

Claudia Vasques Chiavegatto

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA QUANTO AO DESENVOLVIMENTO DE
AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS EM MINAS
GERAIS

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG

2010

Claudia Vasques Chiavegatto

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA QUANTO AO DESENVOLVIMENTO DE
AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS EM MINAS
GERAIS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento).

Orientador: Professor Antônio Leite Alves Radicchi

Co-orientadora: Professora Elizabeth Costa Dias

Belo Horizonte

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-reitora

Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof^a. Elisabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof^a Mariângela Leal Cherchiglia

Sub-coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado

Representantes Docentes

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a.Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Representantes Discentes

Adriana Lúcia Meireles

Ana Paula Coelho Machado

Aline Dayrell Ferreira

Graziella Lage Oliveira

À Carolzinha, luz da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Beth, pelos anos de apoio incondicional e pelas lições profissionais e de vida.

Ao professor Antônio, pela disponibilidade em me orientar.

A Elza e Jandira, pelas grandes contribuições.

Ao Rodrigo, super companheiro dos momentos alegres e também dos difíceis.

À minha mãe, sempre presente para me ajudar, modelo de mulher ativa e independente da qual me orgulho desde menina.

Ao meu pai pelos anos de educação e pelo exemplo de caráter.

Ao Augusto, que nas andanças por Minas, me encorajou ao mestrado.

À Thais, companheira de projetos e confidências.

Aos residentes do antigo ADP, à Beth e à Andréa, que em algum momento da história mudaram a minha trajetória mostrando-me os fascínios do até então desconhecido mundo da saúde do trabalhador.

Ao professor Horácio, pelas contribuições e apoio fundamental à primeira fase desta pesquisa.

Aos trabalhadores da APS que, apesar de sobrecarregados, dedicaram seu tempo a este estudo.

A toda a equipe e àqueles que de alguma forma participaram do projeto Atenção Básica, com os quais tive oportunidades de aprendizado.

Aos residentes Guilherme e Thiago pelo auxílio na construção do banco de dados

Aos professores que contribuíram para minha formação profissional.

RESUMO

CHIAVEGATTO CV. *Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais*. Mestrado. Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução: Até hoje, as propostas de capacitação em Saúde do Trabalhador para a Atenção Primária das quais se tem registro no Brasil foram pensadas a partir da perspectiva de técnicos da área. Entretanto, para que a formação em saúde cumpra seu papel, de acordo com as premissas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é preciso conhecer as necessidades e o que pensam estes profissionais. **Objetivo:** Identificar a percepção dos profissionais de nível superior que atuam na atenção primária em Minas Gerais quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS. **Métodos:** Estudo transversal quali-quantitativo desenvolvido em duas fases, em diferentes macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais no ano de 2009. Fase 1: aplicação de questionário estruturado a 358 médicos, enfermeiros e odontólogos integrantes do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF) ofertado pela UFMG. Fase 2: estudo Delphi desenvolvido com 26 profissionais que cursaram o módulo opcional de saúde do trabalhador. Os resultados foram analisados com o Programa SPSS 13.0. **Resultados:** Os profissionais reconhecem seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador elencadas na fase 1 e na fase 2 elencam espontaneamente um grande número de ações que são de sua responsabilidade, se desdobrando para além das atividades previstas pelo caderno 5 do Ministério da Saúde. Entretanto tais ações são desenvolvidas em uma frequência inferior à esperada dado o alto nível de concordância quanto à sua importância e o reconhecimento do seu papel. Segundo os profissionais a explicação para este achado perpassa dificuldades vivenciadas hoje pela atenção primária como falta de capacitação efetiva, planejamento e seus desdobramentos, incentivo financeiro, apoio dos gestores, priorização para estas ações pelo Ministério da Saúde, organização de fluxos e referência técnica efetiva, sobrecarga de atividades, dentre outras. **Conclusões:** Ações de saúde do trabalhador fazem parte da rotina da atenção primária, falta apenas sistematizar e prover a estes profissionais os instrumentos adequados e o suporte técnico e político necessário para o seu desenvolvimento de forma mais efetiva e resolutiva. São feitas algumas recomendações para o processo de capacitação em saúde do trabalhador. Ressalta-se que a capacitação é importante, mas por si só não será capaz de promover a mudança no sentido da real incorporação de ações de saúde do trabalhador no SUS. Paralelamente é de suma importância que esta discussão ganhe espaço político e seja inserida na agenda dos gestores nos três níveis de governo, com participação ativa dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e das Gerências Regionais de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde, Capacitação Profissional, Formação de Recursos Humanos, Opinião Pública.

ABSTRACT

Graduate primary health care professionals' opinion on the development of occupational health actions in the Brazilian national public health system in the state of Minas Gerais

Introduction: So far, training on occupational health in Brazil has been prepared by occupational health professionals. Nevertheless, for a deep learning, according to the prescriptions of the National Permanent Health Education Policy, it is important to consider the needs and thoughts of the primary care professionals. **Objective:** To identify the opinion of graduate health professionals working on public primary health care services in Minas Gerais, regarding occupational health. **Methods:** Transversal quali-quantitative study divided into 2 stages, conducted in different health regions of the state of Minas Gerais in 2009. Stage 1 consisted of a structured survey answered by 358 doctors, nurses and dentists who were taking a post graduate course offered by the Federal University of Minas Gerais on Primary and Family Health Care. Stage 2 consisted of a Delphi study with participation of 26 health professionals who took the occupational health program, which is optional within the course. Both stages' results were analyzed with SPSS 13.0 version. **Results:** Professionals recognize their role in the development of the occupational health actions presented in stage 1. In stage 2, they spontaneously cite a great number of actions they see as their responsibility, going beyond the actions prescribed by official training material. However, data analysis indicates that primary health care professionals develop these actions in a frequency under expectation considering the high level of agreement on its importance and the recognition of the role they play in their development. According to these professionals, reasons for this lie on the difficulties faced, like lack of effective professional training, planning, financial and political support, prioritization of these actions by the Ministry of Health, deficient referring routes, great number of activities under their responsibility, etc. **Conclusions:** Occupational health actions are already part of primary health care routine. It is now necessary to provide these professionals with appropriate tools, technical and political support so as to improve effectiveness and impact of these actions. Some recommendations are made. Professional training is important, but to promote a real change in its development by primary health care, there must be a national political discussion involving authorities, occupational health reference services and regional health management.

Key-words: Occupational Health, Primary Health Care, Professional Training, Human Resources Formation, Public Opinion.

LISTA DE FIGURAS

- 1 Macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2005 - Centro, Centro-Sul, Sudeste, Oeste, Sul, Leste do Sul, Leste do Norte, Nordeste, Jequitinhonha, Norte de Minas, Noroeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul..... p.30
- 2 Fase Delphi passo a passo..... p.37

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição dos participantes da fase 1 quanto à profissão.....	p.39
2	Distribuição dos participantes da fase 1 quanto à macrorregião de saúde onde atua na atenção primária.....	p.40
3	Distribuição geral das respostas da fase 1 quanto ao reconhecimento da ação como atribuição da atenção primária, sua importância e frequência de seu desenvolvimento na prática.....	p.40
4	Percentual de profissionais de nível superior que atuam na APS que concordam que as situações apresentadas representam dificuldades à execução de ações de ST na APS.....	p.42
5	Percentual acumulado de notas atribuídas pelos profissionais de APS a temas em Saúde do Trabalhador em função da prioridade com que gostariam de vê-los presentes em um curso de capacitação (n=295).....	p.43
6	Distribuição dos participantes da rodada 1 da fase Delphi (2) quanto às cidades de atuação na atenção primária.....	p.44
7	Perfil de idade, tempo de formado e tempo de atuação na atenção primária para os participantes da rodada 2 da fase Delphi (2).....	p.44
8	Distribuição dos participantes da rodada 2 da fase Delphi (2) quanto às cidades de atuação na atenção primária.....	p.45
9	Ações de saúde do trabalhador consensualmente consideradas atribuição da atenção Primária segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada.....	p.46

10	Dificuldades na execução de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada.....	p.47
11	Demandas à atenção primária de ações de saúde do trabalhador para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada.....	p.49
12	Previsões de futuro realizadas pela atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada.....	p.50
13	Perfil de idade, tempo de formado e tempo de atuação na atenção primária para os participantes da rodada 3 da fase Delphi (2).....	p.52
14	Distribuição dos participantes da rodada 3 da fase Delphi (2) quanto às cidades de atuação na atenção primária.....	p.52
15	Possíveis razões pelas quais os profissionais da APS desenvolvem ações de saúde do trabalhador numa frequência inferior à esperada, segundo sua visão, para as quais se obteve consenso após realização da terceira rodada pela técnica Delphi.....	p.54
16	Ações de saúde do trabalhador consensualmente consideradas atribuição da atenção primária segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada.....	p.55
17	Dificuldades na execução de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada.....	p.55
18	Demandas à atenção primária de ações de saúde do trabalhador para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira	

rodada.....	p.56
19 Dificuldades na execução de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária para as quais NÃO se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada.....	p.57
20 Demandas à atenção primária de ações de saúde do trabalhador para as quais NÃO se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada.....	p.57
21 Previsões de futuro realizadas pela atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador para as quais NÃO se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada.....	p.57

LISTA DE GRAFICOS

- 1 Distribuição geral das respostas da fase 1 quanto ao reconhecimento da ação como atribuição da atenção primária, sua importância e frequência de seu desenvolvimento na prática..... p.41
- 2 Percentual de profissionais de nível superior que atuam na APS que concordam que as situações apresentadas representam dificuldades à execução de ações de ST na APS..... p.42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS:	Atenção Primária à Saúde
BNDES:	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAED:	Centro de Apoio à Educação a Distância
CAPES:	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior
CEABSF:	Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família
CEREST:	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIES:	Comissão Permanentes de Integração Ensino-Serviço
DRT:	Delegacia Regional do Trabalho
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
GRS:	Gerência Regional de Saúde
LILACS:	Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde
MEC:	Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE:	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MG:	Minas Gerais
MS:	Ministério da Saúde
NESCON:	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NISTEP:	<i>National Institute of Science and Technology Policy</i>
NOB:	Norma Operacional Básica
NOST-SUS:	Norma Operacional em Saúde do Trabalhador
OMS:	Organização Mundial de Saúde
PDR-MG:	Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais
RENAST:	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SCIELO:	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS:	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
ST:	Saúde do Trabalhador
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAB:	Universidade Aberta do Brasil
UFMG:	Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS:	Universidade Aberta do SUS
UNESCO:	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3. OBJETIVOS.....	28
4. MÉTODOS.....	29
4.1 PRIMEIRA FASE: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO.....	31
4.2 SEGUNDA FASE: MÉTODO DELPHI.....	33
4.3 QUESTÕES ÉTICAS.....	38
5. RESULTADOS	39
5.1 FASE 1.....	39
5.1.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	39
5.1.2 RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DA FASE 1.....	40
5.2 FASE 2.....	43
6. DISCUSSÃO	58
7 CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	85
ANEXO A: QUESTIONÁRIO FASE 1.....	85
ANEXO B: QUESTIONÁRIO RODADA 1 – FASE 2 (DELPHI).....	88
ANEXO C: QUESTIONÁRIO RODADA 2 – FASE 2 (DELPHI).....	89
ANEXO D: QUESTIONÁRIO RODADA 3 – FASE 2 (DELPHI).....	116

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os vinte anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil encerram um desafio à Saúde do Trabalhador: a inserção efetiva de ações do campo saúde-trabalho-ambiente na rotina dos serviços da rede, especialmente na prática da Atenção Primária à Saúde (APS). Na maioria dos países, ainda que com distintas estruturas de organização da atenção à saúde, a Atenção Primária é responsável por parte substancial dos atendimentos a casos de doenças relacionadas ao trabalho¹. Em estudo desenvolvido por Benavides et al na Catalunha, Espanha, estimou-se que cerca de 16% de toda a carga de trabalho da Atenção Primária corresponde a casos de doenças relacionadas ao trabalho².

Especialmente no Brasil, em que a precarização e desregulamentação do trabalho são processos crescentes e onde é grande o nível de trabalho informal e domiciliado, a APS ocupa naturalmente posição de destaque para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador. O processo de inserção destas ações no SUS no Brasil não é uma proposta nova e tem raízes na história da reforma sanitária e na criação do novo sistema de saúde brasileiro, justificando-se plenamente não apenas tendo em vista questões técnico-operacionais que considerem epidemiologia e territorialidade, mas também definições legais como a constituição brasileira de 1988, a lei 8080 e a norma operacional em saúde do trabalhador, NOST-SUS 1998^{3,4,5,6,7,8}.

¹ SMITH N.A.L. Occupational medicine and the general practitioner. *Occupational Medicine*, London, v. 55, n. 2, p. 77-78, 2005.

² BENAVIDES F.G. et al. Certification of Occupational Diseases as Common Diseases in a Primary Health Care Setting. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 47, p. 176-80, 2005.

³ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, 292 p.

⁴ BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. 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, 1990, 20 set.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional em Saúde do Trabalhador no SUS. Portaria número 3.908 de 30 de outubro de 1998. Brasília, 1998.

⁶ DIAS E.C. A inserção de ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde: aspectos conceituais, bases legais, desafios e oportunidades. Texto de discussão na oficina: “A

A Constituição de 1988, em seu artigo 200, define³:

“Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

A lei 8080, de 19 de setembro de 1990, reforça esta atribuição e no seu artigo sexto inclui a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS. Em 1998, a publicação da portaria 3.908 estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, aprovando a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS 98)⁵, complementar à Norma Operacional Básica 01/96 (NOB-SUS 01/96). De acordo com a NOST-SUS 98, todos os trabalhadores, independente de sua forma de inserção no mercado, devem ter acesso a todos os níveis de atenção à saúde, num movimento de integralidade, onde não só ações assistenciais devem ser providas, mas também ações de vigilância e promoção à saúde, regidas pelos mesmos princípios do SUS. De acordo com a alínea VII a saúde do trabalhador deve ser configurada como um *“conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho”*⁴.

A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto eixos organizadores e portas de entrada do sistema de saúde, como reafirma o Pacto pela Saúde, em 2006⁹, ocupam posição privilegiada para o desenvolvimento de ações no

vigilância em saúde ambiental, a saúde do trabalhador e a Atenção Básica: integrando agendas “realizada em Brasília, na 8ª. EXPOEPI; 2008.

⁷ DIAS E.C.; HOEFEL M.G. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817- 28, 2005.

⁸ 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, 2005.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006; 23 fev.

campo saúde-trabalho. Neste ponto faz-se necessário um esclarecimento sobre a terminologia utilizada. No Brasil, a atenção primária à saúde é denominada atenção básica e tem atualmente a estratégia de saúde da família como um de seus representantes. Esta confusão conceitual reflete o momento histórico em que foi desenvolvido o presente estudo. O termo atenção primária foi preferencialmente utilizado por não transmitir o conceito errôneo de que este nível de atenção seria de simples execução e por ser mais utilizado na literatura internacional. Entretanto, como a metodologia selecionada demanda participação ativa dos sujeitos, não será incomum encontrarmos os três termos ao longo do texto.

De fato, considerando-se o atual conceito de trabalhador, “*todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia*”¹⁰, a APS realiza o atendimento à população trabalhadora, ainda que de forma não direcionada e sistematizada. É no nível primário de atenção que trabalhadores de diferentes idades, sexos e ocupações buscam grande parte das vezes a solução para os problemas de saúde que lhes acometem, estejam eles relacionados ou não à sua atividade laborativa. A APS está em contato permanente com a população trabalhadora e tem livre acesso aos novos ambientes de trabalho, com riscos domiciliados, agora não restritos ao intramuro das fábricas e fora do alcance da fiscalização desenvolvida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Se a APS não estiver atenta à possibilidade de etiologia ocupacional e à relação entre adoecimento e atividades produtivas desenvolvidas em um dado território, doenças que motivam os trabalhadores a procurar os serviços de saúde podem tornar-se casos arrastados que sobrecarregam temporal e financeiramente o sistema sem a obtenção da cura. Perde-se também a chance de intervenção nos riscos relacionadas ao trabalho que podem ser fonte do adoecimento de outros trabalhadores que compartilhem a mesma função ou o mesmo ambiente de trabalho, ou ainda mais globalmente, da população circunvizinha ao desenvolvimento de determinada atividade. Em consonância com a

¹⁰ BRASIL. Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2004. (mimeo)

noção de territorialidade marcante na organização do SUS, está a de que é no território onde se desenvolvem as atividades produtivas que se desenvolverão também as formas de adoecer e morrer dos trabalhadores e da população circunvizinha, submetida aos impactos ambientais que determinada atividade produtiva pode gerar.

Como exemplo da importância da atenção primária na identificação e registro de doenças relacionadas ao trabalho podemos citar o estudo de Orriols *et al*¹¹, na região espanhola da Catalunha. Os autores identificaram que a implantação de um sistema de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador apoiado pela APS aumentou consideravelmente o número de registros de casos de câncer relacionados ao amianto. No período estudado foram identificados na região 21 casos de mesotelioma e um de câncer broncopulmonar. Para toda a Espanha no período de um ano haviam sido identificados apenas 14 casos relacionados ao asbesto. Em outro exemplo, na região de Castilla-La Mancha, a atuação da Atenção Primária em conjunto com a atenção especializada permitiu, em 1998, relacionar um surto de polineuropatia à exposição ocupacional a N-hexano e consequentemente possibilitou conter a ocorrência de novos casos¹².

Apesar de sua importância, falta ainda à Atenção Primária, definição de política e formação mais adequada para o desenvolvimento das ações relacionadas ao campo da saúde do trabalhador, conhecimentos que lhes proporcionem ferramentas para melhorar o nível de resolubilidade, sistematizar, planejar e organizar o desenvolvimento destas ações. De um modo geral os currículos de graduação brasileiros dedicam pouco espaço ao tema saúde e trabalho¹³, realidade encontrada também em diversos outros países^{12,14,15,16,17}.

¹¹ ORRIOLS R. *et al.* Reported occupational respiratory diseases in Catalonia. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 63, p.255-60, 2006.

¹² SANTIBÁÑEZ MARGÜELLO M. *et al.* Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

¹³ DIAS E.C.; SILVEIRA, A.M.; CHIAVEGATTO C.V.; RESENDE N.P. O ensino das relações trabalho-saúde-doença na escola médica: percepção dos alunos e proposta de aperfeiçoamento na UFMG. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 20-26, 2006.

¹⁴ ELMS J. *et al.* The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine*, v. 55, p. 523-7, 2005.

Até hoje, as propostas de capacitação em Saúde do Trabalhador (ST) para a Atenção Primária das quais se tem registro no Brasil foram pensadas a partir da perspectiva de técnicos da Saúde do Trabalhador. Podemos citar o Caderno 5, integrante dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹⁸ e o Módulo Instrucional de Capacitação da Rede Básica de Saúde do SUS¹⁹, publicados em 2001 e 2002. O caderno elenca ações em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde, pelas equipes de saúde da família, os agentes comunitários e as unidades básicas de saúde, que baseiam a construção do módulo instrucional. Para que a formação em saúde cumpra seu papel, entretanto, é preciso conhecer as necessidades e o que pensam estes profissionais. Em busca nas principais bases de dados em ciências da saúde e banco de teses no Portal Capes, não foram encontrados trabalhos latino-americanos dedicados a este tema.

Esta dissertação busca resgatar na APS as percepções dos profissionais que nela atuam em relação ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador: o que têm desenvolvido, ainda que de forma incipiente, que importância atribuem a estas ações e quais são as dificuldades que enfrentam para o seu desenvolvimento. O objetivo final seria fornecer elementos para o desenvolvimento de processos de capacitação e educação permanente, com o potencial para despertar nos profissionais a atenção ao processo trabalho-saúde-doença através do aprendizado reflexivo focado na realidade destes profissionais de saúde.

¹⁵ ARES A. El médico de familia ante las enfermedades profesionales. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 20, p. 449-52, 1997.

¹⁶ ARES A. Patologías de origen profesional. *Medicina de Familia (And)*, v.3, p.259-63, 2001.

¹⁷ WYNN P.A.; AW T-C; WILLIAMS N.R.; HARRINGTON M. Teaching of occupational medicine to undergraduates in UK schools of medicine. *Occupational Medicine*, London, v.53, p.349-53, 2003.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 63 p.

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Módulo Instrucional de Capacitação da Rede Básica de Saúde do SUS em Saúde do Trabalhador: Instrutor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p.

A proposta inova ao partir do ponto de vista dos profissionais da APS, de acordo com as premissas da Política Nacional de Educação Permanente²⁰ em Saúde e em consonância com a mudança nas formas de gestão do SUS a partir do Pacto pela Saúde, que incentiva maior envolvimento dos atores sociais nos processos dos serviços de saúde. Espera-se assim aumentar as chances de sucesso de novas iniciativas de capacitação, reduzindo-se a resistência natural dos profissionais da APS em incorporar mais atividades a um rol já sobrecarregado e subsidiar o desenvolvimento de um processo de capacitação voltado para as necessidades destes profissionais, por eles identificadas a partir das ações que já desenvolvem e para as quais sentem necessidade de aprimoramento.

O momento político atual é favorável à discussão do papel da APS e à estruturação de uma rede de suporte técnico. Além disto, a criação de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em 2002^{21,22} e o movimento em Minas Gerais pela melhoria da RENAST após a avaliação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) realizada em 2007, com os cinco anos de implantação da rede^{23,24}, geram um momento propício para que se discuta e redefina papéis e para que sejam aprimoradas as relações entre Atenção Primária à Saúde (APS) e CERESTs no sentido de retaguarda técnica para as questões mais complexas.

²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 19 set.

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 7 dez.

²³ 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, 2008. (mimeo)

²⁴ DIAS E.C.; CHIAVEGATTO C.V.; LACERDA E SILVA T.; REIS J.C.; CAMPOS A.S. *A inserção das ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST*. Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador - SIMBRAST, 2008. (no prelo)

Este trabalho busca contribuir para um processo de educação permanente em que os profissionais consigam respostas a suas demandas ao invés de receber de forma prescritiva e verticalizada os conteúdos que se deseja sejam trabalhados por eles. Espera-se ainda poder identificar dificuldades neste longo processo de inserção de ações de saúde do trabalhador no SUS a fim de se trabalhar as questões que possam ser superadas a curto e médio prazo, incluindo-as no processo de planejamento das ações de saúde como nós críticos a serem trabalhados e aceitando as limitações referentes a dificuldades que provavelmente não são exclusivas do campo saúde e trabalho e que são vivenciadas pelo sistema de saúde brasileiro como um todo.

