



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS SOBRAL
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AMÉLIA ROMANA ALMEIDA TORRES

**LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA TECNOLOGIA
PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO TRABALHADOR COM LER/DORT**

SOBRAL

2013

AMÉLIA ROMANA ALMEIDA TORRES

LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA TECNOLOGIA PARA
A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO TRABALHADOR COM LER/DORT.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Saúde da Família. Linha de
pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de
Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Ivana Cristina Holanda
Cunha Barreto

Co-orientadora: Prof. Dra. Izabelle
Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

SOBRAL

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- T643l Torres, Amélia Romana Almeida.
 Linha de cuidado em saúde do trabalhador: uma tecnologia para a organização do cuidado ao trabalhador com LER/DORT. / Amélia Romana Almeida Torres. – 2013.
 154 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.
 Área de Concentração: Saúde da família.
 Orientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.
 Coorientação: Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

1. LER - Transtornos traumáticos cumulativos. 2. Atenção à saúde. I. Título.

AMÉLIA ROMANA ALMEIDA TORRES

LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA TECNOLOGIA PARA
A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO TRABALHADOR COM LER/DORT.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Maria de Fatima Antero de Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri-URCA

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

AGRADECIMENTOS

À Deus, a força dos momentos difíceis da minha vida.

À Professora Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, pelos ensinamentos, apoio, orientações e por acreditar e ter aceitado meu estudo.

À professora Izabelle Mont`Alverne co-orientadora, pelos ensinamentos, amizade e dedicação.

Ao meu companheiro João Sergio pelo apoio e paciência.

Às professoras Cibelle Aliny, Fatima Antero e Elisabeth Dias pelo aceite ao nosso convite para participar da Banca Examinadora e pelas valiosas contribuições.

À querida professora do INTA Antônia Eliana pelo incentivo e apoio.

Aos meus pais Julieta e Ari pelo amor, apoio, dedicação e exemplo de conduta em minha vida.

A equipe do CEREST, pela paciência e pelas inúmeras contribuições.

Às minhas amigas de mestrado Ana Cristina, Ana Karina, Michelle Bispo, Andrea, Doralice, Allany e Mary pela amizade e pelo compartilhamento de saberes.

Ao Coordenador do Mestrado Professor Geison Vaconcelos Lira pelo incentivo e ensinamentos.

À Lucélia, Lia, Samila, Márcia e Celânia pelo companheirismo e amizade única.

Às acadêmicas Isaelly e Lorena pela ajuda.

Aos participantes do estudo, peças fundamentais dessa pesquisa, sempre disponíveis e dispostos a colaborar e passar um pouco dos conhecimentos diários.

Ao Secretário de Saúde, Coordenadores e Gerentes de Serviço da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Sobral por apoiar e permitir o desenvolvimento da dissertação.

Aos meus alunos pelo incentivo e compreensão.

Ao meu amado filho João Artur, meu pequeno, minha fortaleza, quantos momentos tive que renunciar ao convívio familiar, quantas vezes escutei “mamainha chega de estudar”, mas ao mesmo tempo, mesmo na inocência foi paciente e entendeu minhas explicações, fazendo-me continuar firme e forte.

Vocês foram indispensáveis à concretização desse trabalho e ao meu crescimento profissional.

“Se o desejo de alcançar a meta estiver
vigorosamente vivo dentro de nós, não
nos faltarão forças para encontrar os
meios de alcançá-la e traduzi-la em atos”
(Albert Einstein)

