

### Saúde do trabalhador e Atenção Básica à Saúde: interlocuções e perspectivas de cuidado integrado no processo saúde-trabalho-doença

Worker's health and primary health care: dialogues and perspectives of integrated care in the health-work-disease process (abstract: p. 17)

Salud del trabajador y atención básica de la salud: interlocutores y perspectivas de cuidado integrado en el proceso salud-trabajo-enfermedad (resumen: p. 17)

Juliana de Oliveira Barros<sup>(a)</sup>

<juliana.obarros@usp.br> 

Maria Teresa Bruni Daldon<sup>(b)</sup>

<mtbdaldon@gmail.com> 

Sandy Tiemi Otsuka<sup>(c)</sup>

<sandytiemotsuka@gmail.com> 

Selma Lancman<sup>(d)</sup>

<lancman@usp.br> 

<sup>(a, d)</sup> Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária. São Paulo, SP, Brasil. 05360-160.

<sup>(b)</sup> Prefeitura da Cidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(c)</sup> Terapeuta ocupacional. São Paulo, SP, Brasil.

Objetivou-se apresentar e discutir o alcance das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica à Saúde (ABS) em São Paulo. Em 2019, no contexto de um projeto temático, realizaram-se uma entrevista e dois grupos focais com profissionais inseridos em uma Unidade Básica da região norte da cidade. O material produzido foi apreciado à luz da análise temática de conteúdo. A gestão privada de parte dos serviços públicos; o esvaziamento dos direitos trabalhistas e da pauta relacionada à saúde do trabalhador; a sobrecarga das equipes da ABS que passaram a desenvolver ações de diversas linhas de cuidado; e a questão quantitativa e de abrangência territorial dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) são obstáculos para a conformação e a consolidação das práticas de Saúde do Trabalhador (ST) na ABS. Tem-se como desafio o redimensionamento dos serviços e a requalificação das ações, considerando a interface produção, trabalho e saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador. Atenção Básica em Saúde. Políticas públicas. Rede de atenção à saúde. Intra-setorialidade.

## Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe a oferta de ações de saúde nos âmbitos individual, familiar e coletivo objetivando a promoção, proteção e manutenção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação; e vigilância em saúde. É desenvolvida por equipes multidisciplinares que atuam em determinado território<sup>1</sup>.

Na PNAB, a Atenção Básica (AB), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), é a porta de entrada preferencial, coordenadora e ordenadora das ações e serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É, ainda, articuladora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>2</sup> e das redes intersetoriais, comunitárias e sociais<sup>3</sup>. A RAS e as diretrizes para sua organização<sup>2</sup> no SUS buscam superar a fragmentação dos diferentes níveis de atenção e linhas de cuidado, promovendo a integração e articulação de ações verticais e horizontais, ou seja, da rede de AB entre si e entre as redes de atenção especializada.

Já a Saúde do Trabalhador (ST) constitui-se como um campo de práticas e conhecimentos estratégicos e interinstitucionais (como saúde, trabalho, previdência e justiça) que toma como referência a determinação do trabalho no processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade<sup>3</sup>. A ST passou por importantes avanços desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da implantação do SUS em 1989, como a construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)<sup>4</sup> e a promulgação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)<sup>5</sup>, que previam maior integração com a AB.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), serviços públicos especializados deste campo, desenvolvem ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância em situações de trabalho (VISAT), além de capacitação da RAS e de profissionais de saúde para a identificação e o monitoramento de situações de trabalho e/ou processos produtivos que favoreçam adoecimentos e/ou representam situações de risco à saúde<sup>5</sup>.

Espera-se que o alto grau de descentralização e capilaridade da AB, aliado à proximidade das UBS dos domicílios e dos ambientes de trabalho, favoreça o acesso à atenção à ST<sup>3,4,6-8</sup>. Isso permitiria ainda, tal como previsto na PNSTT<sup>5,6</sup>, que as relações entre o processo saúde-doença-trabalho pudessem ser identificadas em todos os pontos da RAS, visando estabelecer o nexo entre queixas e/ou adoecimentos e a ocupação e/ou situação de trabalho do(a) usuário(a), seja ele(a) um trabalhador formal, informal ou desempregado<sup>9</sup>. Isso favoreceria também uma maior identificação e notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde.

O matriciamento é uma das ações previstas e pressupõe um acompanhamento e articulação contínuos entre as equipes da AB e do Cerest. Caracteriza-se por uma proximidade frequente para formação de vínculos entre os profissionais das diferentes equipes, visando à reorganização da atenção em saúde, corresponsabilização dos casos e aprimoramento da identificação da relação saúde-trabalho-doença, integrando as ações de assistência e vigilância<sup>4,10,11</sup>.

No entanto, até hoje, a ST vem sendo desafiada a compor as ações na AB e em outros pontos da RAS de modo integrado/articulado<sup>3,6</sup>. Lacaz et al.<sup>12</sup> assinalam que a implantação dos Cerest permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e de conhecimentos técnicos, mas ainda não resulta na articulação intrasetorial na AB, nos demais serviços especializados e nas instâncias de vigilância.

