias et al. (orgs.). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do Trabalhador**: Módulo Instrucional de Capacitação da Rede Básica de Saúde do SUS em Saúde do Trabalhador: Instrutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.777 de, 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de abril de 2004, p.37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**:

Pólos de Educação Permanente em Saúde, conceitos e caminhos a percorrer. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Trabalhar Sim, Adoecer Não**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social, maio de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Lei nº 1.172/2004. Estabelece as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 de março de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 210 p. (Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v.21. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de fevereiro de 2006, p.43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de março de 2006, p.138.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v.7. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de janeiro de 2007, p.45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.234, de 19 de junho de 2008. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde - ACS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de junho de 2008, p.49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de abril de 2009, p.30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.139, de 11 de agosto de 2009. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família, perfazendo um investimento de R\$ 34.000.000,00 (trinta e quatro milhões de reais) para o ano de 2009, sendo R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para cada um dos 850 (oitocentos e cinquenta) entes federados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de agosto de 2009, p.177.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2.007, de 01 de setembro de 2009. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, por Município e para o Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 de setembro de 2009, p.45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2.669, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de novembro de 2009, p.58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.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**, Brasília, 12 de novembro de 2009, p.76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.3.008, de 01 de dezembro de 2009. Determina a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de dezembro de 2009, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de dezembro de 2008, p.88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Mapas da Atenção Básica e Saúde da Família. [Acesso em 10 de abril de 2010]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde: direito de todos**: 2008-2011. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 138 p.

CHIAVEGATTO, C.V. Percepção dos profissionais de nível superior da Atenção Primária quanto ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS em Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado) – UFMG, Programa de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador, Belo Horizonte.

COUTO, M. C. *et al.* **O homem na atenção primária à saúde**: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface – Comunic., Saúde, Educação. Botucatu. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo174.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2010. Pré-publicação.

DIAS, Elizabeth Costa. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia? 1994. 335f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social FCM, São Paulo.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.817-828, out./dez. 2005.

DIAS E.C. et al. **Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, no período 2002-2007**: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo. [Relatório técnico-científico]; Belo Horizonte: CEREST, 2008 (mimeo).

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde**: Análise da Atenção primária à Saúde e diagnóstico local. Oficinas 2 e 3. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **5ª Oficina Guia Do Plano Diretor De Atenção Primária À Saúde**: acolhimento e classificação de risco. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

ESCOREL, S; MOREIRA, MR. Participação social. In: Giovanella, L e cols. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 979-1010.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.) **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p.43-67.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: Novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.797-807, out./dez. 2005.

HAVEY, D. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1992.

LACERDA e SILVA, T. **Contribuição ao processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador**.

2009. Dissertação (Mestrado) - ENSP/FIOCRUZ, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical.** 1996. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde no SUS.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDONÇA, C.S. O profissional médico e suas competências na Atenção Primária. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

NEGRI, A.; HARDT, M. Mutation d'activités, nouvelles formes d'organisations, 1996. Disponível em http://www.dossie_negri.blogger.com.br/. Acesso em outubro de 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas:** Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Washington, D.C.: OPS, 2005. [Anexo A - Documento CD46/13]. 36p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención Primaria de Salud.** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra: OMS, 1978.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. Cap.24, p. 767-782.

PAULI, L.T.S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal.** São Paulo: 2007. [Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP]

POÇO, José Luiz Costa. **O processo de desconcentração na atenção em saúde do trabalhador: A experiência do CEREST de Juiz de Fora/MG.** Monografia (conclusão de curso de especialização) - HC/UFGM/CEREST, Belo Horizonte.

PORTO, M.F.S; LACAZ, F.A.C; MACHADO, J.M.H – **Promoção da saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).** Saúde debate 2003; 27(65):192-206.

QUADROS, R.M; DIAS, E.C. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? **Revista Médica de Minas Gerais** 2010; 20 (2 Supl 2): S5-S-12

RAMOS, B. T. D. **Acompanhamento do processo de implementação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica de Saúde, desenvolvidas junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Betim.** [Relatório técnico-científico]; Belo Horizonte: [S.n.], 2009.

REY, L. – **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 1999.

ROSEN, G. **De la Policía Médica a la Medicina Social: Ensayos sobre la Historia de la Atención a la Salud**. México: Siglo XXI Editores, 1985. 379 p.

SANTANA, C.S. **Intersetorialidade entre SUS e o SUAS**: Uma construção possível. Rio de Janeiro, 2008. [Monografia para grau de Especialista. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz].

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

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

STARFIEL, B; PAGANINI, J. **Is equity a scientific issue?** J Epidemiol Community Health 2000; 54:324-325.

