

Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP

Matricial Support in Workers' Health: creating networks in primary care in the Unified Health System (SUS), the case of Amparo in the State of São Paulo

Ana Paula Lopes dos Santos ¹
Francisco Antonio de Castro Lacaz ²

Abstract *The Reference Center in Workers' Health of Amparo in the State of São Paulo promotes actions directed to workers' health in primary care. In order to understand the process, we conducted research in Matricial Support in Workers' Health, its trajectory, difficulties and potential, using a qualitative case study approach. The main matricial support activities are thematic meetings, informative bulletins and systematic support. The exchange of knowledge and experience leads to a closer bond between the professionals. Horizontal technical support brings about a reorganization of work in health, mutual responsibility for cases and a new outlook on illness by integrating assistance and surveillance actions. An excess workload, rotation of health professionals, undernotification of Work-Related Accidents and Diseases and regional organization are the challenges to be tackled. Matricial Support in Workers' Health is strategic for the insertion of such actions in primary care and represents a step forward in the reorientation of the assistential medical model, with the introduction of the work-health relationship in family health.*

Key words *Workers' health, Unified Health System, Matricial support*

Resumo *O Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Amparo/SP desenvolve ações voltadas para a saúde dos trabalhadores na atenção básica (AB). A fim de compreender esse processo, pesquisamos o Apoio Matricial (AM) em Saúde do Trabalhador (ST), sua trajetória dificuldades e potencialidades, mediante abordagem qualitativa de estudo de caso. As principais ações de AM são reuniões temáticas, apoio às demandas e produção de informativos. A troca de conhecimentos e experiências propicia maior vínculo entre os profissionais. O apoio técnico horizontal promove a reorganização do trabalho em saúde, responsabilização dos casos, um novo olhar sobre o adoecimento, integrando ações de assistência e vigilância. A sobrecarga de trabalho, a rotatividade dos profissionais, a subnotificação dos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho e a organização regional são desafios enfrentados. O AM em ST é estratégico para a inserção de tais ações na AB e um passo à frente para a reorientação do modelo médico-assistencial, com a introdução da relação trabalho-saúde na saúde da família.*

Palavras-chave *Saúde do trabalhador, Sistema Único de Saúde, Apoio matricial*

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Campus Gragoatá, Gragoatá. 24210-350 Niterói RJ. anapaulalopes.uff@gmail.com

² Área Técnico-Científica de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

A Atenção Básica e a Saúde do Trabalhador: pressupostos teóricos e metodológicos

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações, 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 saúde¹. O Programa de Saúde da Família (PSF), desde a sua criação em 1994, pelo Ministério da Saúde, foi apresentado como estratégico na AB e como dispositivo central na reorientação do modelo assistencial, historicamente centrado na doença e na assistência médica individual, por um modelo baseado nos princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade². Com o PSF, os profissionais de saúde assumem novas formas de trabalhar, dentre elas, em equipe, responsáveis pelo cuidado de um número fixo de famílias adscritas no território, segundo critérios quantitativos³. Além disso, o trabalho no PSF coloca os profissionais de saúde diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e, ao mesmo tempo, atender aos imprevistos e às tarefas administrativas³.

A análise do território consiste no meio operacional para avaliar as condições objetivas criadas para a produção, a circulação, a residência, a comunicação e a sua relação com as condições de vida⁴. A identificação dos problemas de saúde nos territórios deve abarcar suas vulnerabilidades e seus determinantes, sendo estratégico para o planejamento das ações em saúde pública, em especial no que diz respeito ao trabalho domiciliar, informal e precoce⁵. No entanto, alguns autores têm apontado as limitações do PSF e do Programa de Agentes Comunitários (PACS) restritos às atividades assistenciais e intrasetoriais⁶, em detrimento da vigilância e da promoção da saúde⁷, associada à proposta verticalizada, sem se deter nas diferenças regionais de perfil epidemiológico⁸, com pouca ou nenhuma função na mudança do modelo assistencial.