A reflexão destes profissionais será um ponto de partida para o desenvolvimento da compreensão das complexas relações entre saúde, trabalho e meio ambiente, fundamental para que os profissionais sejam capazes de intervir nos problemas para além do simples atendimento individual e com foco na saúde coletiva. Este diagnóstico da percepção dos profissionais da APS sobre as ações de saúde do trabalhador será utilizado enquanto primeira etapa de um planejamento para o desenvolvimento de uma proposta capaz de atender a estes objetivos, em parceria com o Ministério da Saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Foi conduzida uma revisão da literatura recentemente publicada em periódicos indexados nas principais bases de dados em Ciências da Saúde disponíveis eletronicamente, utilizando o portal Capes, acessado em www.periodicos.capes.gov.br. As bases de dados consideradas foram Lilacs (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*). O período de busca foi definido como 1997 a 2009 para as bases Medline e Scielo, e 1989 a 2009 para Lilacs. Os termos utilizados foram atenção primária e saúde do trabalhador. O banco de teses Capes também foi pesquisado para os mesmos termos, nos últimos dez anos.

A partir da leitura dos resumos, foram selecionados artigos e teses que apresentassem experiências, reflexões ou avaliações relacionadas ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pela rede primária de cuidados, publicados nas línguas inglesa, portuguesa, espanhola ou francesa.

Não foram encontrados trabalhos voltados para a identificação da percepção de profissionais da atenção primária em geral quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, à semelhança da proposta desta dissertação. Um único trabalho espanhol se dedicou ao tema considerando exclusivamente a percepção da classe médica²⁵. Os demais textos selecionados²⁶ abordam aspectos diversos da prestação de assistência ocupacional pela atenção primária e subsidiam a discussão dos resultados.

²⁵ SANTIBÁÑEZ MARGÜELLO M. *et al.* Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

²⁶ ARES A. El médico de familia ante las enfermedades profesionales. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 20, p. 449-52, 1997. ARES A. Patologías de origen profesional. *Medicina de Familia (And)*, v.3, p.259-63, 2001.

BEAUMONT D.G. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine*, v. 53, p.249-253, 2003.

BENAVIDES F.G. *et al.* Certification of Occupational Diseases as Common Diseases in a Primary Health Care Setting. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 47, p. 176-80, 2005.

BLACK C. *Working for a Healthier Tomorrow*. Report to the Secretary of State for Health and the Secretary of State for Work and Pensions. London: TSO, 2008.

BOIX P.; GIL J.M.; RODRIGO F. Prioridades estratégicas en SL desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la Estrategia Española en materia de Salud y

Foram também consultados os sites dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto fontes de importantes documentos relacionados à política de formação de recursos humanos em saúde. Destas fontes foram considerados textos importantes a Política Nacional de Atenção Básica²⁷ e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde²⁰ – que são os referenciais teóricos para o desenvolvimento do presente trabalho – assim como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-saúde²⁸, o Caderno 5¹⁸, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, Enfermagem e

Seguridad en el Trabajo. Observatorio de SL (OSL) [serie en internet]. 2005. Disponível em:

<http://www.osl.upf.edu/fitxers/InformeEstrategico.pdf>

CASTEJÓN J.C. Enfermedades relacionadas con el trabajo: ¿un reto para la atención primaria?. *Atención Primaria*, Barcelona, v.40, n.9, p.439-46, 2008.

CHAMBERS R.; MILLER D.; TWEED P.; CAMPBELL I. Exploring the need for an occupational health service for those working in primary care. *Occupational Medicine*, London, v.47, n.8, p.485-90, 1997.

ELMS J. *et al.* The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine*, v. 55, p. 523-7, 2005.

FRANCH I.C. La atención primaria de salud, un agente clave de la salud Laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

FUSTÉ J.; PONSÀ J.A.; VIOLAN C. *La relació de les unitats de salut laboral de Catalunya amb els serveis d'atenció primària: la visió dels metges d'atenció primària*. XII Jornades de la Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears. Barcelona, 21-22 novembre 2002. Barcelona: Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears i Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 2002.

GARCÍA A.; GADEA R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. *Archivos de Prevención y Riesgos Laborales*, v.7, p.3-8, 2004.

GARCÍA A.; GADEA R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Atención Primaria*, Barcelona, v.40, p.439-46, 2008.

HARRISON J.; HARRISON C.E. Developing a model for occupational health provision in primary care. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, v. 15, n.2, p.185-192, 2002.

SMITH N.A.L. Occupational medicine and the general practitioner. *Occupational Medicine*, London, v. 55, n. 2, p. 77-78, 2005.

THORLEY K.; TURNER S.; HUSSEY L.; AGIUS R. Continuing professional development in occupational medicine for general practitioners. *Occupational Medicine*, v. 59, p.342-346, 2009.

THORLEY K.; TURNER S.; HUSSEY L.; ZARIN N.; AGIUS R. CPD for GPs using the THOR-GP website. *Occupational Medicine*, London, v.57, p. 575-580, 2007.

VERGER P. *et al.* Barriers to Physician Reporting of Workers' Compensation Cases in France. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, v.14, p.198-205, 2008.

WERNER, R.C.D. *Realidades e perspectivas da Assistência à Saúde do Adulto Trabalhador no Município de Vitória-ES*. 142p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2006.

²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Brasília, 2005.

Odontologia^{29,30,31}, e o relatório de workshop internacional sobre Atenção Primária e Serviços Básicos de Saúde Ocupacional promovido pela OMS³².

A Política Nacional de Atenção Básica assim a define:

“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 saudável²⁶”.

De acordo com esta política, são atribuições de todos os profissionais que atuam na atenção primária: *“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”*, além do provimento de cuidados em saúde, atenção integral, ações de promoção, prevenção e curativas, busca ativa de casos e notificação, vigilância à saúde, planejamento e

²⁹ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

³⁰ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

³¹ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

³² WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care and Basic Occupational Health Services: Challenges and Opportunities*. Document WHO-EM/HSG/029/E/1.06/400 - Intercountry Workshop, Sharm el-Sheikh, Egypt, 2005.

avaliação, mobilização da comunidade e participação em atividades de educação permanente.

O pacto pela vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde³³”. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece como características do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF):

“I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho²⁶”.

Através da Estratégia de Saúde da Família é possível ter acesso aos trabalhadores formais e informais, rurais ou urbanos, e aos ambientes de trabalho domiciliares cada vez mais comuns na era das novas relações e formas de organização do trabalho.

Atividades de capacitação e educação permanente são ferramentas valiosas para a mudança da realidade vigente. De acordo com o anexo 2 da atual Política de Educação Permanente em Saúde:

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de

³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006; 23 fev.

transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho³⁴”.

Como se pode apreender a partir da leitura de trecho da Política de Educação Permanente, existe atualmente uma preocupação crescente com a formação de recursos humanos no SUS. A educação permanente deve considerar especificidades e necessidades regionais e fazer uso da capacidade já instalada de ofertas institucionais de educação. Cabe ao Colegiado de Gestão Regional a elaboração de um plano de educação permanente com o apoio das CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, das quais devem fazer parte instituições de ensino que ofereçam cursos superiores na área de saúde, como é o caso da Universidade Federal de Minas Gerais. As CIES devem fazer proposições de intervenções e desenvolvimento de ações no campo da educação em saúde, contribuindo para que se cumpram os Termos de Compromisso de Gestão assumidos pelos municípios.

Objetiva-se que a educação seja orientada a partir da lógica da necessidade advinda do processo diário de trabalho e que não seja determinada a partir da oferta de cursos, como tradicionalmente ocorria. As CIES devem contribuir para superação da cultura de desenvolvimento de ações educativas pontuais, incapazes de gerar mudanças permanentes nos processos de trabalho da equipe e da instituição. A política de formação deve “*articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde*”³³.

“O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo: incorporando o ensino e o

³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias³³”.

Todas as atuais diretrizes sobre educação em saúde estão em sintonia com a proposta de inserção de ações de saúde do trabalhador na atenção primária e justificam a investigação do modo de agir e pensar destes profissionais. Acredita-se na capacidade da APS de resolver grande parte da demanda das questões relacionadas ao processo saúde-trabalho-doença sem necessidade de atenção especialista, a custos mais baixos para o sistema público de saúde.

Tendo em vista os conceitos vigentes na Política Nacional de Educação Permanente, optou-se, para a fase 2 do projeto, pela utilização de técnica participativa, capaz de promover o envolvimento dos sujeitos. Buscas em bancos de teses e dissertações, leitura de livros de metodologia qualitativa e artigos científicos permitiram a escolha pelo método Delphi, à semelhança da tese de doutorado defendida em 2005 por Regina Rigatto Witt, na avaliação das competências das enfermeiras na atenção básica³⁵ e da tese de doutorado defendida em 2006 por Liliane Gontijo, na definição de competências do cirurgião dentista na atenção primária³⁶. Diversos outros trabalhos utilizaram com sucesso a técnica na área de saúde^{37, 38, 39}.

³⁵ WITT R.R. Competências da enfermeira na atenção básica: construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. 336p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

³⁶ GONTIJO, L.P.T. Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde. 2006. 225p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

³⁷ SILVA R.F.; TANAKA O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.33, n.3. p. 207-16, 1999.

³⁸ PIOLA S.F.; VIANNA S.M.; VIVAS-CONSUELO D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18(Suplemento), p.181-190, 2002.

³⁹ BEAUMONT D.G. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine*, v. 53, p.249–253, 2003.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar a percepção dos profissionais de nível superior que atuam na atenção primária em Minas Gerais quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar o entendimento dos profissionais de nível superior da APS quanto ao seu papel no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador: o que é atribuição da APS na visão destes profissionais;
2. Identificar a importância que os profissionais de nível superior da APS atribuem ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador;
3. Identificar algumas dificuldades vivenciadas pelos profissionais de nível superior da APS no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador;
4. Fornecer subsídio para o desenvolvimento de proposta de educação permanente e capacitação em Saúde do Trabalhador baseada no contexto de trabalho dos médicos, enfermeiros e odontólogos da atenção primária em Minas Gerais.

4. MÉTODOS

Para o desenvolvimento do projeto buscou-se metodologia capaz de promover o envolvimento dos sujeitos e permitir a construção coletiva de um consenso a partir da reflexão sobre a experiência prática daqueles que desenvolvem o trabalho na atenção primária. Trata-se de estudo transversal cuja metodologia escolhida é quali-quantitativa e os métodos empregados foram a aplicação de questionário estruturado (primeira fase) e o desenvolvimento do método Delphi (segunda fase).

Na primeira fase, mais abrangente, objetivou-se identificar a opinião dos profissionais que atuam na atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador: o que consideram como atribuição da APS, que importância atribuem a estas ações e a frequência com que as realizam no dia-a-dia de trabalho, a partir das prescrições do Caderno de Atenção Básica número 5, elaborado por equipe técnica da área de saúde do trabalhador. Esta fase é importante pelo tamanho e representatividade da amostra, fornecendo um panorama da visão dos profissionais da atenção primária no estado, entretanto não permite aprofundamento em pontos que possam ser de interesse no estudo.

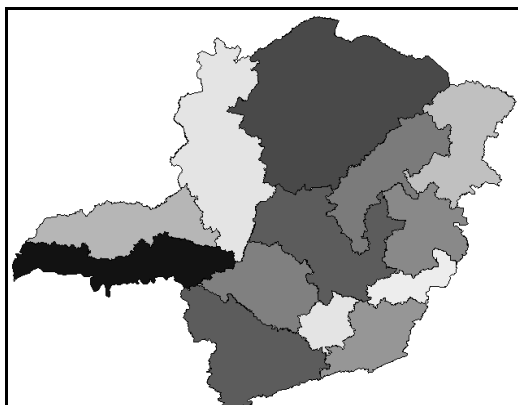
Na segunda fase, o objetivo foi permitir aos profissionais que atuam na atenção primária se expressar livremente quanto às atividades em saúde do trabalhador que acreditam ser sua atribuição e identificar demandas e dificuldades a partir da visão destes, sem influência direta de manuais técnicos da área saúde e trabalho como na fase anterior. Também objetiva identificar a expectativa destes profissionais em relação ao desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador pela APS no futuro. Adicionalmente, a segunda fase justifica-se ao buscar aprofundamento em algumas questões e permitir a discussão de respostas a questionamentos derivados do resultado da primeira fase. Para tanto, a amostra é reduzida em número. As duas fases validam-se e complementam-se.

O estudo foi conduzido no estado de Minas Gerais no ano de 2009. Com uma população de 19.520.171 habitantes distribuídos em 853 municípios, o estado apresenta cobertura de 63,2% da população por Equipes de Saúde da Família (ESF), de acordo com dados

do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Em dezembro de 2008, 835 municípios mineiros possuíam Equipes de Saúde da Família (ESF), num total de 3.806 equipes assistindo a 12.331.815 pessoas. Estima-se que no estado haja mais de 8.500 profissionais de nível superior trabalhando em ESF e que apenas 15% tenham especialização ou residência na área⁴⁰.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado (PDR-MG), Minas está hoje dividida em 13 macrorregiões de saúde (figura 1) e 75 microrregiões, 20 das quais multipolares. Dentro da estrutura da RENAST, o estado conta com 16 Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (Andradas, Araxá, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Governador Valadares, Ipatinga, Juiz de Fora, Montes Claros, Passos, Poços de Caldas, Sete Lagoas, Ubá, Uberaba e Uberlândia), e um Centro de Referência Estadual.

Figura 1: Macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2005 - Centro, Centro-Sul, Sudeste, Oeste, Sul, Leste do Sul, Leste do Norte, Nordeste, Jequitinhonha, Norte de Minas, Noroeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul.



A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, através do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), desenvolve um programa denominado Ágora, com os objetivos de ensino, pesquisa e extensão, integrante do Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf

Dentre as propostas do programa encontra-se a do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), voltado para médicos, enfermeiros e odontólogos integrantes de equipes de Saúde da Família em Minas Gerais, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*. O curso é ministrado à distância, com alguns encontros presenciais, visando à educação permanente em saúde no SUS, com apoio dos Ministérios da Saúde e da Educação e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Participam do Programa as faculdades de Educação, Medicina e Odontologia, a Escola de Enfermagem da UFMG, a Cátedra UNESCO de Educação Continuada, e o Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)⁴¹.

O curso é gratuito, tem duração de 18 a 24 meses e é gerenciado pelo NESCON, contando com nove Pólos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior (Araçuaí, Belo Horizonte, Conselheiro Lafaiete, Campos Gerais, Corinto, Formiga, Governador Valadares, Teófilo Otoni e Uberaba), onde são realizadas as atividades presenciais. Semestralmente são ofertadas 400 vagas. Dentre as 360 horas ministradas, 150 são dedicadas a módulos obrigatórios e 210 a optativos. O módulo de Saúde do Trabalhador figura entre os optativos disponíveis, com carga horária de 30 horas e conteúdo voltado para a discussão do cenário da saúde do trabalhador no Brasil, a organização da atenção à saúde do trabalhador no SUS, o papel dos ministérios, a abordagem assistencial de agravos relacionados ao trabalho e aspectos clínicos relacionados a estes agravos. O curso propicia acesso privilegiado aos profissionais-alvo deste estudo.

4.1 PRIMEIRA FASE: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Foram convidados a participar da primeira fase do estudo, alunos do curso de especialização ofertado pelo NESCON, representantes de oito dos nove pólos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior (Araçuaí, Belo Horizonte, Campos Gerais, Conselheiro Lafaiete, Corinto, Formiga, Governador Valadares, Teófilo Otoni). O pólo de Uberaba foi excluído da primeira fase da pesquisa por falha no envio dos questionários.

⁴¹ PROGRAMA ÁGORA. Home Page. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora/>

Elaborou-se um questionário estruturado contendo cinco blocos de perguntas (Anexo 1). Nos três primeiros blocos foram elencadas 10 ações de saúde do trabalhador tendo como referência as prescrições do caderno de atenção básica número 5: a) Identificação da população trabalhadora de determinado território; b) Mapeamento da atividade produtiva de determinado território; c) Identificação de riscos potenciais à saúde dos trabalhadores formais ou informais; d) Atendimento ao trabalhador com agravo à saúde relacionado ao trabalho; e) Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho; f) Fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias; g) Notificação de agravo à saúde relacionado ao trabalho; h) Planejamento e execução de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador; h) Desenvolvimento de programas de Educação em Saúde do Trabalhador; i) Desenvolvimento de projetos de promoção à saúde relacionados à Saúde do Trabalhador. Para cada uma delas, os participantes deveriam assinalar os responsáveis por sua execução, a frequência com que as realizam na prática e a importância que atribuem ao desenvolvimento destas ações. No quarto bloco solicitou-se aos participantes que assinalassem seu grau de concordância quanto a dificuldades para a realização de atividades no campo saúde e trabalho, para cada uma das seis propostas a partir da experiência dos pesquisadores: a) Abordagem deficiente de temas relacionados à área saúde e trabalho na formação profissional; b) Estrutura física inadequada no local de trabalho (Centros de Saúde); c) Dificuldade de encaminhamento para a rede de Saúde do Trabalhador; d) Ausência de suporte técnico efetivo em Saúde do Trabalhador; e) Priorização de Programas Verticais do Ministério da Saúde; f) Sobrecarga de atividades na Atenção Básica – escassez de tempo. No último bloco os participantes foram convidados a estabelecer prioridades para temas de capacitação em saúde do trabalhador.

O questionário foi pré-testado em sete médicos, enfermeiros e odontólogos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do município de Betim-MG (Jardim Petrópolis e Angola) em 15 de Junho de 2009. O objetivo do teste foi identificar pontos falhos no questionário e observar o tempo médio gasto no seu preenchimento, uma vez que desejou-se elaborar um questionário que não demandasse mais do que 15 minutos para aplicação. Corrigidas as falhas identificadas no teste do instrumento, este foi encaminhado aos Pólos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior do

CEABSF e aplicado por ocasião do seu encontro presencial em 04 de julho de 2009. Aos profissionais foi apresentada a pesquisa e aqueles que concordaram em participar preencheram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os resultados foram organizados em um banco de dados e submetidos a análise estatística através do programa SPSS versão 13.0.

4.2 SEGUNDA FASE: MÉTODO DELPHI

O método Delphi foi inicialmente desenvolvido na Califórnia, Estados Unidos, pela *Rand Corporation*, no final da década de 50, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões militares tendo em vista tecnologias futuras e o contexto político internacional⁴². A agência japonesa NISTEP – *National Institute of Science and Technology Policy* – teve também papel importante na divulgação do método, muito utilizado para a realização de projetos de Prospectiva Tecnológica de âmbito nacional. Desde então, o método vem sendo cada vez mais empregado e modificado para aplicação em campos diversos como ciência da informação, educação, sociologia e saúde.

O nome da técnica deriva da mitologia grega, uma vez que originalmente era utilizada para fazer previsões sobre o futuro em áreas específicas, com base na opinião de especialistas. O oráculo de Delfos, dedicado ao Deus Apolo, era o local onde se anunciavam as predições para o futuro na Grécia antiga. Nele era possível obter respostas e ouvir profecias de sacerdotes que, em estado de transe, falavam em nome dos deuses⁴³.

O objetivo do método é a obtenção de consenso de um grupo de especialistas selecionados sobre determinadas questões, com a formação de uma opinião coletiva qualificada. São características próprias do método e que o distinguem de outras técnicas de comunicação e decisão em grupo, o anonimato garantido durante todo o desenvolvimento do processo de discussão, a reflexão a partir de feedback fornecido

⁴² LINSTONE, H.; TUROFF, M. *The Delphi Method – Techniques and Applications*. Boston: Addison-Wesley Company, 1975.

⁴³ OLIVEIRA, J.S.P. et al. *Introdução ao método Delphi*. Cutitiba: Mundo material, 2008. 16p.

pelo pesquisador a cada nova rodada, o emprego de análise estatística para compilação das respostas e fornecimento do feedback, e a seleção de *experts* como participantes⁴⁴.

Dentre os princípios do método enumerados por Alvarenga et al⁴⁵, podemos citar:

1. A utilização de painéis de especialistas, tendo como princípio uma maior probabilidade de que estejam certos sobre determinada questão quando da construção de uma opinião coletiva, do que não-especialistas;
2. Busca por informações com base na intuição destes especialistas sobre assunto para o qual são incertas e limitadas;
3. Interatividade através das rodadas e dos feedbacks fornecidos;
4. Eliminação da pressão presente em técnicas grupais em que ocorre confrontação face-a-face, permitindo ao especialista a emissão de opiniões sem influência de fatores externos inerentes à interação humana;
5. Resultados quali-quantitativos.

As fases essenciais do método consistem em seleção dos participantes, elaboração do questionário, 1ª rodada com posterior análise estatística e compilação dos resultados e 2ª rodada para reflexão sobre as opiniões compiladas. As rodadas podem ser repetidas quantas vezes forem necessárias para obtenção de consenso de acordo com os objetivos estabelecidos ao início da pesquisa, sempre com garantia de anonimato. Pode ser incluída uma fase de pré-Delphi, em geral composta por questões diversas que auxiliem na estruturação do questionário e permitam otimizar seus resultados.

Não há um número específico de participantes necessários para compor uma amostra para aplicação do método Delphi. Esta será definida pelos objetivos da pesquisa e pela disponibilidade de participantes a serem consultados. Em geral não são formados grupos numerosos. O mais importante é assegurar a qualidade da amostra, uma vez que a técnica é altamente sensível à motivação dos participantes e ao conhecimento que têm

⁴⁴ GOODMAN C.M. The Delphi technique – a critique. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, v.12, n.5, p.729-734, 1987.

⁴⁵ ALVARENGA A.; CARVALHO P.S.; ESCÁRIA S.C. *Delphi – Métodos e Aplicações*. Lisboa, Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais, 2007. Disponível em: <http://www.dpp.pt>

sobre o assunto pesquisado. Geralmente são selecionados como especialistas e painelistas os profissionais que atuam no campo pesquisado. A fim de conhecer e registrar o perfil dos painelistas pode-se elaborar um questionário inicial com dados pessoais e profissionais e grau de familiaridade com o tema.

Para este estudo foram considerados especialistas os profissionais de nível superior que atuam na Atenção Primária (enfermeiros, médicos e odontólogos), que são aqueles que detêm o conhecimento da realidade do funcionamento das unidades de saúde. São eles os sujeitos de interesse do estudo, aqueles que executam ações de saúde do trabalhador, ainda que de forma incipiente, vivenciam as dificuldades relacionadas a esta prática e são o público-alvo para a educação permanente e a capacitação desejadas neste campo de conhecimento.

Como o resultado do método Delphi é altamente dependente do interesse, envolvimento e motivação dos participantes, foram convidados para o estudo os 181 profissionais que cursaram o módulo optativo de Saúde do Trabalhador ministrado no curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família do NESCON em 2009. Foi feito um contato por e-mail com este universo de alunos, em 14 de Setembro de 2009, explicando a nova fase da pesquisa e convidando-os a participar. 26 profissionais sinalizaram com o interesse em fazer parte da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizadas três rodadas de perguntas, todas através de meio eletrônico – e-mail ou preenchimento em página web através do site Google docs.