RESUMO

O presente estudo nasce da necessidade de melhorar a integralidade da atenção à saúde dos trabalhadores, destacando o trabalhador com lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT. Assim tivemos como objetivo construir participativamente uma linha de cuidado integral para o trabalhador com LER/DORT no âmbito do SUS a partir da experiência dos profissionais, gestores e usuários que compõem as redes de atenção à saúde. Desenvolvida no município de Sobral- Ceará, esta pesquisa é de natureza qualitativa do tipo exploratória. A pesquisa ação foi a metodologia de escolha por constitui-se como uma metodologia que visa à ação e promove a capacidade de transformação da realidade através dos sujeitos da pesquisa. Para tal, utilizamos a pesquisa em grupo, onde os participantes, profissionais das redes de atenção à saúde de Sobral, foram os responsáveis pela construção da linha de cuidado em um processo que levou à formulação, dos fluxos e atribuições que os próprios participantes da pesquisa e seus pares deverão desenvolver nos serviços em que trabalham com o objetivo de promover a integralidade da atenção à saúde do trabalhador. Ressaltamos que estas ações da linha de cuidado foram construídas no ano de 2012 coletivamente, após quatro encontros do grupo. O primeiro encontro foi para debater sobre integralidade e definir as ações prioritárias apontadas pelo grupo, o segundo encontro foi uma oficina que teve como objetivo construir o fluxo da linha de cuidado, o terceiro encontro a segunda oficina que teve como objetivo definir as atribuições dos profissionais dos serviços que atendem o trabalhador, e o quarto encontro, e última oficina, tiveram como objetivos apresentar o fluxo construído pelo grupo e validar as atribuições da rede de serviços que atende o trabalhador com LER/DORT. Como método de tratamento dos dados obtidos utilizamos a análise do discurso. Os resultados apontam que trabalhadores com a doença podem buscar diversos pontos da rede de atenção, dentre eles serviços da Atenção Primária a Saúde, da Atenção Ambulatorial Especializada, da Atenção Hospitalar e da Urgência e Emergência. Surgiram após a validação 36 atribuições para os profissionais. As atribuições identificadas incluíram ações promocionais, preventivas, curativas e de reabilitação. Ressaltamos que para construir a linha de cuidado pensamos na necessidade do trabalhador como o aspecto central para seu fluxo de atendimento e assistência. Dessa forma, a linha de cuidado proposta demonstra uma possibilidade da garantia da integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde, mostrando o caminho a ser percorrido por um usuário, desde a APS e passando por diferentes serviços na

busca de um leque de cuidados necessários para resolver seu problema de saúde. Para o funcionamento da linha de cuidado proposta é necessário que exista um trabalho compartilhado entre os profissionais da APS e os demais serviços de saúde. Nesse processo, além da construção e pactuação do fluxo da atenção, é necessário a elaboração de estratégias para efetivar esse caminho a ser percorrido pelo trabalhador à rede de atenção, estabelecer a negociação de responsabilidades para garantir a qualidade e continuidade do cuidado.

Palavras chave: Saúde do Trabalhador, Redes de Atenção a Saúde, Lesões por Esforços Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, Linha de cuidado.

ABSTRACT

The present study arose from the need to improve the comprehensiveness of health care workers, especially for workers with repetitive strain injuries and work-related musculoskeletal disorders. So our objective was to build a line of participatory comprehensive care for workers with work-related musculoskeletal disturbance in the SUS from the experience of professionals, managers and integrating the networks of health care. Developed in the city of Sobral, this research is a qualitative exploratory type. The action research was the methodology of choice for established itself as a methodology that aims to promote action and the ability to transform reality by the research subjects. Therefore, we used the research group, in a process that led to the formulation, by the subjects involved, the actions considered strategic to offer integral attention to these workers. There is a need of building a care line containing flows and duties of professional care network. We emphasize that these actions care line, were built collectively after four group meetings. The first meeting was to discuss and define the completeness priority actions identified by the group. The second meeting was a workshop that aimed to construct the flow line care, the third meeting a second workshop aimed to define the duties of the professional services that meet the employee and the third and last workshop meeting had as objective to present the flow built by group and validate assignments network of services that meets the employee with repetitive strain injuries and related musculoskeletal disorders work. As a method of treatment of the data we use discourse analysis. The results show that workers with the disease can seek various points of care network, including services emerged Primary Health Care, Specialized Care and Attention to Urgent and Emergency. Merged after the validation of 36 professional assignments. We show that the tasks presented include promotional, preventive, curative, rehabilitative and caregivers. We emphasize that to build a line of thought in need of care worker as the central aspect for your assistance and service flow. Thus, the line care proposal demonstrates a possibility the guarantee of completeness related to the organization of health services, showing the path to be taken by a user, from the Primary Health Care and going through different search services in a range of care required for solve your health problem. For the operation of the line care proposal is necessary to the existence of a shared work among professionals in the Primary Health Care and the other services that have appeared. In this process, as well as construction and agreement of the flow of attention, it is necessary to develop strategies for realizing this path in the network of worker's attention and establish

responsibilities and negotiate for safe transfer of care.