Ao analisar o trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) em um município de porte médio em Minas Gerais, os pesquisadores concluíram que esses profissionais incorporaram aspectos da ST na sua prática (identificação da ocupação, de trabalho domiciliar e de fatores de risco à saúde) sem terem passado por treinamento específico<sup>13</sup>. Porém, há a necessidade de maior qualificação dos ACS, pois as questões relacionadas ao trabalho, mesmo quando identificadas, não geram intervenções, tampouco são encaminhadas como demandas específicas de ST.

Lacerda e Silva et al.<sup>14</sup> destacam dificuldades para a consolidação de uma abordagem de ST na AB, desde o desconhecimento sobre o tema até a pouca ou nenhuma estrutura e apoio institucional que garanta condições para a efetivação das políticas públicas de saúde.

Um desafio adicional em várias regiões, inclusive em São Paulo, é a administração das UBS pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), ato regulamentado em 1998<sup>15</sup>. Segundo a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP)<sup>16</sup>, em 2022, as unidades de saúde desse município eram geridas por dez diferentes OSS.

Considerando esse contexto, o objetivo deste artigo é apresentar e discutir a permeabilidade e o alcance das ações de ST na AB a partir do trabalho desenvolvido por equipes vinculadas à UBS de uma microrregião do município de São Paulo, SP.

## Configuração metodológica e análise de dados<sup>17</sup>

Neste artigo, serão apresentados os resultados de uma das fases da pesquisa intitulada “Construção da intersectorialidade no campo saúde e trabalho: perspectiva dos profissionais inseridos na rede de serviços do município de São Paulo”<sup>18</sup>, desenvolvida de 2016 a 2022. Uma das últimas etapas do estudo previa compreender a interlocução intrasetorial no município, em especial, o diálogo da ST com a AB, na perspectiva dos trabalhadores envolvidos.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE n. 58418816.1.0000.0065). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Contexto de desenvolvimento do estudo

Em 2021, São Paulo era a cidade mais populosa e extensa do país<sup>19</sup>, com 12,4 milhões de habitantes e uma área de 1.521 km<sup>2</sup>. Continha 470 UBS, mais de 1.574 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 151 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)<sup>20</sup> e 87 serviços de média complexidade: a Assistência Médica Ambulatorial (AMA)<sup>21</sup>. Possui ainda seis Cerest de abrangência regional e responsáveis por 13 milhões de habitantes.

Esses Cerest referenciam macrorregiões, vinculadas às respectivas Supervisões Técnicas Regionais de Saúde Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. Cada um deles é responsável pela integração e pelo matriciamento de UBS e AMAs/UBS, além dos demais serviços da RAS, conforme ilustrado no quadro a seguir.

**Quadro 1.** Áreas de abrangência das macrorregiões e dos seis CEREST, São Paulo<sup>22</sup>.

Região	Área de abrangência	Unidades de Saúde integradas
Sé (Centro)	Centro, Bom Retiro, Santa Cecília, Consolação, República, Sé, Bela Vista, Liberdade e Cambuci	9 UBS e nenhuma AMA/UBS integrada
Oeste (Lapa)	Lapa, Perdizes, Sumaré, Jaguaré, Pinheiros, Butantã, Itaim, Brooklin, Morumbi, Alto de Pinheiros, Raposo Tavares, Vila Sônia, Rio Pequeno, Vila Leopoldina, Sé e parte da região central da cidade	17 UBS e 8 AMA/UBS integradas
Leste	Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus, São Miguel	42 UBS e 12 AMA/UBS integradas
Sudeste (Mooca)	Aricanduva, Formosa, Carrão, Ipiranga, Jabaquara, Mooca, Penha, Vila Mariana, Vila Prudente, Sapopemba	38 UBS e 10 AMA/UBS integradas

## Local, população e período do estudo

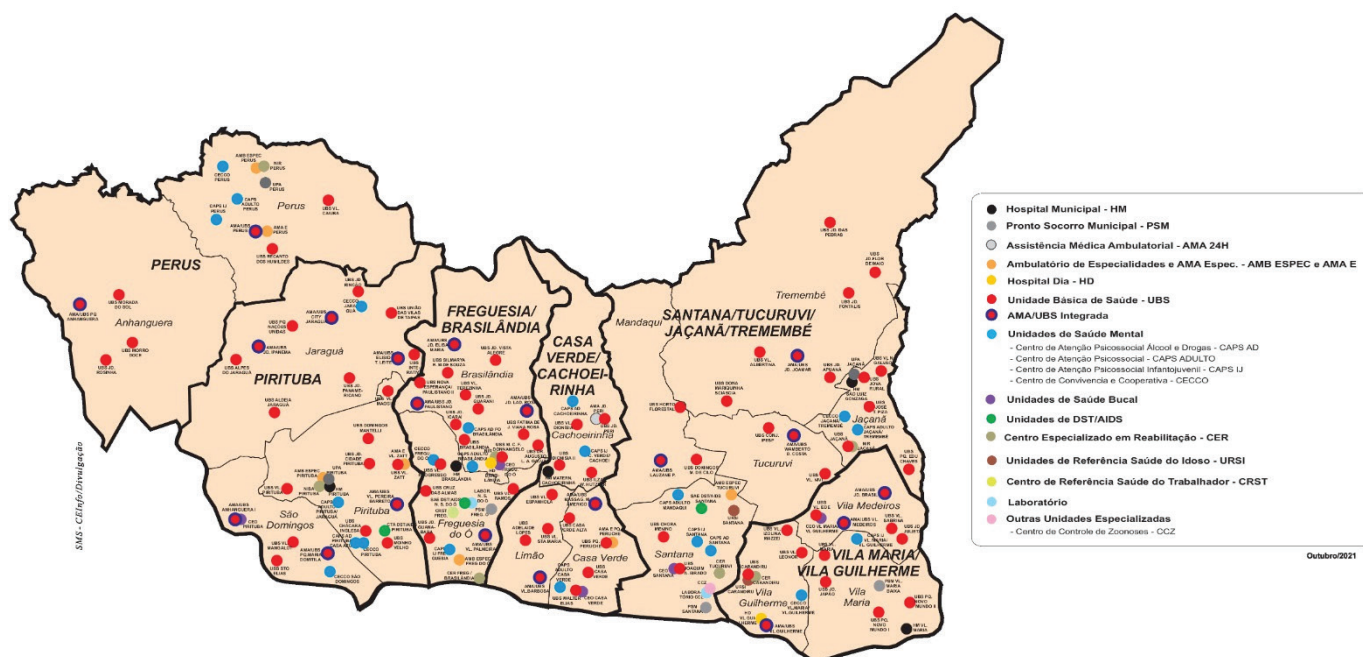
Em outubro de 2019, buscou-se contato com o(s) responsável(is) pelas diversas Supervisões de Vigilância em Saúde (Suvis) do município, no intuito de obter posterior acesso às UBS e às suas respectivas equipes.