A primeira delas consistiu em questionário aberto (Anexo 2) para extrair dos participantes as afirmativas que seriam a base das outras rodadas. Pediu-se aos participantes que listassem as ações em Saúde do Trabalhador que seriam atribuições da Atenção Primária, as demandas mais comuns relacionadas à área, as dificuldades percebidas na prática para o desenvolvimento destas atividades e a sua visão de futuro para desenvolvimento destas ações na prática diária da Atenção Básica nos próximos anos. O questionário da primeira rodada foi enviado por e-mail em 18 de Setembro de 2009, e aos participantes foi dado um prazo de 13 dias para resposta.

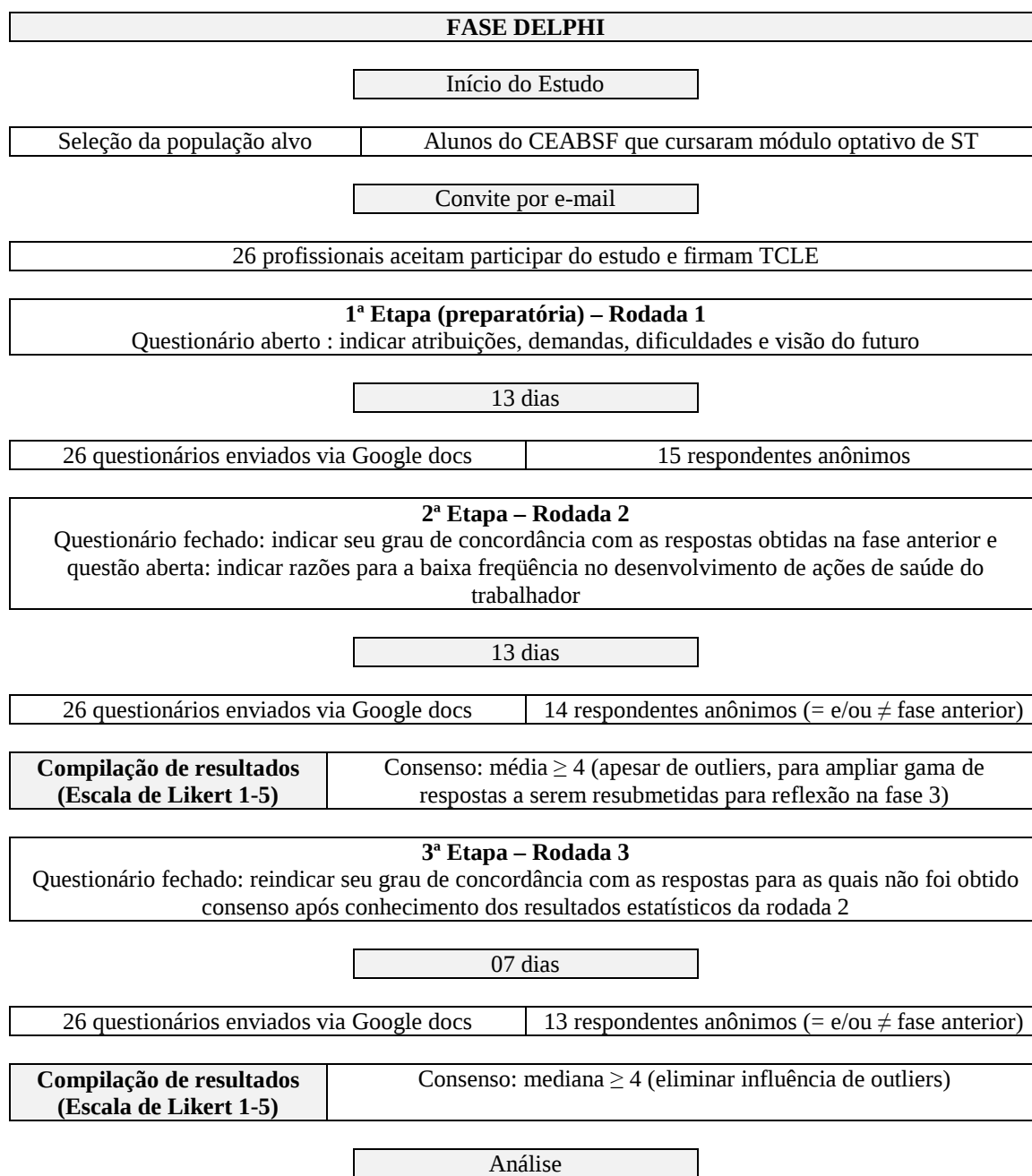
A segunda rodada foi construída a partir da compilação das respostas obtidas na rodada anterior e continha cinco blocos (Anexo 3). Foram elaborados quatro blocos de questões com resposta em ranking: concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente ou discordo totalmente (escala de Likert). Para todas as questões era permitido o registro de comentários se o participante considerasse pertinente. O primeiro bloco apresentava atribuições da atenção primária; o segundo, as dificuldades para a execução das ações; o terceiro, a demanda atendida e o quarto, as previsões para o futuro. Todas as opções apresentadas foram extraídas das respostas compiladas ao questionário da primeira rodada. Em alguns casos, os participantes poderiam reconhecer suas próprias respostas. O quinto bloco, de resposta aberta, demandava aos participantes que apontassem razões para o fato, identificado na primeira fase do estudo, de que apesar de reconhecerem o papel da atenção primária na execução de ações de saúde do trabalhador e de reconhecerem a sua importância, os profissionais da atenção primária não desenvolviam estas ações sempre ou frequentemente. O questionário da segunda rodada foi enviado por e-mail em 03 de Outubro de 2009, através do programa Google docs, e aos participantes foi dado um prazo de 13 dias para resposta.

A terceira rodada foi constituída de dois blocos (Anexo 4). No primeiro, os participantes foram convidados a usar a escala de Likert para expressar o seu nível de concordância com as razões compiladas a partir da rodada 2 para a baixa frequência de desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária de acordo com resultado da fase 1 do estudo. No segundo bloco, foram reapresentadas atribuições, dificuldades, demandas e previsões de futuro para os itens em que não foi obtido consenso na rodada anterior. Para cada um deles foi apresentado feedback com média e moda do grupo e as observações colocadas pelos participantes, quando houvesse. O questionário da terceira rodada foi enviado por e-mail em 20 de Outubro de 2009, através do programa Google docs, e aos participantes foi dado um prazo de 7 dias para resposta.

Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 13.0 para Windows e considerados média, mediana, moda e desvio padrão. Aos itens da escala de Likert foram atribuídos valores de 1 a 5, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo

totalmente. Considerou-se a não obtenção de consenso para fins de elaboração da rodada 3 uma média inferior a 4. A adoção da média e não da mediana para a nova rodada, apesar da existência de importantes *outliers*, justificou-se para ampliar a gama de afirmativas a serem reconsideradas pelo grupo. Para fins de análise final dos resultados a mediana será a medida de referência para definição de consenso (mediana maior ou igual a 4). A figura 2 abaixo sintetiza os passos da Fase Delphi.

Figura 2: Fase Delphi passo a passo



4.3 QUESTÕES ÉTICAS

A presente pesquisa integra a proposta de cooperação técnica entre a UFMG e o MS intitulada “*Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família – no SUS*”⁴⁶ e foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Projeto de Pesquisa “*Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família – no SUS*”. Brasília, 2008. (mimeo)

5. RESULTADOS

5.1 FASE 1

358 profissionais de nível superior, integrantes do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, oferecido pelo NESCON no ano de 2009, responderam ao questionário, em oito dos nove Pólos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior - Araçuaí, Belo Horizonte, Conselheiro Lafaiete, Campos Gerais, Corinto, Formiga, Governador Valadares e Teófilo Otoni). O Pólo de Uberaba foi excluído desta fase por problemas no envio dos questionários.

5.1.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

A distribuição dos participantes quanto à profissão pode ser visualizada na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos participantes da fase 1 quanto à profissão.

Profissão	n	Percentual
Dentista	86	24,0%
Enfermeiro	212	59,2%
Médico	60	16,8%
Total	358	100%

275 (76,8%) participantes eram do sexo feminino e 82 (22,9%) do sexo masculino (1 *missing*). A média de idade foi de 33 anos (mínima 22 e máxima 68, desvio padrão de 08). Dentre os respondentes havia um formado há menos de um ano e sete atuando na Atenção Primária há menos de um ano. Para aqueles formados há mais de um ano, a média de tempo de formado foi de oito anos (mínima de 01 e máxima de 44, desvio padrão de 08 anos) e a média de tempo de atuação na Atenção Primária de cinco anos (mínima de 01 e máxima de 26, desvio padrão de 04).

Onze diferentes macrorregiões de saúde foram representadas (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos participantes da fase 1 quanto à macrorregião de saúde onde atua na atenção primária.

Macrorregião	n	Percentual
Centro	102	28,5%
Nordeste	55	15,4%
Sul	41	11,5%
Oeste	38	10,6%
Norte de Minas	31	8,7%
Centro-sul	25	7,0%
Leste	22	6,1%
Jequitinhonha	10	2,8%
Leste do Sul	4	1,1%
Noroeste	2	0,6%
Sudeste	1	0,3%
Outros estados	4	1,1%
Missing	18	5,0%
Total	358	100%

5.1.2 RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DA FASE 1

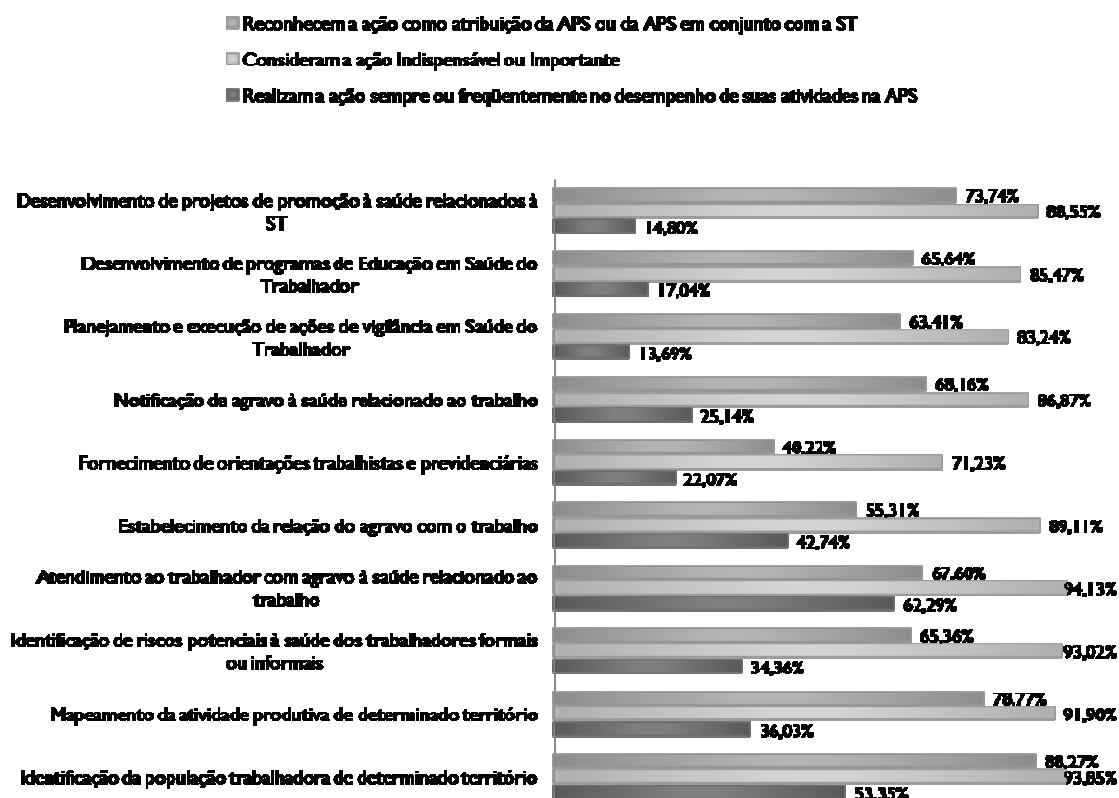
A atenção primária reconhece como sua atribuição o desenvolvimento das ações elencadas, isoladamente ou em conjunto com referências em Saúde do Trabalhador, considerando-as importantes de um modo geral. Entretanto, a frequência com que os profissionais afirmam desenvolvê-las na prática não acompanha proporcionalmente a importância que a elas atribuem (tabela 3 e gráfico 1).

Tabela 3: Distribuição geral das respostas da fase 1 quanto ao reconhecimento da ação como atribuição da atenção primária, sua importância e frequência de seu desenvolvimento na prática.

Ação	Reconhecem a ação como atribuição da APS ou da APS em conjunto com a ST (n=358)	Consideram a ação Indispensável ou Importante (n=358)	Realizam a ação sempre ou freqüentemente no desempenho de suas atividades na APS (n=358)
Identificação da população trabalhadora de determinado território	316 (88,27%)	336 (93,85%)	191 (53,35%)
Mapeamento da atividade produtiva	282 (78,77%)	329 (91,90%)	129 (36,03%)

de determinado território			
Identificação de riscos potenciais à saúde dos trabalhadores formais ou informais	234 (65,36%)	333 (93,02%)	123 (34,36%)
Atendimento ao trabalhador com agravo à saúde relacionado ao trabalho	242 (67,60%)	337 (94,13%)	223 (62,29%)
Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho	198 (55,31%)	319 (89,11%)	153 (42,74%)
Fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias	144 (40,22%)	255 (71,23%)	079 (22,07%)
Notificação de agravo à saúde relacionado ao trabalho	244 (68,16%)	311 (86,87%)	090 (25,14%)
Planejamento e execução de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador	227 (63,41%)	298 (83,24%)	049 (13,69%)
Desenvolvimento de programas de Educação em Saúde do Trabalhador	235 (65,64%)	306 (85,47%)	061 (17,04%)
Desenvolvimento de projetos de promoção à saúde relacionados à ST	264 (73,74%)	317 (88,55%)	053 (14,80%)

Gráfico 1: Distribuição geral das respostas da fase 1 quanto ao reconhecimento da ação como atribuição da atenção primária, sua importância e frequência de seu desenvolvimento na prática.

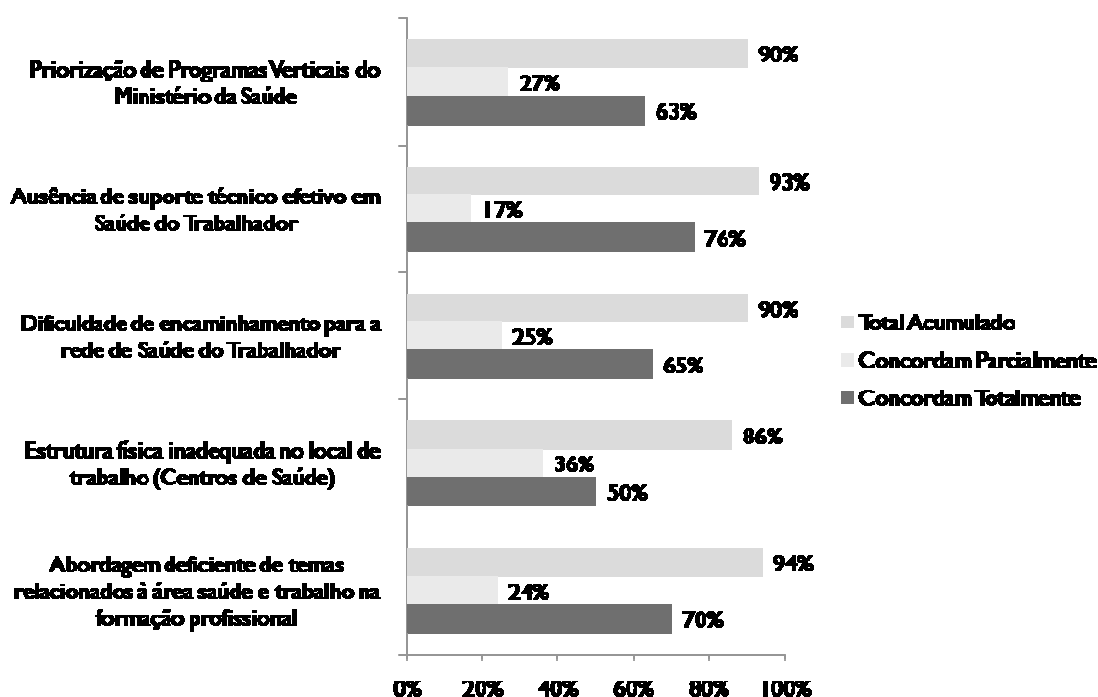


Os profissionais pesquisados concordam também com as dificuldades na execução de ações de Saúde do Trabalhador na APS propostas pelos pesquisadores (tabela 4 e gráfico 2).

Tabela 4: Percentual de profissionais de nível superior que atuam na APS que concordam que as situações apresentadas representam dificuldades à execução de ações de ST na APS.

Dificuldade apresentada	Concordam Totalmente	Concordam Parcialmente	Total Acumulado
Abordagem deficiente de temas relacionados à área saúde e trabalho na formação profissional	70%	24%	94%
Estrutura física inadequada no local de trabalho (Centros de Saúde)	50%	36%	86%
Dificuldade de encaminhamento para a rede de Saúde do Trabalhador	65%	25%	90%
Ausência de suporte técnico efetivo em Saúde do Trabalhador	76%	17%	93%
Priorização de Programas Verticais do Ministério da Saúde	63%	27%	90%

Gráfico 2: Percentual de profissionais de nível superior que atuam na APS que concordam que as situações apresentadas representam dificuldades à execução de ações de ST na APS.



Quanto à priorização de temas para capacitação em Saúde do Trabalhador, obtivemos a seguinte ordem de acordo com a necessidade dos respondentes: 1 - Diagnóstico e tratamento de agravos relacionados ao trabalho; 2 - Funcionamento da rede de atenção à Saúde do Trabalhador; 3 - Vigilância em Saúde do Trabalhador; 4 - Papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e 5 - Direitos previdenciários e trabalhistas. A tabela 5 sumariza as prioridades atribuídas pelos respondentes.

Tabela 5: Percentual acumulado de notas atribuídas pelos profissionais de APS a temas em Saúde do Trabalhador em função da prioridade com que gostariam de vê-los presentes em um curso de capacitação (n=295).

Tema proposto	Percentual de respondentes que atribuíram notas				
	1	1+2	1+2+3	1+2+3+4	1+2+3+4+5
Diagnóstico e tratamento de agravos relacionados ao trabalho	36,9	62,0	74,2	87,8	100,0
Funcionamento da rede de atenção à Saúde do Trabalhador;	26,4	48,5	74,2	89,8	100,0
Vigilância em ST	20,0	41,4	67,1	88,5	100,0
Papel dos CEREST's	7,5	26,8	45,4	75,6	100,0
Direitos Trabalhistas e Previdenciários	13,6	25,1	42,0	57,6	100,0

5.2 FASE 2

Dentre os 181 alunos do CEABSF convidados a participar da fase Delphi, 26 responderam positivamente ao convite e firmaram TCLE. Estes 26 profissionais distribuíram-se entre as três rodadas aleatoriamente e de forma anônima.

Participaram da Primeira Rodada 15 profissionais: oito enfermeiros (53,3%), seis odontólogos (40,0%) e um médico (6,7%). 14 respondentes (93,3%) eram do sexo feminino e um (6,7%) do sexo masculino. A média de idade entre os participantes foi de 33 anos (desvio padrão = 8, mediana = 35). O tempo médio de formado foi de 8 anos e 3 meses (mínimo de 19 meses e máximo de 302 meses; desvio padrão = 90,15 meses; mediana = 4 anos e 9 meses) e o tempo médio de atuação na atenção primária de 5 anos e 3 meses (mínimo de 6 meses e máximo de 242 meses; desvio padrão = 68,64 meses; mediana = 2 anos e 8 meses). A distribuição dos participantes quanto às cidades de atuação na atenção primária é apresentada no tabela 6. Nesta rodada, obteve-se ampla

gama de respostas que foram agrupadas, analisadas e compiladas, constituindo a base para a construção da Rodada 2.

Tabela 6: Distribuição dos participantes da rodada 1 da fase Delphi (2) quanto às cidades de atuação na atenção primária

Município	n
Conselheiro Lafaiete	1
Espera Feliz	1
Ibirité	1
Itabira	1
Itambacuri	1
Moeda	1
Montes Claros	1
Pains	1
Pedra Azul	1
Pimenta	1
Poté	1
Teófilo Otoni	2
Uberaba	1
Não atua mais na APS	1
Total	15

Na segunda rodada, o questionário foi respondido por 14 profissionais, oito enfermeiros (57,1%) e seis odontólogos (42,9%), 13 do sexo feminino (92,9%) e um do sexo masculino (7,1%). O perfil de idade, tempo de formado e de atuação na atenção primária e a distribuição destes participantes quanto às cidades de atuação são apresentadas nas tabelas 7 e 8 abaixo.

Tabela 7: Perfil de idade, tempo de formado e tempo de atuação na atenção primária para os participantes da rodada 2 da fase Delphi (2)

	N	Mínimo	Maximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
Idade (em anos)	14	24	42	31,43	6,936	28,00
Tempo na Atenção Básica (em meses)	14	6	177	55,79	55,284	37,00
Tempo de formado (em meses)	14	20	224	90,50	77,293	54,50

Tabela 8: Distribuição dos participantes da rodada 2 da fase Delphi (2) quanto às cidades de atuação na atenção primária

Município	n
Belo Horizonte	2
Espera Feliz	1
Itabira	1
Itambacuri	1
Moeda	1
Montes Claros	1
Pains	1
Pedra Azul	1
Pimenta	1
Poté	1
Santa Maria de Itabira	1
São João das Missões	1
Teófilo Otoni	2
Total	14

A tabela 9 abaixo apresenta as ações, que segundo consenso obtido pela técnica Delphi, foram consideradas atribuições da Atenção Primária pelos profissionais que nela atuam. Nos mesmos moldes as tabelas 10, 11 e 12 apresentam respectivamente os consensos quanto a demandas, dificuldades e previsões de futuro relacionadas.