Key words: Occupational Health, Health Care Networks, Repetitive Strain Injury Work
Related Musculoskeletal Disorders, line Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Fluxograma descritor.....	43
Figura 2 –	Espiral da complexidade da linha de cuidado do trabalhador com LER/DORT e matriciamento nas redes assistenciais.	45
Figura 3 –	Mapa de Sobral, distritos e limites.	49
Figura 4 –	Fluxo de atendimento ao trabalhador com LER/DORT na rede de serviços.....	67
Figura 5 –	Atribuições dos profissionais de saúde da APS na atenção ao trabalhador com LER/DORT	71
Figura 6 –	Atribuições dos profissionais da rede especializada na atenção ao trabalhador com LER/DORT	87
Figura 7 –	Atribuições dos profissionais do CEREST na atenção ao trabalhador com LER/DORT.	98
Figura 8 –	Atribuições dos profissionais da Urgência e Emergência na atenção ao trabalhador com LER/DORT.	109
Figura 9 –	Síntese da linha de cuidado da atenção ao trabalhador com LER/DORT.....	115

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ações e metas da PAVS 2010-2011	30
Quadro 2 – Relação dos participantes do estudo de acordo com o segmento e critério de inclusão.	53
Quadro 3 – Matriz para construção do fluxo da linha de cuidado ao trabalhador com LER/DORT	58
Quadro 4 – Matriz de análise para construção das atribuições.	61
Quadro 5 – Matriz do fluxo da linha de cuidado ao trabalhador com LER/DORT	64
Quadro 6 – Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes da Atenção Básica.	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CSF	Centro de Saúde da Família
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIST	Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação da Leis Trabalhistas
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambients
ESF	Equipe de Saúde da Família
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAVS	Pactuação das Ações de Vigilância a Saúde
PNSSTT	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PSF	Programa Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
ST	Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SVS	Secretaria de Vigilância a Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIPP	Visualização em programas participativos
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	A Saúde do Trabalhador no SUS	24
3.2	As LER/DORT e as organizações do Trabalho	32
3.3	A Atenção ao trabalhador com LER/DORT nas redes de atenção	36
3.4	Linhas de cuidado e a integralidade da assistência	40
4	METODOLOGIA	46
4.1	Tipo de estudo	46
4.2	Período e local do estudo	49
4.3	Participantes do estudo	52
4.4	O percurso da pesquisa ação	54
4.5	Análise dos dados	60
4.6	Aspectos éticos da pesquisa	62
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	63
5.1	Fluxo da atenção ao trabalhador com LER/DORT	63
5.2	Atribuições dos profissionais das redes de atenção à saúde na atenção ao trabalhador com LER/DORT	70
5.3	Síntese da linha de cuidado da atenção ao trabalhador com LER/DORT.....	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS	122
	APÊNDICES	139
	ANEXOS	151

APRESENTAÇÃO

A Saúde do Trabalhador se constitui em uma área da saúde pública que tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à Saúde do Trabalhador e a organização e proteção da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004). Dias (2010) refere-se a um campo do saber que visa compreender e intervir nas relações entre o trabalho e o processo saúde/doença e apresentando-o como um modelo teórico de orientação às ações na área de atenção à saúde, no sentido mais amplo, buscando a atenção integral a saúde dos trabalhadores.

De acordo com a Constituição Federal, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia (BRASIL, 2004).

O cenário da Saúde do Trabalhador motivou e aproximou do estudo, pois é nesse contexto, que desde 2008, diariamente atuamos profissionalmente no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST. O campo citado é cheio de desafios que precisam ser superados, e é nele que buscamos ampliar conhecimentos diários por meio da vivência e experiências com os trabalhadores submetidos a riscos no ambiente de trabalho, adoecidos ou acidentados, que necessitam de uma atenção integral. Portanto, nos motivamos a pesquisar sobre a Saúde do Trabalhador e a partir dessa pesquisa podemos contribuir com a efetivação da política, que viabiliza a atenção ao trabalhador com LER/DORT.