No que tange ao campo Saúde do Trabalhador⁹ (ST), após debates sobre a organização da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS¹⁰ são criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, serviços de nível secundário que buscam incorporar maior densidade tecnológica no quadro de profissionais, articulando ações de assistência e prevenção, nesta incluída a vigilância e a intervenção nos locais de trabalho, com interlocução com os trabalhadores^{9,11}. Apesar dos importantes esforços, foram identificados muitos problemas na atenção à saúde dos trabalha-

dores^{9,12}. A partir de 2002, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador¹³ (Renast), cujo objetivo é integrar os serviços do SUS, de diferentes níveis de complexidade, estabelecendo um fluxo contínuo de financiamento para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) habilitados. Embora a Renast atribua ao Cerest o papel de dar suporte técnico e científico às intervenções em ST: [...] a rede SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o Trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socio-ambiental⁸. Diante do crescimento do mercado informal, do trabalho familiar e em domicílio, a inserção efetiva das ações de ST no SUS está diretamente relacionada à sua assimilação pela rede básica.

O Cerest de Amparo/SP nasce em 2004, com a Renast, visando estabelecer-se como retaguarda especializada para o desenvolvimento de ações em ST na rede básica de saúde. O dispositivo usado é o de Apoio Matricial¹⁴ (AM) em ST, que destacamos nesta pesquisa tendo como parâmetro o trabalho envolvido, as potencialidades e as dificuldades encontradas. Com uma abordagem qualitativa de estudo de caso^{15,16}, analisamos como gestores, profissionais da saúde e trabalhadores usuários do SUS constroem e apreendem tal ação. Realizamos 13 entrevistas semiestruturadas individuais com esses atores, participamos na qualidade de observadora das reuniões e das atividades relacionadas ao AM no ano de 2008 e analisamos documentos, como planos municipais de saúde. Para a realização desta pesquisa obtivemos aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina), do Secretário Municipal de Saúde e de todos entrevistados (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Como referencial metodológico usamos a Análise de Conteúdo¹⁷, avaliando qualitativamente a presença de determinados temas e relacionando-os aos conceitos da Saúde Coletiva e do campo ST.

Apoio Matricial e Equipe de referência

Os conceitos de Equipes de Referência (ER) e Apoio Matricial (AM) foram propostos por Campos¹⁴, no intuito de reorganizar o trabalho em saúde sob a diretriz do vínculo terapêutico, na perspectiva de estimular um outro padrão de responsabilidade pela saúde, tendo como elementos norteadores a gestão do trabalho e a trans-

disciplinabilidade. O vínculo é um recurso terapêutico, que envolve a interdependência e representa o compromisso dos profissionais com o paciente e vice-versa¹⁴. No arranjo originalmente formulado pelo autor, as ER seriam multiprofissionais, respeitando os objetivos e as características locais, responsáveis por agrupamentos populacionais adscritos num território. Essas ER recebem o AM de especialistas para troca de informação e elaboração coletiva dos projetos terapêuticos com discussões prospectivas de casos, buscando eleger prioridades, esboçar um plano de ação, compartilhar objetivos, definir estratégias, procedimentos e responsabilidades¹⁸. O contato entre as ER e os apoiadores ocorre em encontros periódicos entre os profissionais ou nos casos urgentes em que o profissional de referência aciona o apoiador, por meios diretos de comunicação personalizados (contato pessoal, eletrônico e/ou telefônico) e não por encaminhamento impresso¹⁸. O AM: [...] provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares da Atenção Básica¹⁹. Ao assegurar retaguarda especializada aos profissionais, o AM altera a lógica tradicional de referência e contrarreferência, com uma oferta horizontal dos serviços. Isso porque o AM busca personalizar a relação entre os profissionais através do contato direto entre a referência do caso e o especialista de apoio, estimulando a troca de opinião, a integração da equipe e a coresponsabilização sobre o processo saúde e doença¹⁸.