Devido à maior disponibilidade e prontidão, iniciou-se o trabalho de campo em uma das UBS da região adstrita à Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Santana/Jaçanã, vinculada à Coordenadoria Regional de Saúde Norte de São Paulo. A STS Santana/Jaçanã abrange unidades das subprefeituras de Santana/Tucuruvi e de Jaçanã/Tremembé. O Cerest de referência é o da Freguesia do Ó.

Essa STS possuía 17 UBS e 3 AMA/UBS integradas<sup>22</sup> e era responsável pela atenção de aproximadamente 616.000 pessoas<sup>23</sup>, representada no mapa a seguir. Ressalta-se que o mapa também representa a área total de abrangência do Cerest Freguesia do Ó, que transcende a STS Santana/Jaçanã.



ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL POR SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE E DISTRITO ADMINISTRATIVO  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE



**Figura 1.** Estabelecimentos e serviços das RAS, SP – Coordenadoria Regional de Saúde Norte – 2021.

Com o apoio da gestora de uma das SUVIS da região norte, foi possível entrar em contato com a coordenadora de uma UBS, que se disponibilizou a participar e facilitar o contato com trabalhadores da unidade. Destaca-se que tal unidade é gerenciada de forma mista por meio de contrato de gestão entre o município e uma OSS. Esperava-se acessar uma UBS de cada região da cidade, mas, devido à epidemia de Covid-19 e aos prazos previstos para finalização da pesquisa, o trabalho não pôde ser estendido.

## Procedimentos adotados para coleta e análise de dados

Realizou-se uma entrevista semiestruturada<sup>24</sup> com a coordenadora da UBS. Com duração de 75 minutos, o diálogo ocorreu a partir das seguintes questões norteadoras: Há quanto tempo você trabalha na AB? Como você percebe a interlocução entre AB e a ST e, mais especificamente, na região onde você trabalha? Vocês desenvolvem ações específicas em ST com a população atendida pela UBS? Existe alguma ação de cuidado específica para os trabalhadores que atuam na unidade?

Segundo o relato da coordenação da UBS pesquisada, entre os 87 profissionais vinculados à unidade, os que possuíam maior contato direto com usuários com algum comprometimento de saúde relacionado ao trabalho e que tinham um olhar mais atento para esse aspecto da saúde eram os ACS e os da equipe multiprofissional, composta por auxiliares de Enfermagem e trabalhadores da farmácia, que, naquela unidade, compunham equipes distintas.

Dessa forma, foram realizados dois grupos focais<sup>25</sup>, um com os ACS e outro com membros da equipe multiprofissional (auxiliares de Enfermagem e de Farmácia). Houve uma única sessão para cada grupo, em horário combinado segundo conveniência dos participantes. Foi assegurado o caráter voluntário da participação. Participaram seis ACSs e sete trabalhadores da equipe multiprofissional. Os demais membros da equipe multiprofissional se recusaram a participar, alegando excesso de trabalho.

Os grupos aconteceram na própria UBS, em sala privativa, com duração aproximada de 150 minutos cada. Ambos ocorreram com a presença de moderador principal, assistente e graduando, todos sem contato prévio com os participantes. Foram propostas as seguintes questões: “No seu cotidiano profissional, você identifica casos com problemas de saúde relacionados ao trabalho?” e “Como lidam com isso na prática?”. Em um segundo momento, propôs-se a seguinte questão: “Como trabalhadores da saúde, vocês identificam aspectos do trabalho que podem afetar sua saúde?”.

A entrevista e os grupos focais foram gravados, transcritos e analisados com base na técnica de Análise Temática de Conteúdo<sup>24</sup>.

## Resultados

Na apresentação dos resultados, as falas foram identificadas com as letras “E”, representando a entrevista individual; G1, retratando o grupo focal realizado com ACS; e G2, representando o grupo focal realizado com a equipe multiprofissional.