O interesse pelo assunto surgiu ao percebermos que o município de Sobral- Ceará ainda precisa avançar na integralidade da atenção à saúde dos trabalhadores, essa prática de acolher o usuário como trabalhador ainda não é percebida de forma clara no dia a dia dos serviços de saúde. Além disso, o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador ainda acontece de forma silenciosa e restrita a grupos mínimos de profissionais, contrapondo o que fala a Constituição Federal, que insere a Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde-SUS. Percebemos também durante os momentos de matriciamento do CEREST nos Centros de Saúde da Família que os profissionais sentiam necessidade de conhecer o que fazia cada serviço que atendia o trabalhador com doença relacionada ao trabalho e mostravam desconhecimento como se dá o fluxo do trabalhador, o que compete a cada profissional e serviço de saúde, além disso, percebemos que os

trabalhadores que buscavam o CEREST muitas vezes não eram referenciados, pois já tinham percorrido todos os serviços da rede SUS na busca da solução do seu problema.

O que nos chama atenção é o aumento das doenças ocupacionais e a repercussão das mesmas na vida do trabalhador, nesse contexto, destacamos as LER/DORT, uma das doenças que mais ocasionam lesões e sofrimento ao trabalhador, a família e a quem está ao seu redor, apresentando-se hoje como um grave problema de saúde pública. As autores Dias *et al.* (2010), apontam que a inter relação saúde, ambiente e trabalho pode ser impactante nos mais diversos aspectos: social, cultural, ambiental, econômico e na própria saúde dos indivíduos e ensejam uma carga de apreensões, sendo motivo de preocupações não reconhecidas, pelos profissionais de saúde.

A partir da necessidade identificada no campo da saúde do trabalhador, dos usuários com LER/DORT e dos serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária a Saúde, surgiu o desejo de contribuirmos com a integralidade da atenção a saúde do trabalhador com LER/DORT e é nesse contexto, que propomos redescobrir novas tecnologias para inserir ações de saúde do trabalhador nas práticas dos profissionais do SUS.

É importante lembrar que a saúde do trabalhador não pode existir apenas como um serviço a mais, uma vez que, a rede deve estar preparada para acolher o trabalhador, prestando atendimento de qualidade e, sobretudo, relacionando seu problema de saúde como o trabalho. Assim, torna-se necessário sistematizar e prover a estes profissionais do SUS os instrumentos necessários e o suporte técnico e político adequado para desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador de forma mais eficaz e resolutive.

1 INTRODUÇÃO

Os fundamentos da Saúde do Trabalhador se reportam à noção de saúde enquanto um direito do ser humano, reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e consagrado pela Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Minayo e Lacaz (2005) enfatizam a importância de se resgatarem os conhecimentos e práticas do campo da saúde do trabalhador para a redefinição das pautas de ação. Esse campo é definido, no artigo 6º da Lei nº 8.080/90, como conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, visando à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho consideradas como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que realmente essa política se efetive, diversas estratégias e formas de organização institucional, nos três níveis de gestão do SUS, foram desenvolvidas para prover atenção integral à saúde dos trabalhadores. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, representou um marco importante nesse processo. Ela é definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde já exercida pelo SUS. Junto a essa estratégia, houve a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passando a ser considerados como locais privilegiados de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente, ampliando a visibilidade da área de Saúde do Trabalhador junto aos gestores e ao controle social, articulando-se também aos demais serviços de saúde, como as redes da estratégia saúde da família, rede hospitalar, rede ambulatorial especializada, rede de saúde mental e rede de urgência e emergência. Essas redes devem ser organizadas em torno de um território, procurando estabelecer fluxos de atenção aos trabalhadores de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental. (BRASIL, 2002).