O AM como metodologia de gestão do trabalho foi adotado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas no Programa de Saúde Paideia²⁰, com as especialidades Saúde Mental, Saúde Coletiva e Reabilitação em Saúde. Inspirados no método, os municípios de Betim/MG e Paulínia/SP organizaram o AM junto à AB¹⁸. Projetos do Ministério da Saúde, como o HumanizaSUS e o Saúde Mental, priorizam que a assistência à saúde na rede básica deve ser realizada através do AM²⁰. A partir de então, algumas experiências têm sido divulgadas¹⁸⁻²¹, com o entendimento de que ER e AM são formas de reorganizar o trabalho em saúde, capazes de produzir mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços. Apesar das potencialidades reveladas, são raras as experiências como o AM em ST desenvolvido no município de Amparo, recente e ainda pouco pesquisada²².

O município de Amparo, a rede de Atenção Básica do SUS e o Cerest

O município de Amparo situa-se a 153 Km da cidade de São Paulo, com uma população de 62.692 habitantes²³ e densidade populacional de 140 habitantes/ Km². A AB do município está estruturada no PSF desde 1995 e, atualmente, é composta por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 20 Equipes de Saúde da Família (SF), formadas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 4 ACS; 14 Equipes de Saúde Bucal, com 1 dentista e 1 auxiliar de consultório dentário, e; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com 1 nutricionista, 1 psicólogo e 1 fisioterapeuta. Segundo dados da gestão municipal, a rede de saúde pública tem o cadastro de 92% da população e a SMS tem uma Gestão Colegiada, com a existência de instâncias como o Colegiado de Gestão e o Grupo de Apoio à AB.

No ano de 2004, a SMS realizou concurso público para contratação dos profissionais do Cerest, na modalidade de vínculo público, por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), tendo o parâmetro a Equipe Mínima da Renast. A Renast estabelecia um critério regional para habilitação e foram incorporados 16 municípios na área de abrangência de Amparo, com cerca de 800 mil habitantes. A equipe do Cerest é composta por: 1 Médico do trabalho, 1 Enfermeira, 1 Psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Engenheiro de Segurança do Trabalho, 2 Técnicos de segurança do trabalho, 1 Técnica de enfermagem, 1 Auxiliar de enfermagem, 2 agentes administrativos e 1 agente de limpeza. O Cerest possui um Conselho Gestor (CG), seguindo a normatização municipal, e os representantes de sindicatos estão no segmento dos usuários. O processo de avaliação e planejamento das ações se dá nas reuniões da equipe do Cerest com o CG, no fim de cada ano, com os objetivos de avaliar, definir as prioridades e programar as ações. Além disso, as reuniões de equipe quinzenais constituem um espaço de interlocução entre os profissionais da ST, onde são abordados temas do cotidiano de trabalho.

A demanda do Cerest é proveniente de encaminhamentos realizados pelas UBSS do município, não constituindo porta de entrada do SUS. Na assistência, o Cerest oferece consultas clínicas individuais em medicina, enfermagem, psicologia e terapia ocupacional, atividades em grupos com trabalhadores que sofreram assédio moral, adoecidos por LER (Lesão por Esforço Repetitivo), com problemas na coluna e os grupos de práticas alternativas de saúde. Na vigilância, o Cerest cum-

pre a meta de investigação de 100% de acidentes de trabalho (AT) graves, fatais e com crianças e adolescentes realizando vigilância nos locais de trabalho para propor medidas de prevenção, com a intervenção sobre os processos de trabalho. Na educação, existem os eventos em ST, como o anual Encontro Municipal de ST, os cursos sobre ST e o AM, previstos no programa da SMS.