Tabela 9: Ações de saúde do trabalhador consensualmente consideradas atribuição da atenção Primária segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada

Atribuição Proposta	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Cadastrar as atividades produtivas existentes na área de abrangência da unidade de saúde, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.	14	1	5	4,50	1,092	5	5
Cadastrar a População Economicamente Ativa por sexo e faixa etária.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Ações de vigilância, como a realização de inspeções nos ambientes de trabalho na área de atuação das equipes de saúde com a finalidade de identificação de possíveis riscos de adoecimento e o desenvolvimento de ações educativas junto aos trabalhadores e empregadores no sentido da sua prevenção.	14	2	5	4,21	,802	4	4
Notificar a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho de notificação compulsória, através dos instrumentos apropriados, mesmo se não houver necessidade de afastamento do trabalhador.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Ações diversas de promoção, prevenção de doenças e acidentes e recuperação da saúde de agravos relacionados ao trabalho, dentro dos limites da atenção básica, nos planos individual e coletivo. Educação e orientação em saúde para redução de riscos e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.	14	4	5	4,79	,426	5	5
Ações de assistência: atendimento da demanda em situações não emergenciais, de menor complexidade, com realização de anamnese ocupacional e diagnóstico/identificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, sejam eles acidentes ou doenças, registrando adequadamente o atendimento no prontuário clínico individual e conduzindo o tratamento dos casos (cura e reabilitação).	14	4	5	4,86	,363	5	5
Realizar encaminhamento, quando necessário, para outros níveis de complexidade (secundário e terciário), incluindo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador ou outras especialidades e unidades de pronto atendimento ou serviços hospitalares.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Quando necessário, notificar outros serviços de proteção aos direitos dos trabalhadores, como a delegacia regional do trabalho ou o ministério público.	14	3	5	4,64	,745	5	5
Solicitar exames complementares e encaminhar o paciente para exames especiais, se necessário (através da Secretaria Municipal de Saúde).	14	4	5	4,86	,363	5	5
Realizar a busca ativa de casos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho.	14	2	5	4,50	,855	5	5
Informar e orientar o trabalhador em relação à origem e mecanismos de seu adoecimento, formas de tratamento e prevenção possíveis, medidas que devem ser adotadas para evitar agravamento de seu caso ou surgimento de novos episódios.	14	4	5	4,86	,363	5	5
Ações educativas, como a orientação aos trabalhadores, individual e coletivamente, sobre relações de trabalho, condições de saúde, riscos e prevenção de acidentes.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Fornecer atestados, relatórios ou outros documentos necessários ao trabalhador.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Fornecer orientações trabalhistas e previdenciárias pertinentes a cada situação.	14	1	5	3,86	1,512	5	4,5
Emitir e/ou preencher a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de trabalhador com carteira	14	4	5	4,86	,363	5	5

assinada, orientando-o sobre a importância deste documento.

Identificar a ocorrência de trabalho infantil ou precoce e acionar órgãos competentes. Desenvolver ações educativas junto às famílias, orientando os pais sobre as consequências do trabalho infantil na vida e na saúde das crianças e promover articulações intersetoriais no sentido de enfrentamento da questão.	14	2	5	4,57	,852	5	5
Notificar a órgãos competentes, como a vigilância sanitária municipal, por exemplo, a existência de situações de risco para a saúde dos trabalhadores (condições de trabalho inadequadas ou insalubres).	14	2	5	4,71	,825	5	5
Educação em saúde para coletivos de trabalhadores: orientações quanto a riscos, prevenção de acidentes e doenças, higiene ambiental, dos alimentos e pessoal e alimentação adequada nas empresas.	14	1	5	4,36	1,151	5	5
Promover a inclusão dos trabalhadores na agenda da equipe, de forma a contemplá-los, reduzindo a incompatibilidade de horários de trabalho com programas e atendimentos nas unidades.	14	2	5	4,36	1,151	5	5
Buscar a integração de fato com a rede de atenção em Saúde do Trabalhador, procurando informações sobre os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) de sua região.	14	3	5	4,79	,579	5	5
Acolhimento e acompanhamento dos trabalhadores pelas equipes de saúde da família, sempre que necessário.	14	5	5	5,00	,000	5	5
Desenvolver ações de prevenção junto às empresas da sua área de abrangência, através de palestras, comemoração de datas relevantes, parcerias, etc e sensibilizar os empregadores para adequação às normas legais.	14	2	5	4,71	,825	5	5
Ações de rastreamento de diabetes (glicemia capilar) e HAS nas empresas.	14	2	5	4,57	,938	5	5
Promover campanhas de vacinação nas empresas.	14	2	5	4,64	,842	5	5
Investigar a relação entre o adoecimento e o trabalho (estabelecimento de nexos) através da anamnese ocupacional e da investigação do local de trabalho.	14	2	5	4,64	,842	5	5

Tabela 10: Dificuldades na execução de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada

Dificuldade Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
A Equipe de Saúde da Família não desenvolve de maneira sistematizada, planejada e organizada ações preventivas coletivas para os trabalhadores.	14	2	5	4,57	,938	5	5
Falta de objetividade e excesso de burocracia. A exigência de preenchimento de grande número de relatórios e envio de dados consome muito tempo, sobrando pouco para realizar outras atividades, como educação e prevenção.	14	1	5	4,07	1,269	5	4,5
Órgãos fiscalizadores não dão suporte à atenção primária.	14	2	5	4,21	1,051	5	5
Referência e contra-referência deficientes.	14	4	5	4,86	,363	5	5
A saúde do trabalhador é pouco discutida. Muitos profissionais e gestores desconhecem o tema e não estão capacitados.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Falta apoio das prefeituras.	14	1	5	4,29	1,139	5	5

Desinteresse dos gestores, que discursam que a saúde do trabalhador é de responsabilidade da vigilância epidemiológica e da medicina do trabalho e que a atenção básica já tem muitas atribuições (hipertensos, gestantes, diabéticos, crianças, etc) e que não seria capaz de assumir mais uma.	14	2	5	4,00	1,109	5	4
Inexistência na Unidade Básica de diretrizes formais ou ações definidas para atendimento a trabalhadores.	14	1	5	4,50	1,160	5	5
A Equipe de Saúde da Família precisa ser capacitada para o planejamento de ações em saúde do trabalhador.	14	2	5	4,79	,802	5	5
Hoje muitas ações são realizadas de forma desordenada na rotina da equipe.							
Falta capacitação técnica da equipe e conhecimento mais aprofundado sobre questões relativas à saúde do trabalhador.	14	2	5	4,71	,825	5	5
A ESF não realiza levantamentos, não inspeciona o local de trabalho, não notifica (na maioria das vezes) e não trabalha intersetorialmente no que tange a saúde do trabalhador.	14	2	5	4,57	,852	5	5
Falta de incentivo.	14	2	5	4,43	1,089		5
Faltam vagas para realização de fisioterapia.	14	1	5	4,43	1,158	5	5
Dificuldade de encaminhamento para serviços de média e alta complexidade. Faltam vagas para especialidades médicas.	14	1	5	4,43	1,284	5	5
Faltam protocolos para nos basear e respaldar, o que dificulta a classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho.	14	3	5	4,50	,760	5	5
Os treinamentos e capacitações são, em sua grande maioria, realizados em grandes centros. As prefeituras de municípios menores tem dificuldade de investir nas viagens e diárias para os profissionais.	14	2	5	4,21	1,122	5	5
Muitos trabalhadores não contribuem com o INSS, não usufruindo de direitos previdenciários em caso de acidentes.	14	1	5	4,07	1,385	5	4,5
Dificuldade em informar ao trabalhador sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários, por falta de preparo técnico.	14	2	5	4,50	,855	5	5
Falta de tempo para inspecionar os ambientes de trabalho para verificação da existência de riscos.	14	1	5	4,50	1,092	5	5
Dificuldade técnica na investigação de fatores de risco.	14	2	5	4,57	,852	5	5
Inexistência de Centro de Referência em Saúde do trabalhador no município.	14	1	5	4,07	1,685	5	5
Dificuldade de busca ativa.	14	2	5	4,21	1,122	5	5
Dificuldade de investigação clínica e epidemiológica e de fatores de risco.	14	2	5	4,14	,864	4	4
À ocorrência de um acidente de trabalho, as empresas encaminham os trabalhadores para o Pronto Socorro ou para especialistas e muitas vezes o usuário não passa pela atenção primária.	14	1	5	4,43	1,089	5	5
Falta de esclarecimento sobre algumas ações de saúde do trabalhador que poderiam fazer parte das atividades diárias das equipes de saúde da família.	14	4	5	4,71	,469	5	5
Falta de capacitação da equipe para fazer uma associação entre o problema apresentado pelo paciente com suas atividades atuais e pregressas (relacionar a doença com o processo de trabalho).	14	1	5	4,14	1,406	5	5

Tabela 11: Demandas à atenção primária de ações de saúde do trabalhador para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada

Demanda Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Assistência a casos de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT): mialgia, lombalgia, dores nos ombros e em membros inferiores, etc.	14	4	5	4,71	,469	5	5
Assistência a problemas respiratórios.	14	3	5	4,50	,650	5	5
Encaminhamento a especialistas em decorrência de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho.	14	1	5	4,14	1,027	4	4
Assistência a acidentes de trabalho: realização de curativos para cortes, lesões ulcerativas e queimaduras.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Acompanhamento de doentes crônicos com patologias resultantes da atividade exercida anteriormente.	14	4	5	4,71	,469	5	5
Não há nada especificamente voltado para os trabalhadores. O atendimento baseia-se na demanda espontânea. Os próprios trabalhadores nos procuram quando necessitam de um atestado médico, ou de um curativo ou medicação.	14	1	5	4,21	1,424	5	5
Em unidades de saúde localizadas em uma área rural, muitas das demandas estão relacionadas ao trabalho na pecuária e agricultura de pequeno porte.	14	2	5	4,50	,941	5	5
Assistência a lesões cutâneas relacionadas à exposição prolongada e desprotegida ao sol. Na odontologia, por exemplo: lesões de lábio inferior cancerizáveis em função da exposição prolongada ao sol e relacionada à atividade laboral.	14	2	5	4,29	1,069	5	5
Realização de anamnese ocupacional.	14	2	5	4,36	1,082	5	5
Solicitação de exames complementares necessários ao esclarecimento do caso.	14	4	5	4,86	,363	5	5
Notificação no SINAN quando confirmado caso de agravo relacionado ao trabalho de notificação compulsória.	14	1	5	4,50	1,092	5	5
Assistência à Saúde dos Trabalhadores, tendo como porta de entrada o PSF: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.	14	2	5	4,50	,855	5	5
Atividades educativas, de prevenção e promoção de saúde.	14	2	5	4,79	,802	5	5
Fornecimento de medicação.	14	4	5	4,86	,363	5	5
Visitas domiciliares quando se faz necessário o acompanhamento regular.	14	2	5	4,71	,825	5	5
O médico faz o diagnóstico, trata os casos de menor complexidade, encaminha os casos de maior complexidade para outras especialidades ou serviços de urgência e emergência e orienta o paciente sobre as possíveis causas de seu adoecimento.	14	2	5	4,36	,842	5	4,5

Tabela 12: Previsões de futuro realizadas pela atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada

Previsão Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Se a Equipe de Saúde da Família não for capacitada ou sensibilizada para o tema, não haverá melhoras consideráveis na realidade atual.	14	4	5	4,93	,267	5	5
Com a implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, as ações neste campo vão ser mais efetivas.	14	3	5	4,64	,633	5	5
A população será orientada sobre as doenças ocupacionais, sobre trabalho infantil e seu impacto na vida da criança.	14	3	5	4,50	,650	5	5
As Unidades Básicas deverão ter um horário especial para atender os trabalhadores, formando grupos para orientação em saúde.	14	3	5	4,43	,756	5	5
Os profissionais de saúde serão orientados e sensibilizados quanto à importância de ter uma atenção especial voltada para o trabalhador. Os treinamentos oferecidos vão ampliar os conhecimentos.	14	4	5	4,86	,363	5	5
Inevitavelmente no futuro, para que vejamos o paciente de forma integral, teremos que desenvolver ações de prevenção através de parcerias entre o setor público e privado, que emprega os trabalhadores, para juntos orientar e garantir condições e ambientes de trabalho livres de riscos ou pelo menos, com o menor risco possível para os trabalhadores.	14	4	5	4,86	,363	5	5
A atenção aos trabalhadores será mais dinâmica, capacitada e especializada.	14	2	5	4,50	,855	5	5
Como tenho percebido o governo está se preocupando mais com a saúde de seus trabalhadores, e parece querer investir mais na saúde do trabalhador. Já está sendo lançada a nova guia voltada para a saúde do homem, o que pode ser uma forte aliada para os trabalhadores. Mas creio que se o governo estiver disposto a investir nas equipes de saúde da família, contratando profissionais especializados e capacitados para no mínimo coordenar as ações da atenção básica, poderíamos ter um grande avanço nesse desenvolvimento. As unidades teriam mais condições de trabalho e muitos problemas seriam saciados ou evitados. E realmente teríamos uma prática diária real.	14	3	5	4,71	,611	5	5
Ao estudar o módulo de Saúde do Trabalhador, percebi que o tema é muito amplo, vasto, perpassando áreas do conhecimento que envolvem questões jurídicas, por exemplo, o que muitas vezes “foge” do entendimento cotidiano e fracionado dos profissionais da atenção básica. E como o entendimento de saúde vai além de um aspecto biológico e cada vez mais agrega outros aspectos da vida humana, a questão “saúde do trabalhador” cada vez exigirá mais articulações e debates entre diferentes setores e áreas do conhecimento. Assim, nos próximos anos imagino que as ações na atenção básica deverão ser intrinsecamente mais articuladas intersetorialmente. Um passo inicial será a capacitação dos trabalhadores na atenção básica e uma incitação e sensibilização dos mesmos às questões relativas ao tema e sua ampla gama de implicações.	14	4	5	4,93	,267	5	5

Imagino que será trabalhoso, como tudo que se faz pela primeira vez, um leque extenso de novas atribuições às já sobrecarregadas da equipe, mas nada como o tempo para as coisas se ajeitarem. Saúde do trabalhador é de suma importância na atenção primária, onde podemos desenvolver ações de promoção, proteção, assistência, vigilância à sua saúde e investigar a relação dos agravos apresentados com o trabalho e, desta forma, implementar ações de prevenção, contribuindo para que os cidadãos possam trabalhar e viver com saúde.	14	2	5	4,64	,842	5	5
Acredito que as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica possam vir a ser modificadas de acordo com as patologias e os riscos apresentados pela demanda.	14	3	5	4,50	,760	5	5
Hoje se trabalha com a prevenção de acidentes físicos de trabalho, acredito que futuramente possa existir um enfoque maior na prevenção de sofrimentos psíquicos voltado para os trabalhadores.	14	3	5	4,79	,579	5	5
Haverá atividades sistematizadas e monitoradas por sistema de vigilância, não somente curativas e de reabilitação, mas relacionadas à prevenção.	14	4	5	4,79	,426	5	5
De acordo com a OMS, os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados com as novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados às novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais.	14	3	5	4,71	,611	5	5
Imagino que essas ações sejam realizadas num processo de integração de Saúde, com as comunidades, com os Sindicatos Trabalhistas, com os empregadores, fazendo permear todas essas áreas, a cultura da prevenção como promoção da saúde, da responsabilidade para com os direitos e deveres tanto quando empregado ou empregador, garantindo aos trabalhadores acesso à informação, prevenção, tratamento e amparo em suas necessidades.	14	4	5	4,79	,426	5	5
Que sejam formadas redes de atenção à saúde do trabalhador para encaminhamento de casos em todos os níveis de atenção, quando necessário.	14	3	5	4,86	,535	5	5
Se não houver a capacitação de todos os profissionais da atenção básica nesta área, não vai haver mudanças. Pois, sem conhecimento não se faz nada. Inclusive acho que o módulo de Saúde do Trabalhador do curso de especialização não deve ser opcional, mas sim um módulo básico, ministrado a todos os profissionais em especialização em Atenção Básica e Saúde da Família.	14	5	5	5,00	,000	5	5
Algumas ações já fazem parte do cotidiano das equipes falta apenas sistematizá-las.	14	2	5	4,21	1,051	5	4,5

As respostas ao questionamento apresentado a partir dos resultados da Fase 1 (questionário estruturado) sobre as razões pelas quais os profissionais da APS desenvolvem ações de Saúde do Trabalhador numa frequência inferior à esperada dado o alto nível de concordância quanto à sua importância e o reconhecimento do papel da atenção primária no seu desenvolvimento, isoladamente ou em conjunto com referências técnicas, foram compiladas para definição de consenso na rodada 3 (tabela 15).

Na terceira e última rodada, o questionário foi respondido por 13 profissionais, sete enfermeiros (53,8%) e seis odontólogos (46,2%), 12 do sexo feminino (92,3%) e um do sexo masculino (7,7%). O perfil de idade, tempo de formado e de atuação na atenção primária e a distribuição destes participantes quanto às cidades de atuação são apresentadas nas tabelas 13 e 14 abaixo.

Tabela 13: Perfil de idade, tempo de formado e tempo de atuação na atenção primária para os participantes da rodada 3 da fase Delphi (2)

	N	Mínimo	Maximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
Idade (em anos)	13	24	49	32,77	8,298	28,00
Tempo na Atenção Básica (em meses)	13	6	243	57,15	70,636	29,00
Tempo de formado (em meses)	13	20	303	104,69	95,085	58,00

Tabela 14: Distribuição dos participantes da rodada 3 da fase Delphi (2) quanto às cidades de atuação na atenção primária

Município	n
Belo Horizonte	2
Ibirité	2
Teófilo Otoni	2
Espera Feliz	1
Itabira	1
Itambacuri	1
Moeda	1
Pains	1
Pimenta	1
Poté	1
Santa Maria de Itabira	1

São João das Missões	1
Total	15

A tabela 15 abaixo apresenta as razões pelas quais, segundo consenso obtido pela técnica Delphi, os profissionais da APS desenvolvem ações de Saúde do Trabalhador numa frequência inferior à esperada, segundo sua visão. Nos mesmos moldes, as tabelas 16, 17 e 18 apresentam respectivamente os consensos quanto a atribuições, demandas e dificuldades relacionadas obtidos após revisão pelos participantes na terceira rodada.

Tabela 15: Possíveis razões pelas quais os profissionais da APS desenvolvem ações de saúde do trabalhador numa frequência inferior à esperada, segundo sua visão, para as quais se obteve consenso após realização da terceira rodada pela técnica Delphi

Dificuldade Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Faltam capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção básica em saúde do trabalhador. A capacitação em maior escala é fundamental ao propor um olhar reflexivo e inclusivo à saúde do trabalhador na atenção básica.	13	2	5	4,69	,855	5	5
Falta incentivo por parte do estado e dos municípios para a realização de ações de saúde do trabalhador.	13	3	5	4,54	,660	5	5
Faltam ações intersetoriais, parcerias comprometidas com a saúde do trabalhador que não podem estar concentradas apenas na área da saúde.	13	2	5	4,69	,855	5	5
Para a atenção básica a saúde do trabalhador não é uma prioridade e perde espaço para ações já sistematizadas e voltadas para hipertensos, diabéticos, gestantes e programas de imunização.	13	2	5	4,08	1,256	5	5
O Ministério da Saúde não exige o cumprimento de atividades em Saúde do Trabalhador como faz para outras áreas. Não foram implantados protocolos e códigos de faturamento dos procedimentos, principalmente para ACS's.	13	3	5	4,38	,870	5	5
O número de profissionais na atenção básica é pequeno.	13	1	5	3,77	1,423	5	4
Há pouco investimento financeiro.	13	3	5	4,23	,832	5	4
Sobrecarga de trabalho e responsabilidades. As Unidades precisam cumprir muitas metas e os profissionais se vêem cobrados em produção. Assumir as ações em saúde do trabalhador implica mais metas a serem alcançadas e maior cobrança de produção.	13	2	5	4,23	1,013	5	5
Faltam protocolos.	13	2	5	4,46	,877	5	5
Falta programação e organização da demanda.	13	2	5	4,54	,967	5	5
Faltam mais informações, conhecimento e autonomia aos trabalhadores.	13	2	5	4,46	,877	5	5
Ainda não temos na região uma equipe de referência para organizar e acompanhar/avaliar estas ações, construindo ferramentas para gerenciamento, monitoramento e vigilância.	13	1	5	4,23	1,235	5	5
A base para a adoção de novas idéias no PSF depende da vontade e entusiasmo do enfermeiro, que trabalha sobrecarregado. Na Atenção Primária seriam necessários 2 profissionais de enfermagem para abordar tudo que é estabelecido nos protocolos, sendo um para coordenação e outro assistencial, assim seria possível planejar as ações e cumprir com as normas estabelecidas pelos protocolos.	13	1	5	4,00	1,354	5	5
Esses dados podem não ser verídicos. A atenção básica pode estar exercendo estas ações, mas não ter consciência disto.	13	1	5	3,46	1,561	5	4

Tabela 16: Ações de saúde do trabalhador consensualmente consideradas atribuição da atenção primária segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada

Atribuição Proposta	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Fornecer orientações trabalhistas e previdenciárias pertinentes a cada situação.	13	1	5	3,15	1,519	2 e 4	4

Tabela 17: Dificuldades na execução de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada

Dificuldade Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Faltam profissionais nas Unidades Básicas (médicos e enfermeiros) e para a realização de fisioterapia.	13	4	5	4,69	,480	5	5
Dificuldade em realizar atividades fora das Unidades Básicas, pois a população não compreende a ausência do enfermeiro ou do médico na UBS.	13	1	5	3,85	1,345	4	4
Dificuldade em ter disponível um meio de transporte para as aldeias rurais e no deslocamento destes trabalhadores à Unidade Básica de Saúde para palestras educativas.	13	1	5	3,92	1,320	5	4
Dificuldades relacionadas à incompatibilidade de horários entre trabalho e Serviços de Atenção Básica. O horário de funcionamento da unidade de saúde não é favorável aos trabalhadores. A maioria trabalha em empresas localizadas fora do centro urbano e em horários comerciais coincidindo com os horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e PSFs.	13	4	5	4,92	,277	5	5
Dificuldade de intervenção no modo de fazer relativo a uma atividade laboral familiar “tradicional” de auto-sustento.	13	3	5	4,31	,630	4	4
Impossibilidade de mudar o agravante que está causando a doença ou lesão.	13	1	5	3,54	1,127	4	4
Sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro. Falta de ajuda integral da equipe.	13	1	5	4,38	1,193	5	5
Falta de compreensão do usuário relacionada ao auto cuidado orientado (falta de adesão às recomendações).	13	4	5	4,31	,480	4	4
Dificuldade técnica na realização de anamnese ocupacional.	13	2	5	4,00	,816	4	4
Ausência de vigilância e sistema de informação sobre saúde do trabalhador.	13	2	5	4,54	,877	5	5

Tabela 18: Demandas à atenção primária de ações de saúde do trabalhador para as quais se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada

Demanda Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Assistência a casos de varizes de membros inferiores.	13	2	5	3,46	1,198	2	4
Quando percebo que um paciente adulto apresenta muitas lesões cáries e/ou higiene bucal deficiente, questiono sobre sua rotina de trabalho para orientar adaptações que podem ser feitas para que a higiene também aconteça no seu local de trabalho, e para hábitos alimentares saudáveis durante a jornada de trabalho.	13	3	5	4,54	,877	2 e 4	5
Assistência a casos de intoxicações relacionadas ao uso de produtos químicos.	13	4	5	4,69	,480	5	5
Assistência a trabalhadores com estresse e acompanhamento psicológico dos pacientes afastados pela doença.	13	2	5	4,08	,760	4	4
Atendimento médico e psicológico a trabalhadores da área da saúde, normalmente do sexo feminino, com depressão e ansiedade. Para os usuários de medicação, as receitas são avaliadas e renovadas, e o trabalhador é cadastrado e acompanhado em casa pelo agente comunitário de saúde e, se necessário, por outros membros da equipe.	13	2	5	4,54	,877	5	5
Emissão de atestados e relatórios para afastamento da exposição ao risco.	13	2	5	4,46	,877	5	5
Campanhas de vacinação em ambientes de trabalho, objetivando atingir metas estabelecidas pela regional de saúde.	13	4	5	4,69	,480	5	5
Emissão ou preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, para trabalhadores com carteira assinada, exceto os domésticos.	13	1	5	4,54	1,127	5	5
Investigação do local de trabalho para verificação de relação entre situações de risco e agravos identificados.	13	2	5	4,46	,877	5	5
As demandas por consultas clínicas superam em número todas aquelas geradas por doenças ou acidentes de trabalho.	13	1	5	4,15	1,345	5	5

As tabelas 19, 20 e 21 apresentam as dificuldades, demandas e previsões de futuro para as quais não foi obtido consenso mesmo após revisão pelos participantes na terceira rodada.