É preciso reconhecer que em vinte anos após a regulamentação da atribuição constitucional de que o SUS deve prover à atenção integral a saúde dos trabalhadores, esse objetivo, ainda, não foi plenamente cumprido. Ou seja, o SUS ainda não incorporou de forma

efetiva em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o trabalho ocupa na determinação do processo saúde doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e nos impactos ambientais que essas atividades produzem. (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005; NEHMY; DIAS, 2010). Segundo Pinheiro *et al.* (2009), falar de saúde significa falar de determinantes sociais, riscos, agravos, atenção, promoção, e vida numa perspectiva justa. É nesse contexto que lembramos que a Saúde do Trabalhador no SUS não deve ser uma ação isolada de um serviço especializado, pois a maioria dos seus usuários são trabalhadores, e que o trabalho pode ser um dos determinantes do processo saúde doença, devendo haver o envolvimento de todo o sistema de saúde, de maneira coesa e articulada.

Em 2006, o Pacto pela Saúde redefiniu a organização da atenção à saúde no país e atribuiu à Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de eixo organizador das ações no SUS. Essa diretriz também é clara no Decreto 7.508/2011, que regulamenta a lei 8.080/90; na portaria 4.279/2010, que estabelece diretrizes para organização da Redes de atenção à Saúde (RAS) e na Política Nacional da Atenção Básica, aprovada pela Portaria 2.488/2011. Neste cenário, a estratégia da RENAST está sendo ajustada às novas necessidades advindas dessas mudanças, tornando necessária a inclusão de alternativas de organização das ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção, tendência que já vinha sendo observada desde o final dos anos 90. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) destaca a estratégia de estruturar a RENAST no contexto da RAS (BRASIL, 2012). Entre os desafios apresentados pela organização das RAS, destacam-se os ajustes no modelo de gestão capazes de superar a fragmentação das políticas e dos programas de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. (BRASIL, 2010).

A organização da RENAST foi modificada pela Portaria 2.728 de 11 de novembro de 2009, redefinindo o papel dos CEREST'S, adequando-os às diretrizes do Pacto pela Saúde considerando que a organização da atenção integral à saúde do trabalhador se dá pela inclusão de suas ações na Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade da atenção. (BRASIL, 2009). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora explicita as ações a serem desenvolvidas pela rede SUS e reitera a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas, a transversalidade das ações e seu caráter transdisciplinar em sintonia com as

mudanças nos processos produtivos e com a participação dos trabalhadores como sujeitos das ações de saúde (BRASIL,2012).

A possibilidade de identificar a relação de problemas de saúde com as atividades de trabalho e os riscos derivados dos processos produtivos é crucial para a definição mais adequada de prioridades e estratégias de prevenção em saúde do trabalhador. Outra iniciativa do Ministério da Saúde foi incluir em 2004 através da portaria GM 777 revogada pela portaria GM 104 os agravos à saúde do trabalhador na lista de doenças de notificação compulsória, objetivando garantir o olhar e a realização das ações de saúde do trabalhador pela rede SUS. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

A Política de Saúde do Trabalhador no município de Sobral vem sendo incorporada gradativamente, fazendo com que suas ações sejam agregadas a rotina dos profissionais do SUS, muito embora, de forma incipiente. O fato é que essas ações de saúde do trabalhador ainda não foram sistematizadas de forma efetiva como abordada na lei 8080. Com base nisso, podemos perceber que a saúde do trabalhador tem sido implementada de forma superficial e reduzida a ações assistencialistas.

Facchini *et al.* (2005) colocam que os riscos advindos de mudanças tecnológicas, gerenciais, demográficas e de escassez financeira acabam afetando os processos de trabalho e ocasionando doenças e acidentes. Um dos problemas que mais atingem trabalhadores, e vem aumentando consideravelmente, são as Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteo Musculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). São doenças decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, e da falta de tempo para recuperação. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Abrangem quadros clínicos do sistema musculoesquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho. (BRASIL, 2012).