A experiência do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: trajetória, potencialidades e dificuldades

O Apoio Matricial em ST na AB foi o planejado para o ano de 2008 com a proposta de realização de 4 reuniões temáticas em cada UBS do município, a fim de oferecer retaguarda especializada em ST para as equipes de SF, a interlocução e o intercâmbio sistematizado de conhecimentos entre as especialidades e profissões²². Desse modo, foi feita a divisão de duplas de profissionais da ST, de nível superior e médio, como apoiadores responsáveis por cerca de 4 UBS cada. As principais ações realizadas são as reuniões temáticas de AM durante as reuniões de equipe das UBS, a produção dos boletins informativos para os profissionais de saúde e o apoio sistemático às demandas, pessoalmente ou por contato telefônico. No ano de 2008 foram realizadas 2 reuniões temáticas de AM em todas as UBS sobre Orientações Previdenciárias e Nexos causal da Lombalgia com o trabalho. As potencialidades e as dificuldades referidas nas entrevistas foram organizadas nos seguintes temas, que interagem entre si.

Trabalho intrassetorial: o estreitamento dos vínculos

Para o campo ST é de suma relevância a articulação das ações de assistência e vigilância, a incorporação de estratégias de prevenção de agravos e de promoção da saúde, com o envolvimento de todos os níveis de atenção, numa configuração intrassetorial¹¹. Os profissionais da ST entrevistados afirmam que o AM facilita a articulação entre o Cerest e a AB, observando um considerável aumento na interlocução entre suas equipes. A possibilidade de dialogar com todos os profissionais de SF na reunião do AM é ressaltada como positiva pelos entrevistados: *Não só falar com o médico ou só com a enfermeira, todos estão ali! Você vê a cara de toda a equipe e todo mundo te vê* (Profissional ST 5). Por isso é necessária a adequação da linguagem e trabalhar a interação e o convívio entre diferentes profissionais e especialidades. Os profissionais entrevis-

tados consideram que o AM promove aproximação entre os sujeitos: *A gente cria um vínculo maior com Unidade, pro paciente é melhor também [...]* (Profissional ST 4).

A divisão tradicional do trabalho em saúde dificulta a integração da atenção e do cuidado das pessoas, estabelecendo um alto grau de departamentalização e divisão entre os profissionais, seja no território, por profissão ou especialidade médica¹⁸. Conforme observamos, o AM em ST rompe essa lógica, estreitando o vínculo entre os mesmos, que passam a se conhecer e a discutir os casos tratados de forma mais integrada e direta, tornando as relações menos automáticas e mais humanas. Os profissionais e os usuários passam a ter nome e história, produzindo respostas menos estereotipadas para os problemas de saúde e busca de saídas mais dialogadas¹⁸: *A partir do momento que você vai lá, conversa com a pessoa, a relação é outra. Uma coisa é você falar com uma pessoa que você nunca viu, é uma relação formal. Outra coisa é você conversar com um colega* (Profissional ST 7).

Trabalho interdisciplinar: a construção de projetos terapêuticos

A compreensão das relações entre trabalho e saúde numa perspectiva interdisciplinar constituiu-se um dos pilares do campo ST⁹. Verificamos que o AM aumenta a interlocução e a troca entre os profissionais de saúde, na forma de produção interdisciplinar do conhecimento em torno do mesmo objeto ou problema de saúde: *O paciente é o mesmo, você está lutando com o mesmo problema. Às vezes, eles vêem uma coisa que a gente não vê ou a gente vê uma coisa que eles não têm acesso, então eu acho que essa troca é bem importante* (Profissional ST 5). Essa produção interdisciplinar dos saberes propicia um aprendizado conjunto sobre os casos atendidos: *Nos Apoios Matriciais a gente tem levado alguns casos pra discutir, pra tornar as coisas mais concretas, quando a gente traz pra realidade, a equipe se integra mais* (Profissional ST 7). A discussão e o atendimento em conjunto dos casos tem importante função pedagógica¹⁹, pois as equipes aprendem *in loco* a reconhecer e a atuar em ST. Ressalta-se que a potencialidade dessa integração disciplinar provocada pelo AM depende de um importante grau de compartilhamento do poder entre distintos profissionais e desses com os especialistas¹⁸.