### A identificação do trabalho como determinante do processo saúde-doença

Um primeiro aspecto que aparece de forma transversal no relato dos participantes relaciona-se à percepção que desenvolveram ao longo dos anos nos atendimentos na AB de que o trabalho (ou a falta dele) é um dos determinantes do processo saúde-doença.

[...] tem pacientes que estão com problema na coluna, pela profissão, como pedreiro, desenvolveram varizes; algumas mulheres no trabalho doméstico, problemas no braço, no joelho e emocional. Tudo tem um pouco dessa questão da ST. (G1)

Encontrei muito ultimamente, talvez por causa do desemprego, problemas relacionados com a cabeça, psiquiátricos. Muitas pessoas depressivas, devido à situação que o Brasil vem enfrentando. (G1)

Se, por um lado, identificar adoecimentos e agravos relacionados ao trabalho pode ser positivo para o encaminhamento adequado, por outro, torna-se angustiante se deparar com problemas nos quais sua intervenção tem pouco alcance e resolutividade, haja vista a realidade social vivida pelos usuários, forte fonte de adoecimentos, e dado que transcendem o escopo de ações previstas pelo SUS. São exemplos disso a existência de uma carga horária extenuante; e situações de precarização do trabalho, de vulnerabilidade e de horário de trabalho noturno envolvendo menores.





Tem pacientes que precisam tomar remédio de pressão, e sabemos que o calor exaustivo altera a pressão. Eles fritam salgadinho de madrugada para ganhar um dinheiro e não conseguem comprar nem o medicamento. (G2)

Esses mercadinhos vão aparecendo, contratam jovens aprendiz, trabalhando de 8 a 10 horas por dia! Ficam sobrecarregados, pioram o desempenho na escola. Tem aquela lei, “trabalhar tantas horas”, mas aqui é desassistido, não temos fiscalização, é a “Deus dará”, “hoje fica três horinhas a mais, ninguém vai perceber, se não será demitido”. (G2)

Outro dia atendi um senhor... ele teve câncer de boca proveniente do trabalho, era marceneiro, funileiro, algo assim. Desencadeou esse câncer. A boca não ficou normal, mas ele estava curado. Falei “Você parou com o trabalho?”. E ele: “Não posso parar, é meu ganha-pão!”. “Mas se voltar e ficar pior?”. Ele falou: “Aí tô lascado”. (G2)

Os participantes compartilharam situações em que realizam orientações/intervenções consideradas possíveis, dado que a resolução de muitas delas depende de atores com os quais os participantes não têm articulação direta, nem governabilidade.

Teve uma gestante de 20 semanas que veio abrir o pré-natal, frentista de posto de gasolina. A chefia que não queria mudá-la de setor. Ela queria se afastar. O que podemos fazer? Mandamos uma cartinha, um relatório, contando os danos que o trabalho pode causar na mãe e no filho. Escrevemos para remanejar ela para um setor menos prejudicial e isso foi feito. (G2)

Ele trabalhava como pedreiro, em um serviço pesado de obra. O patrão dava marmítx de peão, arroz e feijão. Aí falei: “Mas você come tudo?”, e ele: “Tenho fome, como o que dão”. De manhã chega pãozinho, come dois, três. Aí, “Tô com fome”. Você orienta para comer mais salada: “Não vem salada no marmítx”. Vai falar o que? “E se você levar marmítx?”. “Eu moro sozinho, não tenho como levar marmítx”. Comer no serviço é uma economia. (G2)

Cabe aos Cerest a capacitação em ST para trabalhadores da RAS para a melhor compreensão acerca donexo entre trabalho e adoecimento; ações; e orientação de condutas. No entanto, observa-se que essa capacitação não os alcança e que suas ações são pautadas por bom senso, discussões nas unidades e, por vezes, por improvisado. Diferentemente de outras redes, tais como a de saúde mental ou de reabilitação, a ST, em cidades com São Paulo, não alcança a maior parte das UBS.

A gente não tem qualificação para identificar o problema de saúde como ligado ao trabalho, traz para a unidade e tenta resolver da melhor forma possível. Eles contam pela intimidade que tem com a gente, usam o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] nas questões mentais, o NIR, outras redes, mas não conhecemos o Cerest, nunca ouvi falar. (G2)

## A relação intrasetorial entre a UBS e o Cerest

Em relação à interlocução entre as redes de AB e de ST, é unânime entre os participantes a constatação de que há uma fragilidade e muitas vezes desconhecimento da existência de serviços específicos que capacitem a rede, acolham trabalhadores e intervenham em situações de trabalho potencialmente patogênicas. Existe ainda dificuldade de acesso aos escassos serviços existentes devido à extensão do município.

Tinha um Cerest em Itaquera, demorava o acesso, o encaminhamento tanto para os profissionais que atuavam na UBS quanto para os pacientes, talvez até por desconhecimento, acho precária a ST em São Paulo, nessa região temos Cerest da Freguesia do Ó, é longe e inacessível, usamos mais o do centro e recebemos muita contrarreferência... não resolveu lá e retorna para a gente. (E)

Os participantes destacaram ainda outros aspectos que sinalizam a pouca e igualmente necessária interlocução entre as redes: capacitações relacionadas a temas em ST, incluindo a identificação de adoecimentos relacionados ao trabalho, a abertura de CAT e orientações de condutas frente a problemáticas relevantes e frequentes na população e que poderiam ser incorporadas às práticas da APS.