Tabela 19: Dificuldades na execução de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária para as quais NÃO se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada

Dificuldade Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
O médico da unidade provavelmente não estaria disposto a participar de algumas atividades, como grupos educativos e busca ativa, pois em nosso município trabalham cerca de 3 a 4 horas por dia na UBS.	13	1	5	2,31	1,653	1	1

Tabela 20: Demandas à atenção primária de ações de saúde do trabalhador para as quais NÃO se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da terceira rodada

Demanda Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
Em trabalhadores com doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), normalmente é realizado apenas tratamento paliativo medicamentoso. Em raros casos, encaminha-se a serviços especializados, como fisioterapia.	13	1	5	2,92	1,441	2	2
Assistência a casos de fraturas.	13	2	5	2,92	1,188	2	2

Tabela 21: Previsões de futuro realizadas pela atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador para as quais NÃO se obteve consenso segundo técnica Delphi após realização da segunda rodada

Previsão Apresentada	n	Min	Max	Média	SD	Moda	Mediana
As ações continuarão a acontecer na rotina da Equipe de Saúde da Família, mas sem planejamento, sempre “apagando o fogo” e não prevenindo e promovendo a saúde dos trabalhadores.	13	1	5	2,08	1,382	1	2

6. DISCUSSÃO

As amostras foram consideradas adequadas em número para ambas as fases do estudo. Na fase 1, a distribuição dos participantes quanto à profissão foi representativa da distribuição destes profissionais no curso ofertado pelo NESCON de um modo geral. Na fase 2 apesar de uma pequena taxa de resposta ao convite para participação, o n de 26 participantes foi considerado apropriado para o emprego da técnica Delphi. Diversos pesquisadores também obtiveram baixas taxas de resposta em pesquisas nas quais os participantes foram profissionais da atenção primária^{47,48}. Acredita-se que o convite por e-mail reduza a adesão dos indivíduos de um modo geral, mas não foram realizados recalls ou contatos telefônicos, uma vez que a técnica demanda um número pequeno de participantes e que um dos principais pré-requisitos são o interesse e a disponibilidade em participar. Parte-se do pressuposto que aqueles que atenderam a um único convite eletrônico têm maior propensão à colaboração com este tipo de estudo, o que aumenta a confiabilidade das respostas.

Na fase 2 houve equilíbrio entre odontólogos e enfermeiros. Nesta fase, merece destaque a não participação de médicos nas rodadas 2 e 3 e de apenas um na rodada 1. Este fato pode ser interpretado como um indício do distanciamento dos médicos dos processos de trabalho das unidades básicas e equipes de saúde da família em ações que não sejam de cunho assistencial. Não acreditamos, entretanto, que este fato invalide ou minimize os resultados do estudo, uma vez que as ações de saúde do trabalhador foram aqui tratadas como atribuições gerais da equipe, sem especificidades por categoria profissional. Não obstante, tendo em vista estudo realizado com médicos atuantes na rede primária na Espanha⁴⁹, que aponta uma dificuldade destes profissionais em reconhecer seu papel no desenvolvimento de ações no campo, considerando a saúde do

⁴⁷ HARRISON J.; HARRISON C.E. Developing a model for occupational health provision in primary care. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, v. 15, n.2, p.185-192, 2002.

⁴⁸ CHAMBERS R.; MILLER D.; TWEED P.; CAMPBELL I. Exploring the need for an occupational health service for those working in primary care. *Occupational Medicine*, London, v.47, n.8, p.485-90, 1997.

⁴⁹ SANTIBÁÑEZ MARGÜELLO M. *et al.* Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

trabalhador como uma especialidade para a qual devem ser encaminhados todos os casos relacionados, acreditamos ser relevante a realização de um trabalho futuro com foco exclusivo na categoria médica para identificar o modo de pensar e agir destes profissionais na APS brasileira.

Em relação ao perfil dos participantes observamos tanto na fase 1 quanto na fase 2 uma predominância do sexo feminino. Tal predominância não é exclusiva do presente estudo. Diversos autores já identificaram a feminilização da força de trabalho em saúde no Brasil^{50,51}. A média de idade manteve-se homogênea de uma para outra fase da pesquisa, assim como o tempo de formado e o tempo de atuação na atenção primária. A mediana do tempo de atuação na atenção primária foi considerada longa o suficiente para que os profissionais pudessem emitir opiniões sobre o desenvolvimento das ações (em torno de três anos).

Em relação à diversidade sócio-econômico-cultural, o estado de Minas Gerais foi adequadamente representado, uma vez que em ambas as fases participaram profissionais de suas diversas micro e macrorregiões de saúde estabelecidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG). A representatividade da diversidade do estado poderia ser uma preocupação particularmente na segunda fase do estudo, em que o número de participantes é reduzido. Entretanto, na segunda fase os profissionais participantes foram provenientes de sete diferentes macrorregiões (Centro, Centro-sul, Sudeste, Oeste, Triângulo do Sul, Norte e Nordeste), o que foi considerado adequado.

Apesar de ter atingido os objetivos a que se propôs, algumas considerações devem ser feitas em relação ao presente trabalho. Na primeira fase da pesquisa, dentro do estudo das dificuldades, para o item priorização de Programas Verticais do Ministério da Saúde, é necessária uma ressalva. Apesar da realização do teste do instrumento não ter apontado dúvidas quanto ao entendimento desta questão, durante a discussão dos resultados no grupo de pesquisa percebeu-se a existência de ambigüidade de

⁵⁰ CANESQUI A.M.; SPINELLI M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-1892, 2006.

⁵¹ GIL C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, p.490-8, 2005.

interpretação, uma vez que o problema pode ser interpretado como sendo a existência de programas verticais, consumindo esforços da equipe, ou a ausência da Saúde do Trabalhador dentre estes mesmos programas. Entretanto, após análise da fase 2 concluímos tratar-se de um misto destes dois pontos.

Ainda na fase 1, apesar do pré-teste do instrumento e da tentativa de deixar claro no enunciado do ultimo bloco a necessidade de ordenamento das prioridades, houve participantes que lançaram números idênticos a temas diferentes. Para fins de análise, estas respostas foram invalidadas, gerando perda de 17,6% (somando não respondentes com respostas invalidadas) e um n analisado de 295. Esta decisão visou facilitar a análise e não causou distorções nos resultados, pois a grande maioria dos participantes com respostas invalidadas haviam atribuído o número 1 a todos ou quase todos os temas, reconhecendo sua importância de um modo geral.

Também é relevante considerar que o estado de Minas tem sua forma particular de estruturação da rede de cuidados do SUS, como também o têm os diferentes estados brasileiros. Para extrapolação dos resultados em nível nacional seria prudente o desenvolvimento de pesquisa semelhante em outros entes federativos.

De um modo geral, os profissionais de nível superior da APS em Minas Gerais reconhecem seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador elencadas na fase 1, com concordância acima de 60%, exceto para o estabelecimento de nexo causal (55%) e o fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias (40%). A segunda fase da pesquisa (Delphi) valida e complementa a fase anterior. Os profissionais da APS elencam espontaneamente um grande número de ações que são de sua responsabilidade segundo sua visão, se desdobrando para além das atividades previstas pelo caderno 5, parte integrante dos cadernos de Atenção Básica, publicados em 2001, como esforço do Ministério da Saúde para reorganizar a atenção primária em saúde no Brasil.

O Caderno 5 é dedicado à Saúde do Trabalhador e destina-se à capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária, especialmente às equipes de saúde da família, para o desenvolvimento de ações voltadas para a área saúde e trabalho.

Segundo este documento, como atribuições gerais, a equipe de saúde deve identificar e registrar a população economicamente ativa em seu território de abrangência, com informações sobre sexo e faixa etária; mapear as atividades produtivas desenvolvidas e os riscos à saúde e ao meio ambiente a ela relacionados; identificar os trabalhadores nas famílias que assistem, registrando sua forma de inserção no mercado de trabalho (ativo ou desempregado, formal ou informal, urbano, rural ou domiciliar), seu sexo e idade; identificar casos de trabalho precoce e a ocorrência de agravos (doenças ou acidentes) relacionados ao trabalho, independente da existência de vínculo formal de trabalho⁵². Todas estas atividades aparecem também entre aquelas elencadas pelos profissionais da APS.

Os resultados da presente pesquisa encontram respaldo na literatura internacional. Santibáñez Margüello et al (2008) destacam para a atenção primária importantes funções relacionadas à saúde dos trabalhadores. Segundo os autores, a atenção primária tem papel fundamental no desvelamento do adoecimento relacionado ao trabalho, especialmente considerando-se os trabalhadores domiciliados e inseridos na economia informal, os desempregados e os aprendizes, que escapam na Espanha, assim como no Brasil, do controle do sistema oficial de prevenção de riscos laborais.

No cenário atual assistimos a um afrouxamento das relações de trabalho com a precarização dos postos e crescimento do setor informal. Das doenças clássicas descritas por Bernardino Ramazzini⁵³ e das doenças profissionais em que o trabalho é causa indispensável para o seu desencadeamento, passamos hoje a um *boom* de novos perfis de adoecimento, em que as relações com o trabalho encontram-se mais veladas. Como exemplo, podemos citar os diversos casos de transtornos mentais, da depressão ao estresse, associados à reestruturação dos processos produtivos e das relações de trabalho e que acometem também os profissionais de saúde que manifestam claramente nesta pesquisa sua necessidade de também serem vistos e cuidados enquanto trabalhadores.

⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 63 p.

⁵³ RAMAZZINI B. *De morbis artificum diatriba*. J. Corona, 1743. 320p.

Segundo dados do IBGE, em julho de 2009 os trabalhadores sem carteira assinada representavam 18,8% da população e aqueles trabalhando por conta própria, 18,7% da população economicamente ativa⁵⁴. De acordo com Antunes (2006)⁵⁵, os processos de reestruturação produtiva no Brasil se iniciam na década de 80, determinados por imposições de empresas transnacionais, pela forte competitividade internacional e pela necessidade de resposta ao avanço do novo sindicalismo. Tal reestruturação é marcada pela redução da força de trabalho e intensificação das jornadas. Na década de 90 a reestruturação produtiva do capital desenvolve-se largamente, com intensificação de sistemas *Just in time*, subcontratação e terceirização, e descentralização produtiva. Assiste-se hoje a um processo de exigência de qualificação e superexploração da força de trabalho, com expansão do trabalho domiciliar desprovido de qualquer controle de riscos ocupacionais (domiciliação do risco) e as mais diversas formas de subcontratação. O reconhecimento dos profissionais participantes quanto ao seu papel no acolhimento e assistência ao trabalhador inserido no mercado informal merece destaque.

Os trabalhadores têm cada vez menos força e coesão na luta por direitos. Se antes os sindicatos focavam na melhoria dos salários e das condições de trabalho, hoje focam na manutenção do emprego formal, vivendo constantemente sob a ameaça da redução dos postos de trabalho e da perda de direitos trabalhistas e previdenciários. Os trabalhadores inseridos no mercado informal não têm acesso garantido a mecanismos de seguridade social e não contam com o amparo da legislação trabalhista. Também não há até o momento informações sistematicamente organizadas sobre este grupo de trabalhadores. Não é infreqüente que desenvolvam atividades com importantes riscos à saúde sem qualquer mecanismo de proteção, coletivo ou individual, uma vez que padecem de orientações e não contam com efeitos disciplinares da fiscalização dos ambientes de trabalho. O pouco que se conhece do perfil de adoecimento deste grupo decorre de

⁵⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2009. *Pesquisa mensal de emprego - PME*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme_200907tm_01.shtm

⁵⁵ ANTUNES, R. *A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. In ____ Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. Boitempo Editorial: São Paulo, p. 15-25, 2006.

informações coletadas por serviços públicos que atendem estes trabalhadores e que organizam por iniciativa própria estudos de natureza epidemiológica.

Fora do alcance da ação dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, resta a estes trabalhadores contar com as ações desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde, que privilegia a atenção primária como forma preferencial de contato com o Sistema Único de Saúde (SUS). Será fundamental a atuação destes profissionais enquanto parceiros para construção de sistemas de informação voltados para estes trabalhadores a fim de permitir o planejamento adequado das ações de saúde e de sistemas de vigilância.

Estudo de Boix et al⁵⁶ identificou como uma das prioridades em saúde do trabalhador o investimento na melhoria da identificação e do registro das doenças relacionadas ao trabalho, necessidade também reconhecida pelos participantes do presente estudo. Tendo em vista o grande número de pacientes com afecções relacionadas ao trabalho que são vistos exclusivamente pelos profissionais da atenção primária, ressalta-se a necessidade de qualificação destes profissionais. García & Gadea (2004) em estudo sobre a morbimortalidade relacionada ao trabalho na Espanha constataram que 83% das doenças relacionadas ao trabalho não são reconhecidas como tal em registros oficiais⁵⁷. Segundo Benavides et al (2005), pacientes com estas enfermidades são atendidos pela atenção primária. Tais autores constataram que 15,9% dos atendimentos realizados pelo nível primário correspondem a doenças relacionadas ao trabalho e custam aos cofres espanhóis cerca de 438 milhões de euros⁵⁸.

⁵⁶ BOIX P.; GIL J.M.; RODRIGO F. Prioridades estratégicas en SL desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la Estrategia Española en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Observatorio de SL (OSL) [serie en internet]. 2005. Disponível em: <http://www.osl.upf.edu/fitxers/InformeEstrategico.pdf>

⁵⁷ GARCÍA A.; GADEA R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. *Archivos de Prevención y Riesgos Laborales*, v.7, p.3-8, 2004.

⁵⁸ BENAVIDES F.G. et al. Certification of Occupational Diseases as Common Diseases in a Primary Health Care Setting. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 47, p. 176-80, 2005.

Segundo García e Gadea⁵⁹, a estimativa de doenças relacionadas ao trabalho a partir de diversos sistemas de notificação na Espanha evidencia a magnitude do impacto que estas enfermidades têm sobre a população economicamente ativa, assim como o seu subregistro em estatísticas oficiais. Segundo o autor, as doenças relacionadas ao trabalho com maiores incidência e prevalência estimadas são também os principais problemas de saúde atendidos pelos médicos da Atenção Primária. Portanto, torna-se fundamental desenvolver mecanismos que facilitem o trabalho da atenção primária na identificação destas patologias e um sistema capaz de coordenar o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pelos diferentes serviços assistenciais.

Estudo realizado por Fusté et al no Serviço de Saúde da Catalunha, Espanha, revelou que 49% dos médicos da Atenção Primária haviam atendido algum caso de doença relacionada ao trabalho nos últimos 15 dias e 68% haviam feito algum tipo de contato com serviços especializados em saúde do trabalhador em decorrência de problemas observados em seus pacientes⁶⁰.

À semelhança do Brasil⁶¹, a Espanha publicou um decreto determinando a notificação de doenças relacionadas ao trabalho pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde, ainda que não confirmadas. Entretanto, segundo Castejón⁶², ainda são necessários mecanismos operativos mais aprimorados para que a nova norma seja de fato um instrumento eficaz diante da magnitude dos problemas relacionados ao trabalho, fazendo-se necessário o fortalecimento do suporte técnico especializado para a Atenção

⁵⁹ GARCÍA A.; GADEA R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Atención Primaria*, Barcelona, v.40, p.439-46, 2008.

⁶⁰ FUSTÉ J.; PONSÀ J.A.; VIOLAN C. *La relació de les unitats de salut laboral de Catalunya amb els serveis d'atenció primària: la visió dels metges d'atenció primària*. XII Jornades de la Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears. Barcelona, 21-22 novembre 2002. Barcelona: Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears i Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 2002.

⁶¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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* 2004.

⁶² CASTEJÓN J.C. Enfermedades relacionadas con el trabajo: ¿un reto para la atención primaria?. *Atención Primaria*, Barcelona, v.40, n.9, p.439-46, 2008.

Primária, apoiando-a na identificação e confirmação das doenças relacionadas ao trabalho e facilitando a comunicação e atuação intersetorial entre o sistema de saúde universal e subsistemas específicos, como o de previdência social.

No Brasil, estudo de Santana et al⁶³ aponta como de grande magnitude o subregistro de acidentes de trabalho para os trabalhadores segurados pela Previdência Social. Para Castejón, é indispensável quantificar adequadamente o impacto das enfermidades relacionadas ao trabalho e o grau do seu subregistro. A assistência naturalmente prestada pela Atenção Primária a estes casos reforça a necessidade de ter disponíveis programas de formação em Saúde do Trabalhador que facilitem a gestão do problema não só do ponto de vista assistencial, mas também enquanto inegável problema de Saúde Pública.

O autor sugere a melhoria dos sistemas de notificação e a elaboração de indicadores como a esperança de vida livre de incapacidade ou mortalidade evitável por determinadas categorias profissionais ou em determinados territórios. Para Castejón, a disponibilidade de informações confiáveis em saúde do trabalhador é indispensável ao dimensionamento do problema e ao desenvolvimento de estratégias preventivas, assistenciais e de gestão de recursos.

Estudo realizado na França por Verger et al⁶⁴, identificou como uma das causas para o subregistro de doenças relacionadas ao trabalho a falta de conhecimento dos médicos quanto aos princípios e procedimentos relacionados à notificação.

Segundo Santibáñez Margüello⁶⁵, para que a atenção primária desempenhe as funções relativas ao campo saúde & trabalho, é necessário que tenha adquirido conhecimentos e

⁶³ SANTANA V.; NOBRE L.; WALDVOGEL B.C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.4, p.841-855, 2005.

⁶⁴ VERGER P. et al. Barriers to Physician Reporting of Workers' Compensation Cases in France. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, v.14, p.198-205, 2008.

⁶⁵ SANTIBÁÑEZ MARGÜELLO M. et al. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

habilidades relativos à área, durante a graduação ou pós-graduação. A grande maioria dos entrevistados no estudo espanhol (mais de 70%), afirma que uma ampliação da formação em saúde do trabalhador seria muito útil para a prática diária profissional. Ainda de acordo com os participantes a formação em saúde do trabalhador deveria dar-se através de vias diversas e complementares, o que inclui a graduação, pós-graduação e cursos de educação continuada. Mutalik⁶⁶, estudando a provisão por médicos generalistas de serviços ocupacionais ao exército britânico, concluiu também pela necessidade de treinamento apropriado, de modo que generalistas e especialistas possam se complementar na identificação, intervenção e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. Em pesquisa realizada por Elms et al⁶⁷, 62% dos profissionais da atenção primária participantes demandaram mais treinamento em saúde ocupacional. Estas opiniões são compartilhadas pelos profissionais da APS em Minas. A necessidade de capacitação aparece fortemente durante todas as etapas da pesquisa.

A deficiência na formação de recursos humanos em saúde permeia a história do SUS e é evidenciada a partir de sua expansão. Almeida & Ferraz⁶⁸, em estudo documental com foco nas políticas de formação de recursos humanos em Saúde no Brasil, concluíram que o SUS ainda não efetivou seu papel como ordenador da formação profissional em saúde. Segundo os autores, a formação e a gestão de recursos humanos neste campo foram por muitos anos negligenciadas pelos gestores dos três níveis:

“No início da década de 80, já se falava da inadequação dos profissionais para atuarem no SUS e apesar do movimento da reforma sanitária se preocupar com a formação e o emprego dos trabalhadores, não existiam políticas sérias, competentes e continuadas de pessoal, notava-se o despreparo dos profissionais para atuarem na saúde contemplando os princípios do sistema, havendo assim uma discrepância entre a formação e as reais necessidades do SUS” (pp.35).

No momento atual vivenciamos um movimento a favor da adequação da formação de Recursos Humanos em Saúde, com foco na integração entre a prática e a teoria,

⁶⁶ MUTALIK CS. Training interventions for general practitioners providing an occupational health service in the British Army. *Occupational Medicine*, v.57, p.145–148, 2007.

⁶⁷ ELMS J. et al. The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine*, v. 55, p. 523-7, 2005.

⁶⁸ ALMEIDA L.P.G.; FERRAZ C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.61, n.1, p.31-5, 2008.

incorporando ao processo de ensino-aprendizagem as necessidades advindas do trabalho real. O relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos⁶⁹ já recomendava que os conteúdos ofertados em cursos, sejam de graduação, pós-graduação ou aperfeiçoamento, deveriam estar em sintonia com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Entretanto, segundo Almeida & Ferraz, é apenas a partir de 2005 que é estabelecida uma “política articulada de educação em saúde” através da publicação da portaria que oficializa a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais na área⁷⁰, a partir da qual deriva o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-saúde.

Elms et al⁷¹ em estudo no Reino Unido também identificaram o déficit na formação profissional em matéria de saúde do trabalhador, assim como Ares na Espanha^{72,73}. Segundo Santibáñez Margüello, a formação insuficiente em saúde do trabalhador ocorre também reconhecidamente em outros países da União Européia e nos Estados Unidos. No Reino Unido, apenas seis das 19 universidades pesquisadas por Wynn et al⁷⁴ no ano de 2000 dedicavam pelo menos 6 horas ao tema. Em países como os Emirados Árabes, em que as universidades dedicam cerca de 15 horas teóricas e 3 horas práticas à saúde do trabalhador, os alunos têm avaliado o conteúdo como muito útil⁷⁵. No Brasil, estudo

⁶⁹ I Conferência Nacional de Recursos Humanos. Relatório final. Brasília; 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>

⁷⁰ BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de Novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005, 4 nov.

⁷¹ ELMS J. et al. The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine*, v. 55, p. 523-7, 2005.

⁷² ARES A. El médico de familia ante las enfermedades profesionales. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 20, p. 449-52, 1997.

⁷³ ARES A. Patologías de origen profesional. *Medicina de Familia (And)*, v.3, p.259-63, 2001.

⁷⁴ WYNN P.A.; AW T-C; WILLIAMS N.R.; HARRINGTON M. Teaching of occupational medicine to undergraduates in UK schools of medicine. *Occupational Medicine*, London, v.53, p.349-53, 2003.