Os profissionais que atuam no AM em ST buscam construir projetos de modo compartilhado, usando ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, experiência, visão de mundo e

as demandas dos profissionais de SF: *Quando o grupo funciona bem, a gente vê que começa um a entrar um pouquinho no campo do outro e eu acho que é positivo* (Profissional ST 7). Assim são criados espaços coletivos para a comunicação ativa, compartilhamento de conhecimentos e de interação, fundamentais para construir uma análise e interpretação sintética, acordar linhas de intervenção e definir as atribuições de cada um¹⁸.

A Reorganização do Trabalho em Saúde

Com o AM, os entrevistados revelam a reorganização dos encaminhamentos das UBS para o Cerest, indicando uma redistribuição dos casos, em que os profissionais da SF seriam responsáveis pelos mais básicos e os da ST pelos mais complexos. Ocorre uma redução dos encaminhamentos desnecessários ao Cerest, como no caso de obter uma informação, e um aumento daqueles feitos de forma dialogada, capazes de preservar vínculo na UBS. A relação com a especialidade passa a ser mais horizontalizada, ao passo que não se dá sobre o viés da autoridade e sim baseada em procedimentos dialógicos. Na fala dos entrevistados: *Na atenção básica eu acho que tem esse reconhecimento, primeiro de que eles têm essa responsabilidade, segundo que na área de saúde do trabalhador, de fato eles não estão sozinhos, isso é uma coisa que eles explicitam* (Profissional ST 2). Isso estabelece uma reorganização do trabalho em saúde, com o aumento da demanda por vigilância nos locais de trabalho, para os profissionais da ST, e crescimento das visitas domiciliares, nos casos de acidentes e de Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT), para os ACS. Ao permitir a diferenciação dos casos atendidos na UBS e no Cerest, o AM cumpre o papel de regular fluxos, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde²¹.

Para os profissionais da SF outra consequência do AM incide sobre o trabalho nas UBS, com a identificação no primeiro acolhimento dos problemas relacionados ao trabalho é estabelecido contato com os profissionais de ST para obter orientações e/ou intervir sobre o local de trabalho. Dessa maneira, há uma preocupação dos profissionais de SF em dar aos trabalhadores atendidos a adequada atenção à saúde e a intervenção necessária para a coletividade. Essa mudança na atenção produz um outro nível de resolutividade para os problemas de saúde, visto que os profissionais da SF relatam compreender melhor a situação do trabalhador e adquirir capacidade para lidar com os casos atendidos: *Agora com o Centro de Referência a gente consegue acompanhar junto.*

[...] *Nós conseguimos envolver mais com a questão do trabalhador e inclusive com a comunidade do trabalho das empresas* (Profissional SF 1). Os termos referência e contrarreferência mantêm-se nas falas dos profissionais de SF, mas observamos uma conotação diferente na relação hierárquica, que se torna menos burocratizada por um lado e mais horizontalizada, personalizada e dialogada, por outro. O rearranjo do trabalho em saúde indica ainda uma melhora na comunicação entre os profissionais, maior circulação de informações e conhecimentos, além de iniciar a troca e a corresponsabilização pela saúde dos trabalhadores daquele território.

Mudança na abordagem do processo saúde e doença

Os profissionais da ST consideram que houve um aumento do interesse dos profissionais da SF pelos temas relacionados à saúde dos trabalhadores, na perspectiva da compreensão da relação entre trabalho e saúde. Os profissionais da SF passam a ofertar propostas clínicas e curativas mais adequadas e menos medicalizantes para os trabalhadores. Para além dos atendimentos de consultório tipo queixa-conduta²⁰, ocorre a incorporação de questões vinculadas à história de trabalho na clínica, pois os profissionais buscam compreender e intervir sobre a origem do problema. Assim sendo, o AM em ST contribui para que os profissionais repensem a lógica do processo saúde-doença, não mais centrado na dor ou na doença, mas no sujeito e no seu contexto de trabalho.