Não tem treinamento, capacitação para identificar problemas de trabalho, identificamos naturalmente. Conhecemos a família, eles trazem a demanda e, com a intimidade que temos – e eles com a gente –, eles acabam relatando, trazemos para a unidade e tentamos resolver da melhor forma possível. O SUS funciona, mas demora, e, dependendo da especialidade, acaba não dando a devolutiva necessária. (G1)

Tem rotatividade maior desses médicos, é complicado ser por essa via, geralmente é através dos enfermeiros. O enfermeiro identifica, discute na reunião de equipe: “acho que está relacionada à ocupação”, tem bastante casos nas oficinas de costura, tem imigrantes, bolivianos, teve famílias com questões respiratórias e a ACS tinha feito visita, a gente já conhecia, daí traz para a equipe, “tá relacionado às máquinas de costuras”, eles costuram e dormem no mesmo local, “é uma ocupação informal, o que podemos fazer, além de acompanhar?”, preenchemos, a CAT, mas eles não buscam o Cerest, porque é trabalho informal e a gente vai trabalhando devagarinho, senão eles nem abrem a porta, têm medo. (E)





Nas situações em que tentaram formalizar alguma parceria com os Cerest para acompanhamento de casos específicos, não houve ressonância.

Não sabíamos como agir, teve um paciente contaminado de metal durante um período que trabalhou numa indústria e já veio com esse diagnóstico. Ele fazia tratamento, tinha recebido indenização, mas estava com sequelas. A médica encaminhou para o Cerest, para que eles dessem uma luz, pedindo orientação e condução para o monitoramento desse paciente, ela se sentia insegura de conduzir a situação. Eles devolveram para gente, é um caso crônico de acompanhamento ambulatorial. (E)

Ainda que identifiquem a relação entre adoecimento e/ou acidente e trabalho e este se configure como aspecto transversal aos danos observados, os demais serviços de saúde com outras especialidades são mais acessíveis para o cuidado ao trabalhador, assim como o Nasf, que conta com uma equipe multidisciplinar que integra e apoia as ESF.

Em relação ao Nasf, trazemos em reunião de equipe... elas fazem o que está no alcance delas, tem várias especialidades (psicólogo, nutricionista, terapeuta, etc.) e direcionam o que conseguem fazer. O que foge do alcance, dependendo da demanda, tem vários lugares da rede para encaminhar. (G2)

Observa-se, com exceção da entrevistada (coordenadora da UBS com formação em Enfermagem), que, por vezes, procurou acionar os Cerest sem sucesso e que os participantes dos grupos desconheciam a linha de cuidado em ST no município, os serviços específicos, as políticas públicas na área e, sobretudo, a existência desse campo teórico e prático.

Algumas das hipóteses explicativas são: a desproporção entre a rede de AB, a quantidade de Cerest, a densidade populacional do município e sua extensão territorial, fatores que dificultam o acesso a esses poucos serviços. Temos como exemplo a distância entre a unidade de saúde pesquisada e o Cerest de referência, que é de 27 km, demandando mais de uma hora de viagem dentro da cidade. Isso faz com que o alcance e a capilaridade da ST não cheguem a diversas regiões.

Outro fator relevante é que, com a implantação das OSS, houve o aumento da rotatividade de profissionais na AB, em contraste com os trabalhadores dos Cerest, que são servidores públicos.

Ressalta-se que é mais comum que esses profissionais da UBS, quando se deparam com questões relacionadas ao trabalho, procurem especialistas médicos ou a equipe do Nasf, que apesar de possuir maior diversidade de profissionais, não conta com especialistas em ST.



## **Ações de promoção à saúde com usuários, mesmo sem priorizar os aspectos da ST propriamente ditos**

Segundo os participantes, a saúde das pessoas que trabalham pode e deve ser olhada para além da ST como especialidade. Somada à ausência de ações específicas destinadas aos trabalhadores a partir dos papéis que ocupam e lugares onde estão, conseguem desenvolver alguma ação de cuidado, ainda que mais individualizada e pontual nos territórios e com as pessoas que atendem.

Fazemos ações em empresas locais, supermercado, fábricas menores, geralmente voltadas a alguma outra linha de cuidado, faço ação no mercado, é basicamente identificar pessoas hipertensas, diabéticas ou com alguma afecção vascular, detectar precocemente. Vamos nesses lugares onde tem pessoas para trabalhar essa promoção, onde vão ter os trabalhadores. (E)

A gente oferece o serviço que tem. Tem grupo de fisioterapia, educadora física, ensinam como levantar peso de maneira menos prejudicial. É o máximo que podemos fazer. (E)

A empresa X nos procurou para fazer alguma atividade física, achei interessante, promover essas ações no espaço do mercado e falar sobre a importância disso e da nutrição com os trabalhadores, foi uma iniciativa deles. (E)

Observa-se, pelos exemplos trazidos, que essas ações são mais focadas nas pessoas do que nos processos produtivos. Entendem os locais de trabalho como espaços de concentração de pessoas que favorecem o desenvolvimento de atividades de prevenção à saúde (hipertensão, medidas de diabetes, etc), mas desconsideram situações de trabalho danosas à saúde, que poderiam inclusive desencadear ações de vigilância. Isso ocorre principalmente pelo distanciamento com a linha de atenção em saúde do trabalhador.