⁷⁵ SANTIBÁÑEZ MARGÜELLO M. et al. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

realizado por Dias *et al*⁷⁶ na Universidade Federal de Minas Gerais, onde o curso médico tem 75 horas dedicadas à saúde do trabalhador, 30 teóricas e 45 práticas, os alunos avaliaram positivamente a disciplina, considerando-a relevante para a formação médica por despertar interesse pelas relações trabalho-saúde-doença e habilitar o aluno a prestar assistência mais adequada ao trabalhador.

Estudo de Harrison & Harrison⁷⁷, sobre a implantação de um serviço de saúde ocupacional para os médicos generalistas ingleses, identificou preocupação de 96% dos participantes com o tema saúde e trabalho. 90% deles defenderam a criação de um serviço que os assistisse enquanto trabalhadores. Segundo os pesquisadores, estresse, burnout e saúde mental são cada vez mais foco de preocupação por parte destes médicos. A preocupação com a saúde dos profissionais de saúde também foi demonstrada pelos participantes da presente pesquisa e tem sido alvo de diversos trabalhos científicos^{78,79}. Este é um ponto de importância e que oferece uma oportunidade única aos processos de aprendizagem. Os dados de Harrison & Harrison revelam que médicos atuantes na atenção primária acreditam que a existência de um serviço de saúde ocupacional para seus próprios trabalhadores, aumentaria a sensibilização destes profissionais quanto a questões relativas ao campo saúde & trabalho. Tal estratégia pode ser adotada como uma forma de aumentar o interesse dos profissionais da APS pelas capacitações oferecidas. Partir da realidade vivenciada pelos indivíduos das unidades de saúde enquanto trabalhadores pode permitir maior envolvimento destes com o processo de aprendizagem.

⁷⁶ DIAS E.C.; SILVEIRA, A.M.; CHIAVEGATTO C.V.; RESENDE N.P. O ensino das relações trabalho-saúde-doença na escola médica: percepção dos alunos e proposta de aperfeiçoamento na UFMG. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 20-26, 2006.

⁷⁷ HARRISON J.; HARRISON C.E. Developing a model for occupational health provision in primary care. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, v. 15, n.2, p.185-192, 2002.

⁷⁸ LUCAS, R.S.C.C. *Satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e saúde dos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família em Recife, Pernambuco*. 2008. 136p. Tese (Doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Fundação Universidade de Pernambuco. Recife, 2008.

⁷⁹ NOGUEIRA-MARTINS L.A. *Saúde Mental dos Profissionais de Saúde*. *Rev. Bras. Med Trab*, Belo Horizonte. Vol 1, nº1, p.56-68, Jul/Set 2003.

Processos modernos de educação têm enfoque centrado na situação de trabalho, consideram que a reflexão sistemática, crítica e compartilhada das experiências do cotidiano de trabalho, envolvendo os diversos atores de seu universo, é capaz de gerar aprendizagem e promover mudanças institucionais. Neste conceito o conhecimento é construído e não apenas transmitido. De acordo com Thorley *et al*⁸⁰, a experiência prática em saúde do trabalhador tem grande valor no aumento da confiança dos generalistas e estimula a busca por ferramentas de aprendizado no campo saúde e trabalho.

Mais que a capacitação, deseja-se a educação permanente dos profissionais da APS. Davini ressalta algumas diferenças importantes entre os dois processos⁸¹. A educação permanente é mais ampla e engloba diversas ações de capacitação cujos resultados promovem mudança organizacional. A capacitação isoladamente pode não resultar em reestruturação do modo de agir e pensar de uma instituição, mas promover mudanças em nível individual. A reflexão sobre os resultados dos processos de capacitação é condição indispensável para a educação permanente, que requer ainda análise estratégica e estudo dos determinantes culturais em uma dada organização.

Em relatório às Secretarias de Estado para Saúde e para o Trabalho e Assistência Social de Londres, Black⁸² ressalta a necessidade de aproximação dos médicos generalistas com temas relacionados à saúde do trabalhador e sugere uma integração entre os serviços de saúde ocupacional existentes e o sistema nacional de saúde inglês, a fim de formar uma rede de colaboração técnica locorregional, que permita aos generalistas aumentar seus conhecimentos no campo. No Reino Unido foi desenvolvida uma rede denominada THOR-GP – “*The Health and Occupation Reporting for General*

⁸⁰ THORLEY K.; TURNER S.; HUSSEY L.; AGIUS R. Continuing professional development in occupational medicine for general practitioners. *Occupational Medicine*, v. 59, p.342–346, 2009.

⁸¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p

⁸² BLACK C. *Working for a Healthier Tomorrow*. Report to the Secretary of State for Health and the Secretary of State for Work and Pensions. London: TSO, 2008.

Practitioners” – na qual cerca de 300 generalistas interagem através de fóruns na Internet na discussão de casos relacionados ao trabalho assistidos pela atenção primária. Além de ter um papel importante enquanto fonte de recursos educacionais, a rede permite o registro da ocorrência de casos relacionados ao trabalho atendidos no nível primário de saúde⁸³. No Brasil é necessária maior aproximação entre as unidades básicas e os Centros de referência em Saúde do Trabalhador.

Beaumont⁸⁴, em estudo Delphi com generalistas e especialistas em saúde do trabalhador em relação à reabilitação para o trabalho no Reino Unido, obteve consenso quanto à necessidade de melhorar a interação entre generalistas e especialistas em saúde ocupacional, e quanto ao reconhecimento do papel da atenção primária no processo assistencial.

Em Minas Gerais, os trabalhadores “da ponta”, como costumam ser denominados, assumem seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador. Não houve atribuição proposta para a qual não se obteve consenso na segunda fase da pesquisa. Esta é uma conclusão muito importante, por rebater argumentos de que a atenção primária, sobrecarregada, relutaria em assumir mais uma atribuição. A sobrecarga de atividades da atenção primária ocorre também em outros países, como na Inglaterra. Segundo Harrison & Harrison⁸⁵, muitos serviços sobrecarregados e trabalhando sob grande pressão conseguem apenas dedicar um tempo mínimo para ações assistenciais. Apesar disto, os dados da presente pesquisa parecem deixar claro que ações de saúde do trabalhador já fazem parte da rotina da atenção primária – o que é fato e irreversível. Falta apenas sistematizar e prover a estes profissionais os instrumentos adequados e o suporte técnico e político necessário para o seu desenvolvimento de forma mais efetiva e resolutiva. São os próprios profissionais da atenção primária que reconhecem as

⁸³ THORLEY K.; TURNER S.; HUSSEY L.; ZARIN N.; AGIUS R. CPD for GPs using the THOR-GP website. *Occupational Medicine*, London, v.57, p. 575–580, 2007.

⁸⁴ BEAUMONT D.G. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine*, v. 53, p.249–253, 2003.

⁸⁵ HARRISON J.; HARRISON C.E. Developing a model for occupational health provision in primary care. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, v. 15, n.2, p.185-192, 2002.

dificuldades, mas apresentam uma visão positiva de futuro, rechaçando a idéia de que, nas palavras de um dos participantes, *“as ações continuarão a acontecer na rotina da Equipe de Saúde da Família, mas sem planejamento, sempre “apagando o fogo” e não prevenindo e promovendo a saúde dos trabalhadores”*.

Apesar de não haver dúvidas quanto ao reconhecimento por parte dos profissionais que atuam na APS quanto à importância do desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador (nível de concordância acima de 70% para todas as 10 ações elencadas na fase 1 e acima de 85% para oito delas), os resultados apontam para uma baixa frequência em relação ao desenvolvimento destas ações na prática, exceto para as ações de atendimento a portadores de agravos relacionados ao trabalho (ações assistenciais são historicamente privilegiadas no sistema de saúde brasileiro) e a identificação da população trabalhadora em determinado território. A análise dos dados da fase 1 permite afirmar que os profissionais da APS desenvolvem ações de Saúde do Trabalhador em uma frequência que pode ser considerada inferior à esperada dado o alto nível de concordância quanto à sua importância e o reconhecimento do papel da atenção primária no seu desenvolvimento, isoladamente ou em conjunto com referências técnicas. São os próprios profissionais da atenção primária que respondem à principal pergunta suscitada por esta fase: POR QUÊ?

A resposta a esta pergunta perpassa as dificuldades vivenciadas hoje pela atenção primária no desenvolvimento destas ações. Para estas dificuldades, obtivemos um alto nível de concordância na fase 1 e uma ampliação da gama de respostas na fase 2. As dificuldades não são novas: falta capacitação efetiva, planejamento e seus desdobramentos, incentivo financeiro, apoio dos gestores, priorização para estas ações pelo Ministério da Saúde, organização de fluxos e referência técnica efetiva, há sobrecarga de atividades, dentre outras.

Dificuldades relacionadas à baixa disponibilidade de tempo, longas filas de espera para serviços especializados e falta de fluxos definidos para referenciamento também foram apresentadas como limitantes do desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador

pela atenção primária em estudo realizado no Reino Unido⁸⁶. À semelhança do que ocorre no Brasil, estudo inglês⁸⁷ também revelou que poucos serviços de Atenção Primária possuem políticas, protocolos ou registros de monitoramento de riscos e treinamento voltado para a saúde dos seus trabalhadores.

Um dos pontos apresentados como dificuldade refere-se ao descompasso de horários entre aqueles oferecidos pelas unidades básicas e os que têm disponíveis os trabalhadores com vínculo empregatício formal. Médicos generalistas ingleses apontaram esta mesma preocupação, concluindo que o serviço de saúde ocupacional, como denominam, deve ser facilmente acessível e disponível em horários convenientes aos seus usuários⁸⁵. Dissertação de mestrado de Werner⁸⁸ evidenciou que em Vitória – ES trabalhadores adultos não participam das atividades educativas promovidas pelas ESF e raramente estão presentes às suas visitas domiciliares. Algumas unidades iniciaram atendimento até as 22 horas, de forma bem sucedida, porém com foco exclusivamente assistencial. A implantação de horários especiais para os trabalhadores é uma medida inicial simples que, se adotada, pode melhorar o acesso dos trabalhadores formais aos serviços de saúde da atenção primária.

O fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias parece encontrar resistência por parte dos profissionais que atuam na atenção primária em Minas Gerais. Apesar de esta ação ter sido incluída no rol daquelas para as quais se obteve consenso com uma mediana de 4, a média obtida no Delphi e os resultados da Fase 1 demonstram que ainda há um grande número de profissionais que não estão certos desta atribuição. Esta incerteza é compreensível uma vez que o fornecimento destas orientações representa uma atividade de natureza muito diferente daquelas historicamente realizadas

⁸⁶ ELMS J. *et al.* The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine*, v. 55, p. 523-7, 2005.

⁸⁷ HARRISON J.; HARRISON C.E. Developing a model for occupational health provision in primary care. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, v. 15, n.2, p.185-192, 2002.

⁸⁸ WERNER, R.C.D. *Realidades e perspectivas da Assistência à Saúde do Adulto Trabalhador no Município de Vitória-ES*. 142p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2006.

por serviços de saúde. De fato o aprofundamento nestas questões parece-nos de responsabilidade de Centros de Referência, mas a atenção primária tem condições de assumir esta função através do fornecimento das orientações mais básicas, contando com o apoio das referências técnicas sempre que necessário.

Em Sheffield e Manchester (Reino Unido)⁸⁴, a avaliação da percepção de médicos, enfermeiros e gerentes de saúde quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pela atenção primária incluiu dentre os maiores problemas a deficiência na formação e capacitação e dificuldades no referenciamento de pacientes. Os profissionais da atenção primária demonstraram não se sentirem preparados para lidar com questões relativas à saúde do trabalhador e informaram sentirem-se mais confortáveis, portanto, referenciando estes casos para especialistas no campo. Segundo os autores, estes resultados demonstram a necessidade de investimento na educação voltada para a saúde do trabalhador e de melhorias no suporte técnico e aconselhamento fornecido pelo nível secundário.

O estudo de Santibáñez Margüello *et al*⁸⁹ aponta algumas medidas que poderiam contribuir para a melhoria do desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária, como o novo programa de especialização em Saúde da Família, a implantação de unidades especializadas em Saúde do Trabalhador em áreas geográficas descobertas e o aprimoramento das articulações intra e intersetoriais.

Na Catalunha hoje, existem oito unidades adstritas à Direção Geral de Saúde Pública, com função, dentre outras, de administrar um sistema de vigilância epidemiológica dos problemas de saúde relacionados ao trabalho notificados pelos médicos atuantes na Atenção Primária. Estas unidades assessoram e fornecem apoio técnico e de formação em Saúde do Trabalhador aos profissionais da Atenção Primária. As unidades de Saúde Ocupacional foram implantadas na Espanha a partir dos anos 90, com conseqüente

⁸⁹ SANTIBÁÑEZ MARGÜELLO M. *et al*. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

aumento no número de casos notificados de doenças relacionadas ao trabalho de 4 para 7,1 por 10.000 afiliados à seguridade social no período de 2001 a 2004⁹⁰.

No Brasil, o Caderno 5, ao apresentar ações em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde, pelas equipes de saúde da família, os agentes comunitários e as unidades básicas de saúde, sugere que as atribuições elencadas sejam discutidas e adaptadas à realidade de cada município, o que também pode ser concluído pela análise dos resultados da fase 2 deste estudo. A tendência observada à discordância no que se refere à demanda atendida pela atenção primária em saúde do trabalhador pode ser atribuída a especificidades locais que devem ser consideradas nos processos de capacitação. É evidente que a demanda apresentada em determinado município está atrelada ao tipo de trabalho desenvolvido por sua população e em seu território de abrangência. Os processos de capacitação em saúde do trabalhador precisam respeitar esta especificidade. Recomenda-se um estudo dos perfis produtivo e de morbimortalidade locais previamente ao desenvolvimento de qualquer capacitação voltada especificamente para patologias relacionadas ao trabalho. Este tipo de conteúdo deve ser ministrado local ou regionalmente segundo planejamento, e em consonância com as diretrizes da Política de Educação Permanente, que relaciona a experiência prática e as necessidades advindas dela ao processo de aprendizado. Aumenta-se assim a adesão e a possibilidade de sucesso nos processos de capacitação.

Os dados revelam uma oportunidade de capacitação e educação permanente e abrem espaço para a discussão do papel dos Centros de Referência e das Gerências Regionais de Saúde (GRSs), dos fluxos de referência e contra-referência e da resolubilidade em Saúde do Trabalhador. A capacitação é importante, mas por si só não será capaz de promover a mudança no sentido da real incorporação de ações de saúde do trabalhador no SUS. Paralelamente é de suma importância que a discussão da importância destas ações ganhe espaço político e seja inserida na agenda dos gestores nos três níveis de governo. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as GRSs devem estar atentos a esta necessidade e trabalhar pela construção deste espaço de discussão.

⁹⁰ FRANCH I.C. La atención primaria de salud, un agente clave de la salud Laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

Também devem buscar uma aproximação com a rede básica, que parece carente desta relação de forma mais sistematizada, formalizada e ampliada. É preciso também rediscutir e redefinir papéis dos ministérios e fortalecer ações intersetoriais. Apesar do grande número de trabalhadores inseridos informalmente na economia, as Delegacias Regionais de Trabalho (DRT), por exemplo, não têm acesso aos crescentes riscos domiciliados.

Segundo Franch⁸⁸ os profissionais que atuam na Atenção Primária devem ser formados de modo a atingir pelo menos quatro objetivos em Saúde do trabalhador: a) reconhecer o impacto do trabalho e das condições em que é desenvolvido sobre a saúde geral dos trabalhadores, identificando fatores de risco; b) conhecer aspectos legais, administrativos e institucionais básicos relacionados à saúde dos trabalhadores; c) deter conhecimentos e estar atualizado quanto às doenças relacionadas ao trabalho, segundo riscos específicos e atividades laborais desenvolvidas; d) assistir e prover informações básicas aos trabalhadores quanto a aspectos clínicos, preventivos e administrativos, considerando condições individuais e fatores de risco associados.

Questões relativas ao campo saúde & trabalho devem ganhar mais espaço não apenas nos cursos de especialização, mas fundamentalmente nos cursos de graduação. O Pró-saúde reforça a necessidade de mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde e o investimento em profissionais com formação mais generalista e menos especialista, sem prejuízo à qualidade do serviço prestado. O objetivo geral é: *“Incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença”⁹¹*. As novas diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem e medicina determinam que seus egressos tenham formação generalista, reflexiva, humanística e crítica, e que tenham a capacidade de identificar e atuar sobre os problemas e situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, em compromisso

⁹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*. Brasília, 2005.

com a saúde integral do ser humano, da qual o trabalho é um dos elementos centrais, como reconhecem os profissionais da atenção primária.

Não há dúvidas quanto à importância da saúde do trabalhador na prática da APS. Paradoxalmente e contrariando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, toda proposta de capacitação neste campo aparece como secundária ou optativa, como é o caso hoje do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família ofertado pelo NESCON, do qual fazem parte os participantes da pesquisa. Para o processo de educação permanente deve haver aprendizagem significativa, crítica e reflexiva, pautada sobre as necessidades de saúde da população assistida identificada a partir da experiência dos profissionais que desenvolvem estas ações. São os profissionais da APS que afirmam com 100% de concordância que o módulo de Saúde do Trabalhador deveria ser obrigatório: *“Se não houver a capacitação de todos os profissionais da atenção básica nesta área, não vai haver mudanças. Pois, sem conhecimento não se faz nada. Inclusive acho que o módulo de Saúde do Trabalhador do curso de especialização não deve ser opcional, mas sim um módulo básico, ministrado a todos os profissionais em especialização em Atenção Básica e Saúde da Família”*. Podemos transpor este resultado para outros contextos e sugerir que a saúde do trabalhador integre os conteúdos formativos de toda natureza. Concluímos a partir do estudo que ações de saúde do trabalhador fazem parte das necessidades advindas da prática profissional na atenção primária.

7. CONCLUSÃO

As atuais diretrizes sobre educação em saúde estão em sintonia com a proposta de inserção de ações de saúde do trabalhador na atenção primária, uma vez que são os profissionais que nela atuam que reconhecem o seu papel no desenvolvimento destas ações e urgem pela necessidade de capacitação neste campo de atuação. Acredita-se que atenção primária capacitada tenha condições de atuar com bom nível de resolubilidade no campo saúde e trabalho.

Ações de saúde do trabalhador já fazem parte da rotina da atenção primária – o que é fato e irreversível. Falta apenas sistematizar e prover a estes profissionais os instrumentos adequados e o suporte técnico e político necessário para o seu desenvolvimento de forma mais efetiva e resolutiva. Apesar de importante, a capacitação por si só não será capaz de promover esta mudança sendo indispensável uma discussão política que envolva gestores dos três níveis de governo, CERESTs, GRSs, APS e representantes da sociedade, no sentido da solução para as dificuldades vivenciadas hoje no processo de inserção destas ações na APS e pelo sistema de saúde brasileiro como um todo.

Deve-se evitar os erros freqüentes no processo de capacitação já evidenciados por Davini⁹², como a adoção de estratégias educacionais pautadas na clássica lógica escolar. Iniciativas isoladas e restritas no tempo e no espaço como palestras, cursos e orientações comunitárias de efeito curto, cuja mudança promovida é temporária e não se sustenta; a simplificação, o tecnicismo e a desconsideração do contexto político institucional; a utilização da capacitação enquanto meio para alcançar objetivos pontuais, sem foco na mudança organizacional; a utopia de que a capacitação é capaz de solucionar deficiências em curto espaço de tempo e sem demandar grandes esforços; a crença de que a capacitação soluciona problemas que na realidade são mais complexos e dependentes de diversos fatores; tendência à implantação de projetos sem continuidade,

⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

que não são capazes de promover mudanças efetivas e deficiência ou insuficiência de uma cultura de avaliação que seja capaz de nortear experiências futuras a partir dos erros e acertos de projetos anteriores.

Recomenda-se que: a) os processos de capacitação em saúde do trabalhador sejam planejados a partir do estudo dos perfis produtivo e de morbimortalidade locorregionais, contendo, entretanto, conteúdos gerais comuns básicos, como ferramentas para a identificação da população trabalhadora e do perfil produtivo de dado território, informação, notificação e planejamento, em saúde, noções básicas sobre a RENAST e legislação relacionada, direitos trabalhistas e previdenciários; b) todo e qualquer módulo de Saúde do Trabalhador seja obrigatório no processo de formação de profissionais para a APS; c) a capacitação em saúde do trabalhador seja ministrada de forma integrada a outras capacitações fornecidas à APS e não como um curso isolado dos demais; d) abra-se espaço para a discussão das questões relativas ao campo saúde & trabalho não apenas em cursos de especialização, mas fundamentalmente nos cursos de graduação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA L.P.G.; FERRAZ C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.61, n.1, p.31-5, 2008.

ALVARENGA A.; CARVALHO P.S.; ESCÁRIA S.C. *Delphi – Métodos e Aplicações*. Lisboa, Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais, 2007. Disponível em: [http:// www.dpp.pt](http://www.dpp.pt)

ANTUNES, R. *A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. In ____ Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. Boitempo Editorial: São Paulo, p. 15-25, 2006.

ARES A. El médico de familia ante las enfermedades profesionales. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 20, p. 449-52, 1997.

ARES A. Patologías de origen profesional. *Medicina de Familia (And)*, v.3, p.259-63, 2001.

BEAUMONT D.G. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine*, v. 53, p.249–253, 2003.

BENAVIDES F.G. *et al.* Certification of Occupational Diseases as Common Diseases in a Primary Health Care Setting. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 47, p. 176-80, 2005.

BLACK C. *Working for a Healthier Tomorrow*. Report to the Secretary of State for Health and the Secretary of State for Work and Pensions. London: TSO, 2008.

BOIX P.; GIL J.M.; RODRIGO F. Prioridades estratégicas en SL desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la Estrategia Española en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Observatorio de SL (OSL) [serie en internet]. 2005. Disponível em: <http://www.osl.upf.edu/fitxers/InformeEstrategico.pdf>

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. 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, 1990, 20 set.

BRASIL. Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, 2004. (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Módulo Instrucional de Capacitação da Rede Básica de Saúde do SUS em Saúde do Trabalhador: Instrutor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Projeto de Pesquisa “*Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família – no SUS*”. Brasília, 2008. (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional em Saúde do Trabalhador no SUS. Portaria número 3.908 de 30 de outubro de 1998. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 19 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 7 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006; 23 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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* 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família*; 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 63 p.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de Novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005, 4 nov.

CANESQUI A.M.; SPINELLI M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-1892, 2006.

CASTEJÓN J.C. Enfermedades relacionadas con el trabajo: ¿un reto para la atención primaria?. *Atención Primaria*, Barcelona, v.40, n.9, p.439-46, 2008.