Os profissionais da SF reafirmam nas entrevistas a necessidade de denunciar, investigar e vistoriar os locais de trabalho: *Além de você tentar restabelecer uma qualidade de vida pra essa pessoa, eu acho que a gente tem que pensar também na empresa, no local de trabalho, porque se aconteceu com ela pode acontecer com outras pessoas [...] tem que evitar outros, prevenir* (Profissional SF 4), expressando a importância da vigilância, com a valorização das ações de prevenção, promoção da saúde. Obviamente, essa mudança não é homogênea, mas promove uma transformação significativa na produção de um olhar mais atento sobre essa relação: *E a equipe começou a ficar mais atenta. Quando a gente atende, por exemplo, a gente pergunta que tipo de trabalho você faz, quanto tempo faz* (Profissional SF 1). Olhar esse que modifica o atendimento ao trabalhador e que representa para os profissionais de SF uma grande novidade, pois essas questões não estavam presentes na sua formação ou na experiência pregressa em saúde, antes do AM.

Enfim, consideramos que o AM auxilia os profissionais de SF a lidar com a saúde dos trabalhadores de forma mais ampliada e integral, apontando para uma mudança de paradigma, à medida que o processo saúde-doença é percebido como mais complexo e dinâmico. Os casos atendidos passam a ser de responsabilidade mútua, numa lógica que integra ações de assistência e vigilância, intervenção individual e coletiva, tal qual preconizado para a integralidade do SUS. Além das potencialidades referidas existem dificuldades e desafios a serem superados, que trataremos a seguir.

Sobrecarga de Trabalho, formação e rotatividade dos profissionais de saúde

Vários entrevistados discutem a dificuldade da grande demanda de trabalho para o desenvolvimento das ações de ST na AB. Isso porque os profissionais devem dar conta de uma série de problemas de saúde, somando aos procedimentos habituais às ações de ST, que produz mais trabalho para as equipes de SF já sobrecarregadas: *Os agentes comunitários têm muita atividade [...] É, muito sobrecarga!* (Profissional ST 3). No que tange ao Cerest, a mesma sobrecarga de trabalho é evidenciada, com relatos do insuficiente número de profissionais. Ressalta-se que o Cerest possui uma equipe pequena e realiza ações de assistência, educação e vigilância. Há, entre os entrevistados da ST, o entendimento de: [...] *que falta engordar a equipe com outros profissionais* (Profissional ST 2) e a presença de novas categorias tenderia a enriquecer sua prática com uma abordagem mais abrangente de diferentes disciplinas⁸. Os entrevistados atribuem o problema à região de abrangência do Cerest, ao aumento das atividades de vigilância e ao AM. Os representantes do CG entrevistados sugerem que apenas um Cerest é insuficiente para atender a região.

Uma dificuldade decorrente é a de compatibilizar a agenda dos serviços, por isso foram realizadas duas reuniões temáticas de AM em todas as UBS de Amparo, no ano de 2008, enquanto o plano previa quatro. Se a periodicidade dos encontros fica prejudicada, a potencialidade de discutir os casos, elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção sofre interferência, que só não é maior, pelo contato telefônico, usado para o esclarecimento de dúvidas.

Outra dificuldade é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde para atuação no campo ST. Trata-se de um problema crônico, que reforça a necessidade de uma formação com uma visão clara sobre a centralidade do trabalho na determinação do adoecimento e da importância

de sua função social nesse contexto. A articulação mais estreita do Cerest com instituições de pesquisa e universidades poderia fornecer subsídios técnico-científicos para tanto²⁴.

Outro ponto considerado pelos profissionais da SF diz respeito às repercussões psicossociais do adoecimento, visto que os AT e DRT envolvem lidar tanto com a dor crônica e a necessidade de afastamento do trabalho, quanto com a vulnerabilidade social dos trabalhadores²⁵, expressa pelo desemprego, precariedade do trabalho e flexibilidade dos vínculos trabalhistas. Diante disso, o espaço das reuniões de AM poderiam ser úteis para a criação de estratégias de intervenção.