Diante desse fato podemos acrescentar que houve mudanças no perfil epidemiológico da população do município devido a inserção de novos processos produtivos. Com essas mudanças, vem o aumento das doenças ocupacionais, que representam um risco crescente e diversificado para os trabalhadores. Esse aumento no número de acidentes e doenças ocupacionais pode ser encontrado na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), no ano de 2006 foram registrados no Brasil 229 casos de LER/DORT, em 2011 esse numero casos passou para 6.385. Mostrando que houve um aumento expressivo dos casos registrados. De 2006 a 2011 foram notificados pelo SINAN NET 23.889 caso da doença, destes, destacamos como trabalhadores mais atingidos os

faxineiros, trabalhadores da indústria e pedreiro. A grande maioria dos trabalhadores apresentaram limitação e incapacidade para o exercício de suas tarefas, estando expostos a movimentos repetitivos e longas jornadas de trabalho (BRASIL, 2012). Mesmo com o aumento das notificações, podemos dizer que ainda existe uma expressiva subnotificação, uma vez que, essa problemática vem sendo identificada apenas pela rede especializada, pois como mencionado em alguns estudos os profissionais da Estratégia Saúde da Família ainda possuem dificuldades em reconhecer o usuário enquanto trabalhador e estabelecer a relação de suas queixas, sofrimento e adoecimento com o trabalho. (PESSOA, 2010).

No desvelar das diferentes leituras e abordagens em relação às LER/DORT e o contexto onde se inserem, apontam para a necessidade de superação do olhar fragmentado da doença, buscando incorporar a organização do trabalho nas ações de atenção à saúde do trabalhador, na necessidade de avançar nas ações de promoção e prevenção à saúde, procurando uma intervenção concreta na relação saúde/trabalho, através de ações de vigilância e educação em saúde. (FARIA *et al.*, 2009). Frisamos que a doença traz repercussões na vida do trabalhador, afetando nas relações familiares, de trabalho e limitação na realização das atividades de vida diária.

Na visão de Cardoso (2008), os serviços de saúde precisam ser aprimorados o atendimento que contemple a assistência integral a saúde dos trabalhadores, compreendendo a vigilância dos ambientes, processos de trabalho, sistema de informação e assistência. A escassez e inadequação das informações sobre a real situação dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para planejamento e intervenção em saúde, além de omitir a sociedade instrumentos importantes para a melhoria das condições de trabalho. Dias *et al.* (2011) apontam que a integração intrasetorial na saúde é insipiente e descontínua alguns níveis de atenção, em particular a APS e os serviços de urgência sempre atenderam os trabalhadores, porém não estabelecem a relação entre o agravo e o trabalho, dificultando a adoção de procedimentos adequados. A RENAST menciona a importância de se criar linhas de cuidado para cada agravo à saúde do trabalhador, cabendo aos municípios propor os fluxos de referência e contra referência em cada linha de cuidado. (BRASIL, 2009).

Diante de novos desafios para o cuidado aos trabalhadores, a construção de linhas de cuidado coloca-se como uma possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção em saúde e como garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação. Essa atenção consiste em um fluxo ágil e oportuno em cada serviço da rede (Atenção Primária, Especializada e Urgência e Emergência), com referência e contra-referência responsável, até a

recuperação completa do indivíduo. Seria um modo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade. (BRASIL, 2005).

Além disso, a necessidade de se implantar uma linha de cuidado em LER/DORT é importante por permitir organizar, articular e estabelecer as atribuições dos profissionais que atuam nos serviços dos diferentes pontos de atenção da rede SUS na busca da garantia do acesso e do cuidado integral. A linha também estabelece o percurso assistencial, organizando o fluxo de indivíduos de acordo com suas necessidades, proporcionando uma linguagem comum nos vários serviços de saúde. (FRANCO E MERHY, 2004).

A Linha de cuidado é entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma linha de cuidado deve expressar por meio de protocolos técnicos que considerem tanto a atualidade do conhecimento científico e tecnológico, como a organização da oferta de ações de saúde a um dado grupo. (BRASIL, 2007).