CHAMBERS R.; MILLER D.; TWEED P.; CAMPBELL I. Exploring the need for an occupational health service for those working in primary care. *Occupational Medicine*, London, v.47, n.8, p.485-90, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

DIAS E.C. *A inserção de ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde: aspectos conceituais, bases legais, desafios e oportunidades*. Texto de discussão na oficina: “A vigilância em saúde ambiental, a saúde do trabalhador e a Atenção Básica: integrando agendas” realizada em Brasília, na 8ª. EXPOEPI; 2008.

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, 2008. (mimeo)

DIAS E.C.; CHIAVEGATTO C.V.; LACERDA E SILVA T.; REIS J.C.; CAMPOS A.S. *A inserção das ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST*. Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador – SIMBRAST, 2008. (no prelo)

- DIAS E.C.; HOEFEL M.G. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817- 28, 2005.
- DIAS E.C.; SILVEIRA, A.M.; CHIAVEGATTO C.V.; RESENDE N.P. O ensino das relações trabalho-saúde-doença na escola médica: percepção dos alunos e proposta de aperfeiçoamento na UFMG. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 20-26, 2006.
- ELMS J. *et al.* The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine*, v. 55, p. 523-7, 2005.
- FRANCH I.C. La atención primaria de salud, un agente clave de la salud Laboral. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.
- FUSTÉ J.; PONSÀ J.A.; VIOLAN C. *La relació de les unitats de salut laboral de Catalunya amb els serveis d'atenció primària: la visió dels metges d'atenció primària*. XII Jornades de la Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears. Barcelona, 21-22 novembre 2002. Barcelona: Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears i Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 2002.
- GARCÍA A.; GADEA R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. *Archivos de Prevención y Riesgos Laborales*, v.7, p.3-8, 2004.
- GARCÍA A.; GADEA R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Atención Primaria*, Barcelona, v.40, p.439-46, 2008.
- GIL C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, p.490-8, 2005.
- 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, 2005.
- GONTIJO, L.P.T. Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde. 2006. 225p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.
- GOODMAN C.M. The Delphi technique – a critique. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, v.12, n.5, p.729-734, 1987.
- HARRISON J.; HARRISON C.E. Developing a model for occupational health provision in primary care. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, v. 15, n.2, p.185-192, 2002.
- I Conferência Nacional de Recursos Humanos. Relatório final. Brasília; 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2009. *Pesquisa mensal de emprego - PME*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme_200907tm_01.shtm

LINSTONE, H.; TUROFF, M. *The Delphi Method – Techniques and Applications*. Boston: Addison- Wesley Company, 1975.

LUCAS, R.S.C.C. *Satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e saúde dos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família em Recife, Pernambuco*. 2008. 136p. Tese (Doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Fundação Universidade de Pernambuco. Recife, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS L.A. *Saúde Mental dos Profissionais de Saúde*. Rev. Bras. Med Trab, Belo Horizonte. Vol 1, n°1, p.56-68, Jul/Set 2003.

OLIVEIRA, J.S.P. *et al. Introdução ao método Delphi*. Cutitiba: Mundo material, 2008. 16p.

ORRIOLS R. *et al. Reported occupational respiratory diseases in Catalonia. Occupational and Environmental Medicine*, v. 63, p.255-60, 2006.

PIOLA S.F.; VIANNA S.M.; VIVAS-CONSUELO D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18(Suplemento), p.181-190, 2002.

PROGRAMA ÁGORA. Home Page. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora/>

RAMAZZINI B. *De morbis artificum diatriba*. J. Corona, 1743. 320p.

SANTANA V.; NOBRE L.; WALDVOGEL B.C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.4, p.841-855, 2005.

SANTIBÁÑEZ MARGÜELLO M. *et al. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. Atención Primaria*, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, 2008.

SILVA R.F.; TANAKA O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.33, n.3. p. 207-16, 1999.

SMITH N.A.L. Occupational medicine and the general practitioner. *Occupational Medicine*, London, v. 55, n. 2, p. 77-78, 2005.

THORLEY K.; TURNER S.; HUSSEY L.; AGIUS R. Continuing professional development in occupational medicine for general practitioners. *Occupational Medicine*, v. 59, p.342–346, 2009.

THORLEY K.; TURNER S.; HUSSEY L.; ZARIN N.; AGIUS R. CPD for GPs using the THOR-GP website. *Occupational Medicine*, London, v.57, p. 575–580, 2007.

VERGER P. *et al.* Barriers to Physician Reporting of Workers' Compensation Cases in France. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, v.14, p.198–205, 2008.

WERNER, R.C.D. *Realidades e perspectivas da Assistência à Saúde do Adulto Trabalhador no Município de Vitória-ES*. 142p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2006.

WITT R.R. *Competências da enfermeira na atenção básica: construção das Funções Essenciais de Saúde Pública*. 2005. 336p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care and Basic Occupational Health Services: Challenges and Opportunities". Document WHO-EM/HSG/029/E/1.06/400 - Intercountry Workshop, Sharm el-Sheikh, Egypt, 2005.

WYNN P.A.; AW T-C; WILLIAMS N.R.; HARRINGTON M. Teaching of occupational medicine to undergraduates in UK schools of medicine. *Occupational Medicine*, London, v.53, p.349-53, 2003.

ANEXO A: QUESTIONÁRIO FASE 1

Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na

Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família – no SUS



Questionário Profissionais de Nível Superior

Profissão	☐ Médico	☐ Enfermeiro	☐ Dentista
Tempo de formado	☐ Menos de 1 ano _____ anos e _____ meses		
Tempo na Atenção Básica	☐ Menos de 1 ano _____ anos e _____ meses		
Idade	_____ anos		
Sexo	☐ Masculino	☐ Feminino	
Cidade(s) em que trabalha na Atenção Primária _____			

Para cada uma das ações abaixo, selecione com um X a opção que em sua opinião melhor define os responsáveis por sua execução na prática diária de trabalho:

	Âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS)	Âmbito da Referência em Saúde do Trabalhador	Âmbito de Ambos
1. Identificação da população trabalhadora de determinado território			
2. Mapeamento da atividade produtiva de determinado território			
3. Identificação de riscos potenciais à saúde dos trabalhadores formais ou informais			
4. Atendimento ao trabalhador com agravo à saúde relacionado ao trabalho			
5. Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho			
6. Fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias			
7. Notificação de agravo à saúde relacionado ao trabalho			
8. Planejamento e execução de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador			
9. Desenvolvimento de programas de Educação em Saúde do Trabalhador			
10. Desenvolvimento de projetos de promoção à saúde relacionados à Saúde do Trabalhador			

Para cada uma das ações abaixo, selecione com um X a opção que melhor define a frequência com que as realiza em sua prática diária de trabalho na Atenção Primária (APS):

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca	Não é do âmbito da APS
11. Identificação da população trabalhadora de determinado território					
12. Mapeamento da atividade produtiva de determinado território					
13. Identificação de riscos potenciais à saúde dos trabalhadores formais ou informais					
14. Atendimento ao trabalhador com agravo à saúde relacionado ao trabalho					
15. Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho					
16. Fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias					
17. Notificação de agravo à saúde relacionado ao trabalho					
18. Planejamento e execução de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador					
19. Desenvolvimento de programas de Educação em Saúde do Trabalhador					
20. Desenvolvimento de projetos de promoção à saúde relacionados à S. Trabalhador					

Tendo em vista a sua prática de trabalho e os diversos problemas enfrentados no dia a dia, como classificaria o desenvolvimento de cada uma das ações de Saúde do Trabalhador abaixo pela Atenção Primária (APS):

	Indispensável	Importante	Pouco importante	Dispensável	Não é do âmbito da APS
21. Identificação da população trabalhadora de determinado território					
22. Mapeamento da atividade produtiva de determinado território					
23. Identificação de riscos potenciais à saúde dos trabalhadores formais ou informais					
24. Atendimento ao trabalhador com agravo à saúde relacionado ao trabalho					
25. Estabelecimento da relação do agravo com o trabalho					
26. Fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias					
27. Notificação de agravo à saúde relacionado ao trabalho					
28. Planejamento e execução de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador					
29. Desenvolvimento de programas de Educação em Saúde do Trabalhador					
30. Desenvolvimento de projetos de promoção à saúde relacionados à S. Trabalhador					

As frases abaixo apresentam possíveis dificuldades para a execução de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária. Para cada uma, selecione a opção que melhor expressa a sua opinião.

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
31. Abordagem deficiente de temas relacionados à área saúde e trabalho na formação profissional				
32. Estrutura física inadequada no local de trabalho (Centros de Saúde)				

33. Dificuldade de encaminhamento para a rede de Saúde do Trabalhador				
34. Ausência de suporte técnico efetivo em Saúde do Trabalhador				
35. Priorização de Programas Verticais do Ministério da Saúde				
36. Sobrecarga de atividades na Atenção Básica – escassez de tempo				

Ordene os conteúdos que gostaria de ver presentes em um curso de capacitação sobre Saúde do Trabalhador segundo sua importância de 1 a 5, sendo 1 o mais importante e 5 o menos:

- ☐ Diagnóstico e tratamento de agravos relacionados ao trabalho
- ☐ Funcionamento da rede de atenção à Saúde do Trabalhador
- ☐ Papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
- ☐ Vigilância em Saúde do Trabalhador
- ☐ Direitos previdenciários e trabalhistas

ANEXO B: QUESTIONÁRIO RODADA 1 – FASE 2 (DELPHI)

Profissão

Sexo

Idade em anos completos

Tempo na atenção básica em anos e meses

Tempo de formado em anos e meses

Cidade de atuação na AB

1. Em sua opinião, quais ações em Saúde do Trabalhador são atribuições da Atenção Primária? Cite-as.
2. No dia-a-dia das atividades da atenção primária, quais as demandas mais comuns relacionadas à Saúde do Trabalhador – atividades que você precisa desenvolver e que tenham relação com o processo saúde-trabalho-doença?
3. Quais são as dificuldades que você percebe na prática para desenvolver atividades ou solucionar demandas que estejam relacionadas à Saúde do Trabalhador?
4. Como imagina que será o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na prática diária da Atenção Básica nos próximos anos?

ANEXO C: QUESTIONÁRIO RODADA 2 – FASE 2 (DELPHI)

Saúde do Trabalhador na Atenção Básica - Delphi Rodada 2

Esta é a segunda rodada da pesquisa sobre as ações da ST na AB. As questões propostas nesta rodada representam uma compilação das respostas que obtivemos na primeira rodada. Reflita criticamente antes de responder a cada item e sinta-se livre para expressar o seu real ponto de vista. Obrigado e bom trabalho!

* Required

Identificação

Profissão *

-  Enfermeiro(a)
-  Médico(a)
-  Odontólogo(a)

Sexo *

-  Feminino
-  Masculino

Idade (em anos) *

--	--

Tempo na Atenção Básica (em anos e meses) *

Page 10 of 10

Tempo na de formado (em anos e meses) *

Page 10 of 10

Cidade(s) de atuação na AB *

Bloco 1 - Atribuições da Atenção Básica

Neste primeiro bloco serão apresentadas possíveis atribuições da AB na execução de ações de ST. Para cada enunciado, assinale o item que reflete o seu grau de concordância com a atribuição proposta. Se desejar, há um espaço para comentários.

Cadastrar as atividades produtivas existentes na área de abrangência da unidade de saúde, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Cadastrar a População Economicamente Ativa por sexo e faixa etária. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ações de vigilância, como a realização de inspeções nos ambientes de trabalho na área de atuação das equipes de saúde com a finalidade de identificação de possíveis riscos de adoecimento e o desenvolvimento de ações educativas junto aos trabalhadores e empregadores no sentido da sua prevenção. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Notificar a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho de notificação compulsória, através dos instrumentos apropriados, mesmo se não houver necessidade de afastamento do trabalhador. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ações diversas de promoção, prevenção de doenças e acidentes e recuperação da saúde de agravos relacionados ao trabalho, dentro dos limites da atenção básica, nos planos individual e coletivo. Educação e orientação em saúde para redução de riscos e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ações de assistência: atendimento da demanda em situações não emergenciais, de menor complexidade, com realização de anamnese ocupacional e diagnóstico/identificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, sejam eles acidentes ou doenças, registrando adequadamente o atendimento no prontuário clínico individual e conduzindo o tratamento dos casos (cura e reabilitação). *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Realizar encaminhamento, quando necessário, para outros níveis de complexidade (secundário e terciário), incluindo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador ou outras especialidades e unidades de pronto atendimento ou serviços hospitalares. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Quando necessário, notificar outros serviços de proteção aos direitos dos trabalhadores, como a delegacia regional do trabalho ou o ministério público. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Solicitar exames complementares e encaminhar o paciente para exames especiais, se necessário (através da Secretaria Municipal de Saúde). *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Realizar a busca ativa de casos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Informar e orientar o trabalhador em relação à origem e mecanismos de seu adoecimento, formas de tratamento e prevenção pos-síveis, medidas que devem ser adotadas para evitar agravamento de seu caso ou surgimento de novos episódios. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ações educativas, como a orientação aos trabalhadores, individual e coletivamente, sobre relações de trabalho, condições de saúde, riscos e prevenção de acidentes. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Fornecer atestados, relatórios ou outros documentos necessários ao trabalhador. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Fornecer orientações trabalhistas e previdenciárias pertinentes a cada situação. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Emitir e/ou preencher a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de trabalhador com carteira assinada, orientando-o sobre a importância deste documento. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Identificar a ocorrência de trabalho infantil ou precoce e acionar órgãos competentes. Desenvolver ações educativas junto às famílias, orientando os pais sobre as consequências do trabalho infantil na vida e na saúde das crianças e promover articulações intersetoriais no sentido de enfrentamento da questão. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Notificar a órgãos competentes, como a vigilância sanitária municipal, por exemplo, a existência de situações de risco para a saúde dos trabalhadores (condições de trabalho inadequadas ou insalubres). *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Educação em saúde para coletivos de trabalhadores: orientações quanto a riscos, prevenção de acidentes e doenças, higiene ambiental, dos alimentos e pessoal e alimentação adequada nas empresas. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo

- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Promover a inclusão dos trabalhadores na agenda da equipe, de forma a contemplá-los, reduzindo a incompatibilidade de horários de trabalho com programas e atendimentos nas unidades. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Buscar a integração de fato com a rede de atenção em Saúde do Trabalhador, procurando informações sobre os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) de sua região. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Acolhimento e acompanhamento dos trabalhadores pelas equipes de saúde da família, sempre que necessário. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Desenvolver ações de prevenção junto às empresas da sua área de abrangência, através de palestras, comemoração de datas relevantes, parcerias, etc e sensibilizar os empregadores para adequação às normas legais. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ações de rastreamento de diabetes (glicemia capilar) e HAS nas empresas. *

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Promover campanhas de vacinação nas empresas. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Investigar a relação entre o adoecimento e o trabalho (estabelecimento de nexos) através da anamnese ocupacional e da investigação do local de trabalho. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Bloco 2 - Dificuldades na execução das ações

Neste segundo bloco serão apresentadas possíveis dificuldades na execução de ações de ST pela AB. Para cada enunciado, assinale o item que reflete o seu grau de concordância com a dificuldade sugerida. Se desejar, há um espaço para comentários. *

A Equipe de Saúde da Família não desenvolve de maneira sistematizada, planejada e organizada ações preventivas coletivas para os trabalhadores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta de objetividade e excesso de burocracia. A exigência de preenchimento de grande número de relatórios e envio de dados consome muito tempo, sobrando pouco para realizar outras atividades, como educação e prevenção. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Órgãos fiscalizadores não dão suporte à atenção primária. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Referência e contra-referência deficientes. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

A saúde do trabalhador é pouco discutida. Muitos profissionais e gestores desconhecem o tema e não estão capacitados. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta apoio das prefeituras. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Desinteresse dos gestores, que discursam que a saúde do trabalhador é de responsabilidade da vigilância epidemiológica e da medicina do trabalho e que a atenção básica já tem muitas

atribuições (hipertensos, gestantes, diabéticos, crianças, etc) e que não seria capaz de assumir mais uma. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Inexistência na Unidade Básica de diretrizes formais ou ações definidas para atendimento a trabalhadores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

A Equipe de Saúde da Família precisa ser capacitada para o planejamento de ações em saúde do trabalhador. Hoje muitas ações são realizadas de forma desordenada na rotina da equipe. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta capacitação técnica da equipe e conhecimento mais aprofundado sobre questões relativas à saúde do trabalhador. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Faltam profissionais nas Unidades Básicas (médicos e enfermeiros) e para a realização de fisioterapia. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente

- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade em realizar atividades fora das Unidades Básicas, pois a população não compreende a ausência do enfermeiro ou do médico na UBS. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

A ESF não realiza levantamentos, não inspeciona o local de trabalho, não notifica (na maioria das vezes) e não trabalha intersetorialmente no que tange a saúde do trabalhador. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade em ter disponível um meio de transporte para as aldeias rurais e no deslocamento destes trabalhadores à Unidade Básica de Saúde para palestras educativas. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

O médico da unidade provavelmente não estaria disposto a participar de algumas atividades, como grupos educativos e busca ativa, pois em nosso município trabalham cerca de 3 a 4 horas por dia na UBS. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldades relacionadas à incompatibilidade de horários entre trabalho e Serviços de Atenção Básica. O horário de funcionamento da unidade de saúde não é favorável aos trabalhadores. A maioria trabalha em empresas localizadas fora do centro urbano e em horários comerciais coincidindo com os horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e PSFs. *

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade de intervenção no modo de fazer relativo a uma atividade laboral familiar “tradicional” de auto-sustento. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Impossibilidade de mudar o agravante que está causando a doença ou lesão. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta de incentivo. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro. Falta de ajuda integral da equipe. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Faltam vagas para realização de fisioterapia. *

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade de encaminhamento para serviços de média e alta complexidade. Faltam vagas para especialidades médicas. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta de compreensão do usuário relacionada ao auto cuidado orientado (falta de adesão às recomendações). *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Faltam protocolos para nos basear e respaldar , o que dificulta a classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Os treinamentos e capacitações são, em sua grande maioria, realizados em grandes centros. As prefeituras de municípios menores tem dificuldade de investir nas viagens e diárias para os profissionais. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Muitos trabalhadores não contribuem com o INSS, não usufruindo de direitos previdenciários em caso de acidentes. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade em informar ao trabalhador sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários, por falta de preparo técnico. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta de tempo para inspecionar os ambientes de trabalho para verificação da existência de riscos. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade técnica na investigação de fatores de risco. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Inexistência de Centro de Referência em Saúde do trabalhador no município. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade de busca ativa. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade técnica na realização de anamnese ocupacional. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade de investigação clínica e epidemiológica e de fatores de risco. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ausência de vigilância e sistema de informação sobre saúde do trabalhador. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

À ocorrência de um acidente de trabalho, as empresas encaminham os trabalhadores para o Pronto Socorro ou para especialistas e muitas vezes o usuário não passa pela atenção primária. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta de esclarecimento sobre algumas ações de saúde do trabalhador que poderiam fazer parte das atividades diárias das equipes de saúde da família. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta de capacitação da equipe para fazer uma associação entre o problema apresentado pelo paciente com suas atividades atuais e pregressas (relacionar a doença com o processo de trabalho). *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Bloco 3 - Demandas à Atenção Básica

Neste terceiro bloco serão apresentadas possíveis demandas no dia-a-dia dos profissionais de AB. Para cada enunciado, assinale o item que reflete o seu grau de concordância com a demanda apresentada. Se desejar, há um espaço para comentários.

Em trabalhadores com doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), normalmente é realizado apenas tratamento paliativo medicamentoso. Em raros casos, encaminha-se a serviços especializados, como fisioterapia. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a casos de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT): mialgia, lombalgia, dores nos ombros e em membros inferiores, etc. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente

- ☐ Concordo totalmente

Assistência a casos de fraturas. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a casos de varizes de membros inferiores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Quando percebo que um paciente adulto apresenta muitas lesões cáries e/ou higiene bucal deficiente, questiono sobre sua rotina de trabalho para orientar adaptações que podem ser feitas para que a higiene também aconteça no seu local de trabalho, e para hábitos alimentares saudáveis durante a jornada de trabalho. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a problemas respiratórios. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Encaminhamento a especialistas em decorrência de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo

- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a acidentes de trabalho: realização de curativos para cortes, lesões ulcerativas e queimaduras. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a casos de intoxicações relacionadas ao uso de produtos químicos. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Acompanhamento de doentes crônicos com patologias resultantes da atividade exercida anteriormente. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a trabalhadores com estresse e acompanhamento psicológico dos pacientes afastados pela doença. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Atendimento médico e psicológico a trabalhadores da área da saúde, normalmente do sexo feminino, com depressão e ansiedade. Para os usuários de medicação, as receitas são avaliadas e renovadas, e o trabalhador é cadastrado e acompanhado em casa pelo agente comunitário de saúde e, se necessário, por outros membros da equipe. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Emissão de atestados e relatórios para afastamento da exposição ao risco. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Não há nada especificamente voltado para os trabalhadores. O atendimento baseia-se na demanda espontânea. Os próprios trabalhadores nos procuram quando necessitam de um atestado médico, ou de um curativo ou medicação. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Campanhas de vacinação em ambientes de trabalho, objetivando atingir metas estabelecidas pela regional de saúde. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Em unidades de saúde localizadas em uma área rural, muitas das demandas estão relacionadas ao trabalho na pecuária e agricultura de pequeno porte. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a lesões cutâneas relacionadas à exposição prolongada e desprotegida ao sol. Na odontologia, por exemplo: lesões de lábio inferior cancerizáveis em função da exposição prolongada ao sol e relacionada à atividade laboral. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Realização de anamnese ocupacional. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Solicitação de exames complementares necessários ao esclarecimento do caso. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Emissão ou preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, para trabalhadores com carteira assinada, exceto os domésticos. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Notificação no SINAN quando confirmado caso de agravo relacionado ao trabalho de notificação compulsória. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente

- ☐ Concordo totalmente

Assistência à Saúde dos Trabalhadores, tendo como porta de entrada o PSF: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Atividades educativas, de prevenção e promoção de saúde. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Fornecimento de medicação. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Visitas domiciliares quando se faz necessário o acompanhamento regular. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Investigação do local de trabalho para verificação de relação entre situações de risco e agravos identificados. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente

- ☐ Concordo totalmente

As demandas por consultas clínicas superam em número todas aquelas geradas por doenças ou acidentes de trabalho. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

O médico faz o diagnóstico, trata os casos de menor complexidade, encaminha os casos de maior complexidade para outras especialidades ou serviços de urgência e emergência e orienta o paciente sobre as possíveis causas de seu adoecimento. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Bloco 4 - Futuro da ST na AB

Neste quarto bloco serão apresentadas visões de futuro para a execução de ações de ST pela AB. Para cada enunciado, assinale o item que reflete o seu grau de concordância com a previsão. Se desejar, há um espaço para comentários.