A rotatividade dos profissionais de saúde do município é um problema importante para os entrevistados, pois interfere na integração dos mesmos e na atenção aos trabalhadores, já que a formação em ST deverá se repetir: *Daí, a equipe está toda integrada, está boa, está sabendo fazer e de repente muda o Médico, vem um novo! Daí, até pegar a unidade da coisa, entender como funciona, o que é o Cerest, como é essa parte, leva um tempo [...]* (Profissional ST 4). A alta rotatividade causada pela instabilidade do vínculo trabalhista, contratos municipais pela CLT, interfere negativamente na continuidade e na efetividade das ações²⁶.

Subnotificação dos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho

Desde a década de 1980 a notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores tem sido objeto de preocupação dos atores do campo ST²⁷. Devido à capilaridade do SUS e à possibilidade de incluir os trabalhadores do mercado informal, ignorados nos registros oficiais, a notificação pela AB é fundamental. No entanto, um problema que se configura no cotidiano é a subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) dos casos atendidos nas UBS. A evolução silenciosa e demorada das DRT pode ocultar a percepção donexo causal entre o trabalho e a saúde, colaborando para a subnotificação, o que é agravado pela falta de registro médico e pelo excesso de burocracia, pois, segundo os profissionais de SF, a ficha de notificação é extensa, demorada e complicada. Além disso, existem relatos que expressam a negativa das empresas a laudos e atestados dados pelos médicos generalistas da SF, nos casos de AT e DRT. Outro desafio é qualificar o registro das informações coletadas pelos ACS, já que a Ficha A, que alimenta o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), contém apenas o campo ocupação, não permitindo o monitoramento das formas de trabalhar e de viver no território.

Vale considerar que as UBS funcionam das 7h às 17h, horário de expediente da maioria dos trabalhadores, que só buscam atendimento nos casos graves, tornando difícil a identificação precoce das DRT e a participação nas atividades oferecidas. Ressalta-se que parte dos trabalhadores com vínculo pela CLT possui plano de saúde privado e “o mundo privado da saúde é uma caixa preta do ponto de vista dos indicadores epidemiológicos para o planejamento epidemiológico em cada nível de gestão”⁵.

Apesar da organização regional, muitos Cerests têm limitado e priorizado sua atuação sobre o município sede^{24,28}, como ocorre em Amparo. A municipalização do SUS, as diferenças regionais e os interesses políticos influenciam a gestão regional, constituindo um desafio para a organização e a integração dos Cerests. O estabelecimento de referências técnicas na regional de saúde e um maior investimento na formação em ST para a pactuação da gestão regional são elementos-chaves para a superação desses entraves. Por outro lado, urge a necessidade de desenvolvimento de mecanismos de cooperação e de envolvimento ativo dos níveis Estadual e Nacional⁸, a fim de suprir as lacunas institucionais e fortalecer a ST no SUS, na perspectiva de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Algumas Considerações sobre o AM em ST

A experiência de Amparo nos aponta diferenças em relação ao modelo de AM proposto por Campos¹⁴, apesar de tê-lo como elemento norteador, que consistem na ausência de definição da ER, em torno da organização da população adscrita no território. Em Amparo as ER são as equipes de SF, já delimitadas territorialmente nas UBS e os apoiadores são as duplas de profissionais do Cerest responsáveis, cada qual, por três ou quatro UBS.

Observamos que a mudança operada pelo AM propicia uma adesão da rede básica aos conceitos e práticas do campo ST que, embora não esteja plenamente concluída, sugere que o Cerest tornou-se retaguarda especializada para ações em ST. A permeabilidade da temática da ST na AB foi possível através da articulação entre os profissionais de ST e SF, com sua aproximação nas reuniões de AM, na discussão dos casos e no permanente contato telefônico. O aumento do vínculo entre tais profissionais produz uma articulação intrassetorial sem precedentes na história do município, visto que foram constituídos espaços de interlocução, com maior responsabili-

zação sobre a saúde dos trabalhadores. Desse modo, o Cerest de Amparo se aproxima do papel de se constituir como *polo irradiador das ações de Saúde do Trabalhador no SUS*⁸ e na AB, tal qual preconizado pela Renast.