## **O cuidado de quem cuida – ações de ST para o trabalhador da saúde**

Durante a realização dos grupos, em diversos momentos foi necessário alertar os participantes e dividir as discussões em dois tempos: um que abordasse questões relacionadas aos usuários do serviço e outro voltado ao cuidado deles enquanto trabalhadores. As queixas em relação à própria condição de trabalho e o reflexo do vivido no trabalho na própria saúde e nas manifestações clínicas parecem não encontrar acolhimento. Não há uma estrutura que garanta o cuidado de quem cuida. Percebem como trabalhadores estão expostos a situações semelhantes às dos usuários da UBS que atendem e que acabam ficando sem ter a quem recorrer.

Quando estou sobrecarregada, começo a ter insônia... quando começa a vir muitos problemas de pacientes ou não tem médico profissional na equipe. Não está só relacionado ao trabalho, mas às cargas mentais, “saio do trabalho, tem que buscar as



crianças, não descanso, em casa também trabalho, meu companheiro não é parceiro, não ajuda, quando vejo já é meia-noite não consegui descansar e tenho que acordar cedo para trabalhar”. No caso das mulheres, tem a dupla, tripla jornada e elas acabam adoecendo mais. (E)

A gente tentou acessar o CRST para conversar sobre cuidados em relação a LER, até para nós mesmos, eles não tinham condições, não tinham pernas, porque é um centro para zona norte inteira. Na região que eles atuam conseguem fazer esse trabalho, por ser mais próximo e que a gente podia procurar a UVIS [Unidades de Vigilância em Saúde], que fazem esse trabalho mais regional. (E)

Enquanto trabalhadores, sentem-se negligenciados no cuidado em suas necessidades de saúde, apesar de ser obrigatório que a OSS contratante faça exames periódicos, ofereça acompanhamento por médico do trabalho e monitore as condições laborais.

Nos sentimos desamparados como trabalhadores, falta um psicólogo, nós também somos trabalhadores, queríamos passar com outros profissionais, a gente também vai adoecendo... faltam especialistas, atendimentos de saúde mental... muitas situações que a gente vive aqui impactam nossa saúde, isso nos afeta. (G2)

A equipe da Medicina do Trabalho nunca veio aqui olhar nosso ambiente, ergonomia. Quem vinha e fazia essas conversas era a equipe da Cipa [Comissão Interna de Prevenção de Acidentes], e falavam de segurança no trabalho e de ST. (G1)

Nunca tivemos exame periódico e desconheço se tem alguma legislação. Nas outras empresas, fazíamos anualmente periódico de saúde, exames de sangue, avaliação de postura. (E)

As iniciativas de acolher as demandas desses trabalhadores são desenvolvidas pelos gestores locais na UBS em que atuam, situação que gera constrangimento a eles.

Vários profissionais que têm sofrimento psíquico, problemas físicos, são ACS do nosso território, a unidade de referência deles é a nossa, mas nem todos se sentem à vontade de serem cuidados pelos colegas da mesma equipe, tem que ter distanciamento, por exemplo, uma psicoterapia. Fica esse vazio, percebo que sou mulher, ACS, tenho que fazer o papanicolau com a minha colega de trabalho, eu não faria. Quando precisei, fui numa unidade vizinha, deveria fazer uma troca, atendo os profissionais da unidade vizinha, eles atendem aos meus. (E)

A gente oferece práticas integrativas e complementares: *tai chi*, *shiatsu*, dança, tem a ginástica laboral. (E)

## Discussão

Considera-se que a Renast – em particular, os Cerest – seja referência técnica para as ações de saúde na AB. Entretanto, para isso, é preciso considerar o papel histórico e o atual dos Cerest no contexto das RAS e das suas atribuições na integração da rede. Estudos recentes sobre o desenvolvimento da Renast mostram que, por vezes, a articulação com a AB, mediada pela qualificação das equipes, tem ampliado a demanda do Cerest sem efetivamente incorporar a AB como porta de entrada do sistema<sup>7</sup>.

Relato de experiências bem-sucedidas tratam de municípios de pequeno e médio porte que acabam não refletindo a complexidade de cidades como São Paulo. Na capital, conforme demonstrado, a relação quantitativa e de abrangência territorial entre Cerest e APS impossibilita ações de referência e contrarreferência e a harmonia e integração de formas, objetivos e horários de funcionamento entre serviços<sup>14</sup>.

A ST é desenvolvida em acordo com os preceitos da Renast<sup>4</sup> e da PNSTT<sup>5</sup>. Entre as estratégias da PNSTT, recomenda-se a “integração da VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a ABS”; que sejam realizadas em conjunto com a análise e a identificação do perfil produtivo da população trabalhadora e da situação de saúde desses trabalhadores no território; e a garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo” nos diversos sistemas e fontes de informação em saúde, “aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde”, assim como a “articulação e sistematização das informações” das diferentes “bases de dados de interesse à ST”<sup>5</sup>.