Quando falamos em linha de cuidado, devemos nos atentar ao processo saúde doença e suas vulnerabilidades, desse modo, o modelo assistencial deverá organizar-se e articular-se os recursos nos diversos níveis de atenção. Esse estudo busca contribuir na organização da atenção a saúde dos trabalhadores, possibilitando que os profissionais de saúde identificassem atribuições prioritárias para a construção da integralidade do cuidado. Propõe a definição de diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral que devem constar no elenco básico de ações para o funcionamento adequado do fluxo da atenção a saúde do trabalhador em nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias aos trabalhadores. E ainda, a identificação de ações prioritárias, estratégias de fluxo e sugestões de efetivação da linha de cuidado, Utilizando-a para nortear os profissionais, visando o cumprimento dos objetivos de promover saúde e reduzir a morbidade das doenças ocupacionais.

Essas são algumas das inquietações que nos instigaram a enveredarmos nesse campo de estudo, mas também destacamos o fato de podermos contribuir na efetivação da integralidade da atenção aos trabalhadores adoecidos com LER/DORT.

Uma das estratégias pensadas foi construir uma linha de cuidado de forma participativa com a contribuição de usuários, controle social, gestores e vários profissionais de diversas áreas técnicas e serviços envolvidos na atenção à saúde do trabalhador. A escolha da linha de cuidado em LER/DORT se justifica pela magnitude dessa doença, a crescente morbidade, os custos que a mesma agrega e por gerar eventos crônicos que, com frequência,

se agudizam, especialmente quando os trabalhadores não são bem cuidados. Diante do exposto, torna-se urgente a articulação de políticas e programas voltados ao enfrentamento desta realidade, bem como aprofundar a atenção que tem sido dispensada aos trabalhadores com LER/DORT nos serviços de saúde. Nesta dimensão, está a importância de se integrarem os diversos pontos de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e onde ganham espaços as Linhas de Cuidado.

Várias pesquisas como a de Oliveira (2001) apontam para a necessidade de se trabalhar a integralidade das ações pela rede SUS. Contudo, Dias *et al.* (2009), apresentam algumas dificuldades para efetivar as ações de ST pelos profissionais do SUS, das quais, as mais apontadas são o desconhecimento, o despreparo e a não priorização das ações de ST.

São muitos os desafios a serem enfrentados na tentativa de romper essa invisibilidade da LER/DORT, uma vez que, a rede de saúde pública precisa querer se adequar e se organizar para realizar as ações de atenção integral a saúde do trabalhador, tornando-se o fio condutor da prática em Saúde do Trabalhador, superando a atuação fragmentada e direcionada para a assistência. O ideal é buscar construção de ações de atenção ao trabalhador, voltadas para sua totalidade, incluindo a prevenção e promoção da saúde, intervindo nas causas e consequências dos fatores desencadeantes das doenças.

Diante do exposto, surge um questionamento a ser respondido: Quais estruturas da linha de cuidado subsidiam os profissionais que compõem os serviços das Redes de Atenção a Saúde a efetivarem as ações de integralidade da atenção aos trabalhadores com LER/DORT?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir participativamente uma linha de cuidado integral para o trabalhador com LER/DORT no âmbito do SUS a partir da experiência dos profissionais, gestores e usuários que compõem as redes de atenção à saúde.

3.2 Objetivos Específicos

Construir um fluxo de acesso do trabalhador com LER/DORT aos serviços do SUS.

Identificar as atribuições dos profissionais que compõem as redes atenção: Atenção Primária a Saúde, Atenção Especializada e Atenção à Urgência e Emergência para garantia da continuidade do cuidado aos trabalhadores com LER/DORT.

Validar com gestores e profissionais do SUS a linha de cuidado proposta participativamente pelos profissionais de saúde

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Saúde do Trabalhador no SUS

Os fundamentos da Saúde do Trabalhador reportam à noção de saúde enquanto um direito do ser humano, reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e consagrado pela Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) preveem, como direito de todo cidadão, o trabalho saudável e seguro. O entendimento do trabalho e da saúde no contexto da vida prioriza um olhar particularizado para o objeto central da Saúde do Trabalhador, definido pela relação entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença. (BRASIL, 2006). Nehemy e Dias (2010) ressaltam que a Saúde do Trabalhador busca o bem estar e a vida com qualidade, considerando o trabalho como fator determinante da saúde, reconhecendo sua importância para a subjetividade dos trabalhadores e para sua inserção social, além de potencialmente ser capaz de provocar mal estar, adoecimento e morte.