Por outro lado, a sobrecarga de trabalho, o número reduzido de profissionais em relação à demanda e à rotatividade aparecem como dificuldades nas UBS e no Cerest. Dentre outras, uma consequência importante é um número menor de reuniões de AM em relação ao plano, o que implica na reduzida participação dos profissionais de ST na rotina das UBS, interferindo no aprofundamento do vínculo. Frise-se que a integração promovida entre os profissionais de SF e ST tem a possibilidade de gerar repercussões na saúde dos trabalhadores e familiares assistidos pelo SUS, tanto pela facilidade do atendimento no próprio bairro, de ter nas UBS o reconhecimento da relação entre o trabalho e saúde, dos direitos previdenciários daí decorrentes, quanto pela possibilidade de melhoria das condições de trabalho pela ação de vigilância. A participação dos profissionais da SF no planejamento e nas ações de vigilância junto aos profissionais da ST, trabalhadores e seus sindicatos representaria um salto qualitativo no exercício das mesmas. Face ao compromisso do campo ST em transformar os processos de trabalho, que pressupõe agir nas relações entre o capital e o trabalho, marcados por conflitos e relações de poder, garantir a continuidade da ação, frente à substituição de profissionais e mudanças na gestão pública é uma tarefa a ser considerada.

É relevante apontar a mudança no olhar dos profissionais da SF para os trabalhadores atendidos, após o AM, com a introdução da relação trabalho-saúde na assistência à saúde da família. Assim, uma característica marcante da experiência é a de apresentar possibilidades de transcender a abordagem tradicional de ações médico-assistenciais individuais para uma que vise ações coletivas de prevenção, promoção e vigilância. Desse modo, o AM fortalece o ponto de vista da ST sobre a determinação social do processo de adoecimento, que pode servir de referência para a reorientação do modelo médico-assistencial vigente, revelando-se como um passo à frente na construção da pretendida atenção integral proposta pelo SUS. Diante da premente necessidade de incorporação das ações de ST na rede básica do SUS, apontada por diversos autores do campo^{8,24}, o dispositivo de reorganização do trabalho do AM em ST apresenta-se como possibilidade concreta para tanto.

Colaboradores

APL Santos e FAC Lacaz participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Série A: Normas e manuais técnicos, 4].
2. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):438-446.
3. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação entre trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista Esc Enfermagem USP* 2007; 41(Esp.):777-781.
4. Monken M, Barcellos C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):898-906.
5. Vasconcellos LCF. *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma Política de Estado* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2007.
6. Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12(3):121-131.
7. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no SUS: oportunidades e desafios. *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2061-2070.
8. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface Comum Saúde Educ* 2005; 9(16):53-66.
9. Lacaz FAC. *Saúde do Trabalhador: um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical* [tese]. Campinas(SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 1996.
10. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):797-807.
11. Spedo SM. *Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)* [dissertação]. Campinas(SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 1998.
12. Dias EC. *A atenção à Saúde dos Trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia, Utopia?* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 1994.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores. In: *Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):393-403.
15. Becker H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2001.
17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70; 1977.
18. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
19. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):129-138.
20. Domitti AC. *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado matricial na Atenção Básica de Saúde* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 2006.
21. Bezzerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol ciênc prof* 2008; 28(3):632-645.
22. Bertolini G. *A incorporação das Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção básica: A experiência de Amparo/SP* [monografia]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2007.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem da população 2007*. [site da Internet]. [acessado 2010 jun 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>
24. Lacaz FAC, Santos APL. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(Supl.2):5-11.
25. Castel R. *As metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petropolis: Vozes; 1998.
26. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1):113-118.
27. Cordeiro R, Vilela RAG, Medeiros MAT, Gonçalves CGO, Bragantini CA, Varola AJ, Stephan C. O Sistema de Vigilância de Acidente de Trabalho de Piracicaba, São Paulo- Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1547-1583.
28. Lourenço EAS. *Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca*. Franca: UNESP, FHDSS; 2009.

Artigo apresentado em 28/03/2011

Aprovado em 13/04/2011

Versão final apresentada em 02/05/2011