As ações continuarão a acontecer na rotina da Equipe de Saúde da Família, mas sem planejamento, sempre “apagando o fogo” e não prevenindo e promovendo a saúde dos trabalhadores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Se a Equipe de Saúde da Família não for capacitada ou sensibilizada para o tema, não haverá melhoras consideráveis na realidade atual. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente

- ☐ Concordo totalmente

Com a implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, as ações neste campo vão ser mais efetivas. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

A população será orientada sobre as doenças ocupacionais, sobre trabalho infantil e seu impacto na vida da criança. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

As Unidades Básicas deverão ter um horário especial para atender os trabalhadores, formando grupos para orientação em saúde. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Os profissionais de saúde serão orientados e sensibilizados quanto à importância de ter uma atenção especial voltada para o trabalhador. Os treinamentos oferecidos vão ampliar os conhecimentos. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Inevitavelmente no futuro, para que vejamos o paciente de forma integral, teremos que desenvolver ações de prevenção através de parcerias entre o setor público e privado, que emprega os trabalhadores, para juntos orientar e garantir condições e ambientes de trabalho livres de riscos ou pelo menos, com o menor risco possível para os trabalhadores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

A atenção aos trabalhadores será mais dinâmica, capacitada e especializada. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Como tenho percebido o governo está se preocupando mais com a saúde de seus trabalhadores, e parece querer investir mais na saúde do trabalhador. Já está sendo lançada a nova guia voltada para a saúde do homem, o que pode ser uma forte aliada para os trabalhadores. Mas creio que se o governo estiver disposto a investir nas equipes de saúde da família, contratando profissionais especializados e capacitados para no mínimo coordenar as ações da atenção básica, poderíamos ter um grande avanço nesse desenvolvimento. As unidades teriam mais condições de trabalho e muitos problemas seriam saciados ou evitados. E realmente teríamos uma prática diária real. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ao estudar o módulo de Saúde do Trabalhador, percebi que o tema é muito amplo, vasto, perpassando áreas do conhecimento que envolvem questões jurídicas, por exemplo, o que muitas vezes “foge” do entendimento cotidiano e fracionado dos profissionais da atenção básica. E como o entendimento de saúde vai além de um aspecto biológico e cada vez mais agrega outros aspectos da vida humana, a questão “saúde do trabalhador” cada vez exigirá mais articulações e debates entre diferentes setores e áreas do conhecimento. Assim, nos próximos anos imagino que as ações na atenção básica deverão ser intrinsecamente mais articuladas intersetorialmente. Um passo inicial será a capacitação dos trabalhadores na atenção básica e uma incitação e sensibilização dos mesmos às questões relativas ao tema e sua ampla gama de implicações. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Imagino que será trabalhoso, como tudo que se faz pela primeira vez, um leque extenso de novas atribuições às já sobrecarregadas da equipe, mas nada como o tempo para as coisas se ajeitarem. Saúde do trabalhador é de suma importância na atenção primária, onde podemos desenvolver ações de promoção, proteção, assistência, vigilância à sua saúde e investigar a relação dos agravos apresentados com o trabalho e, desta forma, implementar ações de prevenção, contribuindo para que os cidadãos possam trabalhar e viver com saúde. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Acredito que as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica possam vir a ser modificadas de acordo com as patologias e os riscos apresentados pela demanda. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Hoje se trabalha com a prevenção de acidentes físicos de trabalho, acredito que futuramente possa existir um enfoque maior na prevenção de sofrimentos psíquicos voltado para os trabalhadores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Haverá atividades sistematizadas e monitoradas por sistema de vigilância, não somente curativas e de reabilitação, mas relacionadas à prevenção. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

De acordo com a OMS, os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados com as novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados às novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), desempregados,

problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Imagino que essas ações sejam realizadas num processo de integração de Saúde, com as comunidades, com os Sindicatos Trabalhistas, com os empregadores, fazendo permear todas essas áreas, a cultura da prevenção como promoção da saúde, da responsabilidade para com os direitos e deveres tanto quando empregado ou empregador, garantindo aos trabalhadores acesso à informação, prevenção, tratamento e amparo em suas necessidades. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Que sejam formadas redes de atenção à saúde do trabalhador para encaminhamento de casos em todos os níveis de atenção, quando necessário. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Se não houver a capacitação de todos os profissionais da atenção básica nesta área, não vai haver mudanças. Pois, sem conhecimento não se faz nada. Inclusive acho que o módulo de Saúde do Trabalhador do curso de especialização não deve ser opcional, mas sim um módulo básico, ministrado a todos os profissionais em especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Algumas ações já fazem parte do cotidiano das equipes falta apenas sistematizá-las. *

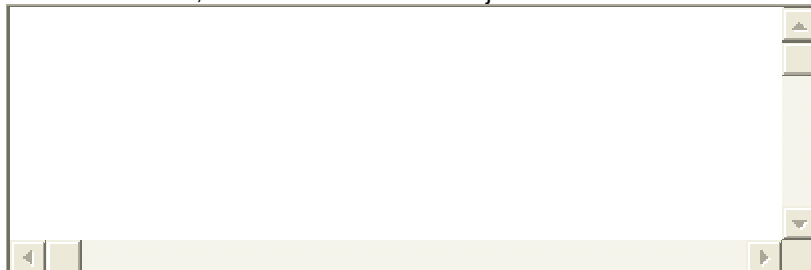
- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente

- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Bloco 5 - Questão Aberta

A próxima questão se refere aos resultados da primeira fase desta pesquisa, que consistiu na aplicação de questionário a todos os alunos do curso de especialização em julho de 2009.

De um modo geral, os profissionais de nível superior da APS reconhecem seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador elencadas, com concordância acima de 60%, exceto para o estabelecimento de nexos causal (55%) e o fornecimento de orientações trabalhistas e previdenciárias (40%). Os dados não deixam dúvidas quanto ao reconhecimento por parte dos profissionais que atuam na APS quanto à importância do desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador. O nível de concordância está acima de 70% para todas as 10 ações elencadas e acima de 85% para oito delas. Em relação ao desenvolvimento destas ações na prática, entretanto, os resultados são mais modestos, exceto para as ações de atendimento a portadores de agravos relacionados ao trabalho (realizada sempre ou frequentemente por 62,29% dos profissionais) e a identificação da população trabalhadora em determinado território (realizada sempre ou frequentemente por 53,35% dos profissionais). Em sua opinião, POR QUÊ os profissionais da APS desenvolvem ações de Saúde do Trabalhador numa frequência inferior à esperada dado o alto nível de concordância quanto à sua importância e o reconhecimento do papel da atenção primária no seu desenvolvimento, isoladamente ou em conjunto com referências técnicas. *



Enviar

ANEXO D: QUESTIONÁRIO RODADA 3 – FASE 2 (DELPHI)

Saúde do Trabalhador na Atenção Básica - Delphi Rodada 3

Esta é a terceira rodada da pesquisa sobre as ações da ST na AB. Nesta fase recolocaremos apenas algumas questões para as quais não houve consenso na segunda rodada. Você está convidado(a) a refletir com base nos resultados do grupo e a reemitir uma opinião que pode ser mantida ou não de acordo com suas reflexões. Obrigado novamente e bom trabalho!

* Required

Identificação

Profissão *

- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Médico(a)
- ☐ Odontólogo(a)

Sexo *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Idade (em anos) *

Tempo na Atenção Básica (em anos e meses) *

Tempo de formado (em anos e meses) *

Cidade(s) de atuação na AB *

Bloco 1 - Por que ações de ST não são desenvolvidas com frequência na AB?

Na último bloco da rodada passada (2) pedimos para que apontassem razões para o fato de a atenção básica considerar as ações de saúde do trabalhador importantes, mas não realizá-las com frequência. Para cada enunciado obtido a partir das respostas dos participantes da rodada 2, assinale o item que reflete o seu grau de concordância com o motivo proposto. Se desejar, há um espaço para comentários.

Faltam capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção básica em saúde do trabalhador. A capacitação em maior escala é fundamental ao propor um olhar reflexivo e inclusivo à saúde do trabalhador na atenção básica. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta incentivo por parte do estado e dos municípios para a realização de ações de saúde do trabalhador. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Faltam ações intersetoriais, parcerias comprometidas com a saúde do trabalhador que não podem estar concentradas apenas na área da saúde. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Para a atenção básica a saúde do trabalhador não é uma prioridade e perde espaço para ações já sistematizadas e voltadas para hipertensos, diabéticos, gestantes e programas de imunização. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

O Ministério da Saúde não exige o cumprimento de atividades em Saúde do Trabalhador como faz para outras áreas. Não foram implantados protocolos e códigos de faturamento dos procedimentos, principalmente para ACS's. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

O número de profissionais na atenção básica é pequeno. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Há pouco investimento financeiro. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Sobrecarga de trabalho e responsabilidades. As Unidades precisam cumprir muitas metas e os profissionais se vêem cobrados em produção. Assumir as ações em saúde do trabalhador implica mais metas a serem alcançadas e maior cobrança de produção. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Faltam protocolos. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta programação e organização da demanda. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Faltam mais informações, conhecimento e autonomia aos trabalhadores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ainda não temos na região uma equipe de referência para organizar e acompanhar/avaliar estas ações, construindo ferramentas para gerenciamento, monitoramento e vigilância. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

A base para a adoção de novas idéias no PSF depende da vontade e entusiasmo do enfermeiro, que trabalha sobrecarregado. Na Atenção Primária seriam necessários 2 profissionais de enfermagem para abordar tudo que é estabelecido nos protocolos, sendo um para coordenação e outro assistencial, assim seria possível planejar as ações e cumprir com as normas estabelecidas pelos protocolos. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Esses dados podem não ser verídicos. A atenção básica pode estar exercendo estas ações, mas não ter consciência disto. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo

- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Bloco 2

Neste bloco reapresentamos apenas os enunciados para os quais não houve concordância na rodada anterior. Aos itens marcados, foram atribuídos valores - Concordo totalmente:5; Concordo parcialmente:4; Não concordo nem discordo:3; Discordo parcialmente:2 e Discordo totalmente:1. A opinião média do grupo será apresentada assim como a nota mais frequentemente atribuída, para que você possa repensar se mantém sua opinião anterior em relação ao enunciado original. Lembrando que quanto mais próxima de 5 é a média do grupo, maior é o grau de concordância. As observações colocadas pelo grupo são apresentadas para auxiliar na reflexão.

Atribuições

Fornecer orientações trabalhistas e previdenciárias pertinentes a cada situação. Média do grupo: 3,86. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Apenas devemos encaminhar a órgão que o possam fazer; b) Estas orientações não devem ser de responsabilidade da equipe de saúde, mas podemos orientar o trabalhador onde buscá-las, ou ter parceiros destas áreas como convidados para orientações nos grupos; c) Concordo desde que a equipe esteja capacitada e tenha conhecimento sobre o assunto; d) Por não sermos capacitados o suficiente para pegar esta responsabilidade; e) Não temos estrutura para isso, o que podemos fazer é aconselhar o paciente a procurar o Sindicato dos Trabalhadores e o INSS. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldades

Faltam profissionais nas Unidades Básicas (médicos e enfermeiros) e para a realização de fisioterapia. Média do grupo: 3,79. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) No município, há uma fisioterapeuta para atender três ESF. As distâncias são grandes, e as necessidades de assistência e educação na área de saúde do trabalhador são muitas; b) Na minha UBS falta o fisioterapeuta; c) A demanda de fisioterapia é maior que o número de profissionais existentes possam cobrir e a burocracia para a enfermagem é maior do que deveria; d) Esse é um dos pontos mais deficientes. O governo reconhece a importância da prevenção, mas não quer investir em profissionais; e) Os profissionais de fisioterapia normalmente ficam sobrecarregados. Poucos profissionais contratados e muita demanda; f) Concordo se levamos em consideração que é somente um médico, e um enfermeiro para realizar tantas ações. Principalmente nos territórios onde existam muitas empresas para serem cadastradas e inspecionadas. Com a formação de NASFs já iremos ter o apoio do fisioterapeuta, apesar que é um NASF para muitas equipes; g) Falta mais capacitação do que profissionais, a meu ver; h) São poucas Unidades que possuem fisioterapeuta. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade em realizar atividades fora das Unidades Básicas, pois a população não compreende a ausência do enfermeiro ou do médico na UBS. Média do grupo: 3,5. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Essa dificuldade se agrava com a grande demanda dentro da Unidade, fazer essa programação é difícil e gera muita insatisfação na população. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade em ter disponível um meio de transporte para as aldeias rurais e no deslocamento destes trabalhadores à Unidade Básica de Saúde para palestras educativas. Média do grupo: 3,57. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Cada município com seus recursos; b) Não há zona rural; c) Isto não é dificuldade, no município X se solicitarmos um carro na SMS é concedido para buscar esses usuários. Mas, não sendo acamados não justifica, pois por coisas muito menores eles não têm dificuldades de virem até à cidade; d) Há dificuldade de transportar os doentes da Unidade para o Hospital dentro do próprio município; e) Os PSF da zona rural tem carro próprio então não tem dificuldades para deslocamento na sua área de abrangência. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

O médico da unidade provavelmente não estaria disposto a participar de algumas atividades, como grupos educativos e busca ativa, pois em nosso município trabalham cerca de 3 a 4 horas por dia na UBS. Média do grupo: 2,36. Nota mais frequente: 1 (Discordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) O médico da minha equipe tem perfil para atuar no Programa Saúde da Família. Ele interage bem com a equipe e dispõe-se a planejar as ações e cumprí-las. Sua carga horária é de 8hs por dia; b) O médico em nossa equipe de saúde trabalha 8 horas por dia; c) O médico que trabalha comigo cumpre 8 horas, tendo um protocolo de atendimento para ST nas unidades ele não deixaria de fazer. O que dificulta o médico participar de grupos e outras atividades fora da UBS é a grande demanda por atendimentos; d) Depende da inclinação e disposição pessoal de cada profissional, não se podendo generalizar. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente

- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldades relacionadas à incompatibilidade de horários entre trabalho e Serviços de Atenção Básica. O horário de funcionamento da unidade de saúde não é favorável aos trabalhadores. A maioria trabalha em empresas localizadas fora do centro urbano e em horários comerciais coincidindo com os horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e PSFs. Média do grupo: 3,86. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) A maioria da população não trabalha em empresas, e sim nas roças. Mas o horário de funcionamento das UBS e PSFs desfavorece os trabalhadores sim; b) Temos o horário dos trabalhadores. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade de intervenção no modo de fazer relativo a uma atividade laboral familiar “tradicional” de auto-sustento. Isto significa que existe uma dificuldade de intervir na estrutura de trabalho familiar que gera o sustento da família. Muitas destas atividades são passadas de pais para filhos. Média do grupo: 3,86. Nota mais frequente: 4 (Concordo parcialmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Em função de uma tradição cultural fortemente arraigada, muitas vezes. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Impossibilidade de mudar o agravante que está causando a doença ou lesão. Média do grupo: 3,36. Nota mais frequente: 4 (Concordo parcialmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Discordo totalmente, pois muitas vezes não é necessário "mudar o agravante", mas fornecer proteção adequada para que um determinado fator não atue como agravante; b) Esta afirmação é relativa. Ficou muito inespecífica. Depende do agravante e da situação de trabalho; c) Por exemplo: eu como dentista já desenvolvi 2 hérnias cervicais, varizes de membros inferiores e não tem como mudar, pois é devido a posição de trabalho. Mas, procuro formas de minimizar as dores: praticando Pilates, relaxamento, massagens, usando meias próprias para evitar as varizes, etc. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro. Falta de ajuda integral da equipe. Média do grupo: 3,93. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) A equipe ajuda, mas mesmo assim há sobrecarga. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Falta de compreensão do usuário relacionada ao auto cuidado orientado (falta de adesão às recomendações). Média do grupo: 3,93. Nota mais frequente: 4 (Concordo parcialmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Quando se trata de usuário podemos atingir uma classe social e cultural muito baixa e já sabemos que sempre (qualquer ação de prevenção e educação) teremos essa dificuldade. Até por que se todos fossem usuários “perfeitos” métodos de educação em massa teriam mais resultados; b) Toda regra têm exceções, sempre conseguimos atingir a adesão de um, dois e assim aos poucos vamos conseguindo mudar os hábitos. Pessoas com mais esclarecimento e melhor condição financeira aderem mais rápido às recomendações, pessoas sem instrução, com dificuldades financeiras, com qualidade de vida mais baixa são mais resistentes ao auto-cuidado; c) Muito comum. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Dificuldade técnica na realização de anamnese ocupacional. Média do grupo: 3,86. Nota mais frequente: 4 (Concordo parcialmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Para alguns profissionais. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Ausência de vigilância e sistema de informação sobre saúde do trabalhador. Média do grupo: 3,43. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Existe vigilância e sistema de informação sobre saúde do trabalhador. A questão é a falta de capacitação e articulação das ESF; b) Existe, porém pouco utilizado; c) Só se for em alguns municípios, pois isto não é a minha realidade. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente

- ☒ Concordo totalmente

Demanda

Em trabalhadores com doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), normalmente é realizado apenas tratamento paliativo medicamentoso. Em raros casos, encaminha-se a serviços especializados, como fisioterapia. Média do grupo: 2,79. Nota mais frequente: 2 (Discordo parcialmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Há uma fisioterapeuta, mas a demanda é grande demais. Em muitos casos, encaminha-se para a fisioterapeuta, mas a espera pode ser grande, e o tratamento muitas vezes é descontinuado pela baixa frequência das consultas; b) Todas as vezes que é necessário o encaminhamento para especialista isto é feito.; c) De qualquer forma, mesmo encaminhando para a fisioterapia, os processos de trabalho e organização dos mesmos em empresas, indústrias, pedreiras, mineradoras, etc, precisam ser analisados e revistos. Caso contrário, só estaremos fazendo uma abordagem interceptativa. Acaba sendo pouco resolutivo a indicação continuada de fisioterapia se o usuário estará sujeito aos mesmos riscos ocupacionais predisponentes a lesões osteomusculares; d) A maioria dos casos são encaminhados para fisioterapia. *

- ☒ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a casos de fraturas. Média do grupo: 3,43. Notas mais frequentes: 2 (Discordo parcialmente) e 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Neste caso encaminha para o P.S.(Pronto Socorro); b) Assistência inicial, acolhimento e referenciamento para ortopedia, com contra-referência.; c) Esses casos são encaminhados para os hospitais. *

- ☒ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a casos de varizes de membros inferiores. Média do grupo: 3,5. Nota mais frequente: 4 (Concordo parcialmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Neste caso encaminha para especialistas; b) Em casos mais graves, pode ser solicitado referenciamento para a angiologia. (Com contra-referência e acompanhamento pela ESF); c) Esses casos são encaminhados para especialistas através da Sec. Municipal de Saúde. *

- ☒ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Quando percebo que um paciente adulto apresenta muitas lesões cáries e/ou higiene bucal deficiente, questiono sobre sua rotina de trabalho para orientar adaptações que podem ser feitas para que a higiene também aconteça no seu local de trabalho, e para hábitos alimentares saudáveis durante a jornada de trabalho. Média do grupo: 3,79. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Esta é a ação que mais desenvolvo na área de saúde do trabalhador; b) infelizmente não faço essa abordagem. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a casos de intoxicações relacionadas ao uso de produtos químicos. Média do grupo: 3,71. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Desconheço casos deste tipo na UBS, mas podem ocorrer devido ao uso de agrotóxicos e pesticidas; b) Se necessário encaminha para o P.S; c) Encaminhamento hospitalar; d) E encaminhamentos necessários em casos agudos. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assistência a trabalhadores com estresse e acompanhamento psicológico dos pacientes afastados pela doença. Média do grupo: 3,64. Nota mais frequente: 4 (Concordo parcialmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Discordo, pois não há psicólogo na equipe; b) Alguns casos são acompanhados pelo CAPS; c) Em parceria com a equipe de saúde mental; d) Os pacientes podem ser acompanhados pelo AC em suas consultas, podem agenda-las com o psicólogo na Unidade de Saúde Mental, e monitorar o uso do medicamento pelo paciente; e) Existe dificuldade de acompanhamento psicológico. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Atendimento médico e psicológico a trabalhadores da área da saúde, normalmente do sexo feminino, com depressão e ansiedade. Para os usuários de medicação, as receitas são avaliadas e renovadas, e o trabalhador é cadastrado e acompanhado em casa pelo agente comunitário de saúde e, se necessário, por outros membros da equipe. Média do grupo: 3,79. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Discordo, pois somente o médico realiza o tratamento de depressão e ansiedade. O agente comunitário de saúde acompanha sim o paciente em casa, na maioria das vezes, quanto ao uso da medicação. *

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Emissão de atestados e relatórios para afastamento da exposição ao risco. Média do grupo: 3,93. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Discordo, pois não sei de nenhum caso; b) Normalmente é feito por médico especialista; c) Nem todos os casos, e por um período. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Campanhas de vacinação em ambientes de trabalho, objetivando atingir metas estabelecidas pela regional de saúde. Média do grupo: 3,57. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Não é possível ir nas roças para vacinar os trabalhadores. De qualquer maneira, a cobertura vacinal é boa no nosso território. As lideranças indígenas colaboram para divulgação da importância da vacinação; b) Na área de abrangência não há empresa; c) Nunca foi feito. Mas, concordo totalmente que deveria ser feito; d) É preciso antes a sensibilização dos empresários à relevância dessas ações para que a "entrada" da ESF seja percebida como ação de parceria com trabalhadores e "patrões". *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Emissão ou preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, para trabalhadores com carteira assinada, exceto os domésticos. Média do grupo: 3,79. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) É uma atividade que concordo totalmente que deve ser feita, mas que porém não é feito em todos os casos; b) Assim como para trabalhadores rurais e avulsos; c) Não sei de nenhum caso onde tenha sido preenchida; d) Deveria ser feito, mas normalmente não se faz. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Investigação do local de trabalho para verificação de relação entre situações de risco e agravos identificados. Média do grupo: 3,64. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações

colocadas pelo grupo: a) Quando o local de trabalho é fora da área de abrangência essa investigação fica impossibilitada; b) Não é feito pela minha equipe. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

As demandas por consultas clínicas superam em número todas aquelas geradas por doenças ou acidentes de trabalho. Média do grupo: 3,79. Nota mais frequente: 5 (Concordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Discordo. Não se pode afirmar isso mesmo porque a equipe muitas vezes desconhece onexo entre o agravo à saúde apresentado e a atividade laboral executada. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Futuro

As ações continuarão a acontecer na rotina da Equipe de Saúde da Família, mas sem planejamento, sempre “apagando o fogo” e não prevenindo e promovendo a saúde dos trabalhadores. Média do grupo: 2,64. Nota mais frequente: 1 (Discordo totalmente). Observações colocadas pelo grupo: a) Caso haja preocupação dos gestores, condições de trabalho e capacitação dos profissionais essa rotina mudará com certeza; b) Como já falamos para haver mudanças tem que haver capacitação, adesão dos gestores, publicação de linhas-guias, etc; c) Se não houver capacitação, conscientização e sensibilização da equipe, acredito que sim. *

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Submit