TARIMO, E.; WEBSTER, E.G. **Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World: Alma-Ata revisited**. World Health Organization, Geneva, 1997.

TONI, M. Visões sobre o trabalho em transformação. **Sociologias**, n.9, Porto Alegre, Jan./June, 2003. p 246-286.

VIEIRA, M.C.F. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009**. 2009. Dissertação (Mestrado) - ENSP/FIOCRUZ, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro.

VUORI, H. **Primary Health Care in Europe: problems and solutions**. Community Medicine 1984; 6:221-31.

ANEXOS

Anexo 1: Principais diretrizes do Plano de Ação da Cosat - MS, 2002

NÍVEL DE ATENÇÃO OBJETO	PRODUÇÃO	AMBIENTE	CONSUMO
Primária: Executadas pelas equipes do PSF ou dos serviços de atenção Primária.	- identificar e mapear situações de risco presentes nos locais de trabalho em sua área de cobertura, a partir de denúncias, cadastramento e acompanhamento familiar, morbidade referida e ambulatorial, entre outros; - identificar e articular parceiros para o controle ou eliminação dos fatores de riscos; - desenvolver ações educativas com os trabalhadores em seus locais de trabalho.	- identificar e notificar os fatores riscos ambientais provenientes dos processos produtivo existentes na área de cobertura; - desenvolver ações de educação ambiental com a comunidade, se possível em conjunto com outras instituições responsáveis pela gestão ambiental.	- identificação e notificação de bens consumo suspeitos de causarem problemas à saúde da população adscrita ao território, gerados a partir do processo de trabalho.
Média: Equipes de Vigilância à Saúde e Ambiente de distritos sanitários ou de SMS de municípios em gestão plena do sistema.	- identificação e avaliação dos determinantes e condicionantes de danos à saúde relacionados com a organização dos processos produtivos presentes na área de cobertura; - planejamento, execução e avaliação de intervenções nos ambientes de trabalho para controle e/ou eliminação dos fatores de risco ali presentes; - fiscalização de ambientes de trabalho com processos de menor complexidade.	- retaguarda às ações referentes ao nível básico; - avaliações ambientais e execução de medidas para o controle dos riscos ambientais gerados pelos processos produtivos na área de cobertura; - fiscalização ambiental, se possível articulada com outros órgãos competentes; - elaboração de laudos ambientais;	- investigação da relação entre adoecimentos de trabalhadores e da população e a qualidade dos bens de consumo conferida pelo processo produtivo; - intervenção para suspender ou corrigir a produção dos bens de consumo causadores de danos à saúde dos trabalhadores e da população em geral

Alta: Equipes de Vigilância à Saúde de nível central de SMS e SES.	- retaguarda às ações dos níveis de baixa e média complexidade; - fiscalização de ambientes de trabalho com processos complexos; - participação na elaboração de normas e negociações para o controle de fatores de risco em processos e locais de trabalho.	- retaguarda às ações dos níveis de baixa e média complexidade; - participação na elaboração de normas e negociações para o controle de fatores de riscos ambientais na área de cobertura.	- retaguarda às ações dos níveis de baixa e média complexidade; - participação na elaboração de normas e negociações para a substituição ou uso controlado de produtos prejudiciais à saúde da população e/ou dos trabalhadores.
--	--	---	---

Fonte: Cosat/SAS/MS, 2002

Anexo 2: Cadastro de atividades produtivas domiciliares utilizada no estado de Minas Gerais

CADASTRO DE ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES				
NÚMERO DO PRONTUÁRIO		ESP RESPONSÁVEL		DATA
ENDEREÇO		Nº	COMPL.	BAIRRO
TELEFONE		TELEFONE CONTATO		CEP
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA () ZONA RURAL ()			PROCEDÊNCIA	
ACS: INCLUSÃO () ALTERAÇÃO ()				

1	Qual o local da residência onde ocorre a atividade? () Dentro da Residência () Fora da residência
2	Descrição da atividade produtiva: O que produz/faz?
3	Quantas pessoas estão trabalhando na atividade domiciliar?
4	Há exposição a produtos químicos? () sim () não Quais?
5	A atividade gera ruído? () sim () não
6	Os trabalhadores carregam e ou transportam peso? () sim () não
7	Existe risco de acidentes? () sim () não
8	Existe exposição a risco biológico? () sim () não Quais?
9	Observações: descreva as características do ambiente (aceitação do usuário para realização do cadastro; se existe alguma situação que salta aos olhos; se a atividade é por encomenda, por empreitada, por período específico do ano, picos de produção).