No entanto, há um distanciamento entre as estratégias propostas pela PNSTT e as condições para operacionalizá-las na RAS, agravado pela extensão territorial e populacional do município, o que gera uma demanda incompatível com a RAS instalada.

A capilaridade da AB contempla moradores das regiões, mas nem sempre o local onde eles trabalham<sup>12,13</sup>. Neste estudo, verificamos que a iniciativa de abordar temas fundamentais para a ST se dá mais pelo movimento de alguns trabalhadores da AB do que como fruto de políticas públicas que envolvam coleta de informações, análise de dados e ações baseadas em diretrizes comuns. A consequência do espontaneísmo dessas abordagens se reflete na impotência de servidores da AB em integrar, solucionar ou encaminhar para outros pontos da RAS os aspectos detectados.

As queixas de adoecimento e sofrimento no trabalho presentes nas falas dos participantes dos grupos merecem atenção. A presença de fatores nocivos relacionados à organização e precarização do trabalho desses agentes já foi amplamente discutida na literatura, mas, na prática, evidencia-se a falta de avanços no cuidado e no reconhecimento de tais situações<sup>26,27</sup>. Destaca-se ainda, a sobrecarga das equipes da AB ao incluir em sua agenda, por exemplo, o desenvolvimento de ações de ST<sup>7</sup>.

A inter-relação entre ST e AB é estudada por diversos autores que abordam aspectos históricos, políticos e conceituais; e analisam algumas experiências de integração. Ainda que relevantes, essas produções não discorrem sobre municípios que passaram pela privatização da gestão de serviços de saúde. As OSS, por meio de convênios com

o estado e/ou municípios, são responsáveis pelo gerenciamento de serviços de saúde. São alternativas que substituem a administração pública direta na provisão de recursos humanos e nas respectivas gestões, equipamentos e instalações.

Essa terceirização da gestão, compreendida por alguns autores como forma de privatização do SUS<sup>28</sup>, dificulta a integração e articulação entre as unidades da RAS, podendo torná-las instáveis, incompletas, desintegradas e frágeis. As OSS não sustentam o preceito da articulação e integração entre a ST e a AB, fator evidenciado nos grupos e entrevistas realizados<sup>29</sup>. Ressalta-se que, na capital paulista, 67% das unidades são assim administradas<sup>30</sup>.

A convivência de diferentes modelos de gestão dos serviços e equipes no município (administração direta, OSS e misto) dificultam a implantação e continuidade de programas que pressupõem a integração entre AB e ST. A alta rotatividade e a falta de estabilidade dos profissionais de saúde contratados pelas OSS<sup>30</sup> contrastam com a carreira pública e de longa permanência dos servidores municipais concursados. Isso pode justificar a dificuldade para o desenvolvimento de uma política de Educação Permanente<sup>28</sup>, ações de matriciamento e capacitação profissional, atividades atribuídas ao Cerest.

## Considerações finais

Buscamos dar visibilidade às ações de ST realizadas na AB e à importância de seu incremento, assim como favorecer a integração entre serviços que compõem uma rede com objetivos consonantes.

Existem questões que precisam ser valorizadas e discutidas na atuação dos técnicos, dos gestores e do controle social do SUS, ao se propor o desenvolvimento de ações de ST na AB. As políticas de ST e o próprio SUS não previam a gestão privada de parte dos serviços, nem o esvaziamento dos direitos trabalhistas e da pauta relacionada à ST.

Por outro lado, a integração necessária da ST com a AB não considerou o volume de trabalho das equipes, que ficaram encarregadas de atuar em múltiplas temáticas.

Observa-se que os profissionais da AB já desenvolvem atividades no campo da ST, ainda que pontualmente e sem o apoio esperado. Assim, o desafio seria o dimensionamento e a requalificação dessas ações, na perspectiva das relações produção/trabalho e saúde. Para isso, é essencial prepará-los para reconhecer os processos produtivos que ocorrem no seu território e para as repercussões sobre o viver e o adoecer das pessoas<sup>4</sup>. Destaca-se também a necessidade de redimensionamento dos Cerest para que estes possam exercer seu papel de suporte técnico e de retaguarda para a AB.

Um dos limites do estudo está relacionado à quantidade de UBS pesquisadas, limitação que ocorreu devido à dificuldade de interlocução com a rede em decorrência da pandemia de Covid-19. Outro limite se deu na própria UBS estudada, que se restringiu à equipe multiprofissional, que incluiu somente os auxiliares de Enfermagem e de farmácia; ACS; e coordenadores, sendo que o número de funcionários dos dois últimos cargos foi muito reduzido. Podemos afirmar, fruto desta experiência, que o distanciamento da ST da UBS também foi evidenciado na nossa pesquisa, pois, ao contactarmos a RAS e apresentarmos nossos objetivos, tivemos dificuldades de acesso às unidades.



## Contribuição das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), Projeto Temático processo 2014/25985-2, e Laboratório de Investigação Médica (LIM) 34, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

## Conflito de interesse

As autoras não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editora

Denise Martin Coviello

### Editora associada

Maria Dionísia do Amaral Dias

### Submetido em

28/04/23

### Aprovado em

15/06/23





## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 29 Jun 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 6 Ago 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
3. Amorim LA, Silva TL, Faria HP, Machado JMH, Dias EC. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(10):3403-13. doi: 10.1590/1413-812320172210.17532017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 6 Ago 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 6 Ago 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)
6. Garbin AC, Pintor EAS. Estratégias de intra e intersetorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. *Rev Bras Saude Ocup*. 2019; 44:e18. doi: 10.1590/2317-6369000030118.
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. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(6):2061-70. doi: 10.1590/S1413-81232009000600013.
8. Lancman S, Daldon MTB, Jardim TA, Rocha TO, Barros JO. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? *Cienc Saude Colet*. 2020; 25(10):4033-44. doi: 10.1590/1413-812320202510.27572018.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 41: saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 6 Ago 2021]. Disponível em: [https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos\\_da\\_atecao\\_basica\\_41\\_saude\\_do\\_trabalhador.pdf](https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atecao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf)
10. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(5):1143-50. doi: 10.1590/S1413-81232012000500008.
11. 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.
12. Lacaz FAC, Trapé A, Soares CB, Santos APL. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(44):75-87. doi: 10.1590/S1414-32832013000100007.
13. Silva TL, Dias EC, Ribeiro ECO. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):859-70. doi: 10.1590/S1414-32832011005000035.

14. Silva TL, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):273-88. doi: 10.1590/1807-57622013.0227.
15. São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo; Lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. São Paulo: Governo do Estado; 1998 [citado 29 Jun 2022]. Disponível em: [https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei\\_complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html](https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei_complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html)
16. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; c2017 [citado 29 Jun 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso\\_a\\_informacao/index.php?p=178347](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347)
17. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34:eAPE02631. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.
18. Barros JO, Daldon MTB, Rocha TO, Szelwar LI, Lancman S. Intersetorialidade em saúde e trabalho no contexto atual brasileiro: utopia da realidade? *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e190303. doi: 10.1590/Interface.190303.
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [Internet]. São Paulo: IBGE; 2022 [citado 29 jun 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html>
20. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Coordenadoria da Atenção Básica - CAB [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; c2017 [citado 29 jun 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=1936](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936)
21. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Relação das 87 AMAS/UBS integradas [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; c2017 [citado 29 jun 2022]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Relacao%20das%2087%20AMAs%2012%20Horas%20acopladas.pdf>
22. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por Supervisão Técnica de Saúde [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2021 [citado 29 jun 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid\\_Munic\\_Saude\\_Super.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf)
23. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. População – Dados [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; c2017 [citado 29 jun 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/licenciamento/desenvolvimento\\_urbano/dados\\_estatisticos/info\\_cidade/demografia/index.php?p=260265](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/licenciamento/desenvolvimento_urbano/dados_estatisticos/info_cidade/demografia/index.php?p=260265)
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
25. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
26. Mello IAP, Cazola LHO, Cazola LHO, Rabacow FM, Nascimento DDG, Pícoli RP. Adoecimento dos trabalhadores da estratégia saúde da família em município da região centro-oeste do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2020; 18(2):e0024390. doi: 10.1590/1981-7746-sol00243.
27. Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletron Enferm*. 2013; 15(1):146-55. doi: 10.5216/ree.v15i1.14084.

28. Krüger TR, Reis C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serv Soc Soc.* 2019; 135:271-89. doi: 10.1590/0101-6628.178.
29. Gomes RM. Redes de atenção à saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a organização necessária e a organização atual. *Saúde Debate.* 2014; 38(103):938-52. doi: 10.5935/0103-1104.20140081.
30. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Contratos de gestão com organizações sociais de saúde (OSS) [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; c2017 [citado 29 jun 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso\\_a\\_informacao/index.php?p=178347](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347)

---

The article presents and discusses the scope of Worker's Health (WH) actions in PHC in São Paulo. Within the context of a thematic project, an interview and two focus groups were carried out with professionals working in a Basic Unit in the northern region of the city in 2019. The resulting material was assessed using thematic content analysis. The private outcontracting of part of the public services management, the decay of labor rights and agendas related to worker's health, the overload of the PHC teams that started to develop actions of different lines of care, in addition to the quantitative issue and the territorial scope of the WH Reference Center (CEREST) are obstacles to the conformation and consolidation of WH practices in PHC. There is a challenge in resizing services and requalifying actions, considering the interfaces production-work-health.

**Keywords:** Occupational health. Public health policies. Health care networks. Primary Health Care. Intrasectorality.

---

El objetivo fue presentar y discutir el alcance de las acciones de Salud del Trabajador en la Atención Básica de la Salud en São Paulo. En 2019, en el contexto de un proyecto temático, se realizó la entrevista y dos grupos focales con profesionales inseridos en una Unidad Básica de la región norte de la ciudad. El material producido fue considerado a la luz del análisis temático de contenido. La gestión privada de parte de los servicios públicos, el vaciado de los derechos laborales y de la pauta relacionada a la salud del trabajador, la sobrecarga de los equipos de la ABS que pasaron a desarrollar acciones de diversas líneas de cuidado, además de la cuestión cuantitativa y del alcance territorial de los CERESTs son obstáculos para la conformación y la consolidación de las prácticas de ST en la ABS. Se presenta como desafío el redimensionamiento de los servicios y la recalificación de las acciones, considerando la interfaz producción, trabajo y salud.

**Palabras clave:** Salud del trabajador. Atención básica de salud. Políticas públicas. Red de atención de la salud. Intrasectorialidad.