O campo da saúde do trabalhador teve sua estruturação durante o movimento acadêmico e social da Reforma Sanitária Brasileira, com a postura de ruptura com as abordagens e práticas distanciadas do trabalhador e do processo de trabalho. Desenvolveu, assim, um processo que permitiu a re-tradução das questões que envolvem a saúde e o mundo do trabalho. As demandas do movimento sanitário e dos trabalhadores foram canalizadas para o arcabouço teórico e jurídico, dando uma nova forma de entender a saúde e o trabalho. (LACAZ, 2007). Essa demanda expressou uma profunda discordância com o modelo e prática da Medicina do Trabalho, criticando o envolvimento excessivo dos médicos do trabalho com o capital. O surgimento do campo coloca a saúde como principal objetivo da prática dos profissionais da saúde, ao invés do julgamento da aptidão para o trabalho.

O movimento pela Reforma Sanitária, que envolveu os trabalhadores organizados, técnicos de serviços de saúde e das instituições de ensino e pesquisa, mostrou ao País a realidade sobre as condições de trabalho geradoras de doença e a necessidade de modificá-las. Segundo Chagas, Salin e Santos (2011), o movimento da saúde do trabalhador no Brasil,

passou a tomar forma no final dos anos 70, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. A percepção da dimensão humana, o cenário de movimentos para abertura política, a abordagem sobre as necessidades do trabalhador pelo suscitar do caráter integral do cuidado e o conhecimento dos condicionantes do adoecimento para a elaboração de práticas pela concepção da medicina social, dão o sentido de valorização da atenção aos trabalhadores. (SANTOS, 2005).

Na década de 80 foram constituídas as primeiras ações de Saúde do Trabalhador no sistema de saúde. As iniciativas do movimento da Saúde do Trabalhador, oriundas da saúde coletiva que cresceram no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, culminando no marco histórico e político do campo da saúde do trabalhador. E estabeleceu os princípios de equidade, integralidade, universalidade, descentralização e hierarquização das ações do SUS.

A Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em dezembro de 1986, teve como tema: Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores, com o foco para redemocratização do setor saúde, reformulação do sistema nacional de saúde e da vida política brasileira, e saíram como propostas: novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores, como a garantia que os Serviços Especializados em Medicina do Trabalho (SESMT) fossem fiscalizados pelo sindicato da categoria e integrados aos SUS. (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 garantem a saúde como direito fundamental mediante políticas sociais e econômicas. É evidenciada em seu Artigo 200, quando este define que ao SUS compete executar as ações de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988). A redução do risco da doença, agravos e o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação são responsabilidades do SUS para saúde do trabalhador, que expressa intervenções em saúde do trabalhador como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I. Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II. Participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III. Participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV. Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V. Informação ao trabalhador e a sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI. Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII. Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;

VIII. A garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 1990).

A segunda Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador foi em 1994 e teve uma temática voltada para a construção de uma política de saúde do trabalhador onde o foco era voltado para universalidade do acesso à saúde, atenção integral a todos os níveis da assistência e prioridade para prevenção e promoção em ST. Saíram como propostas de atenção e organização das ações de Saúde do Trabalhador: Vigilância em ST, assistência á ST; incorporação pelo SUS das ações de ST de forma descentraliza. (BRASIL, 1994).

A estruturação de legislação em saúde do trabalhador após a criação do SUS, ganha consistência nas determinações da Norma Operacional Básica (NOB) em 1996, combinada à Portaria nº 3.120 de 1998, este arcabouço jurídico inclui a saúde do trabalhador como um campo de atuação e atenção vinculado à saúde. A Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), de 30 de outubro de 1998, estabeleceu os primeiros procedimentos com potencial para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador pelas secretarias de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo estes o indicativo inicial de formulação política da atenção ao trabalhador pelo SUS. Nela destacam-se as seguintes atividades:

- a) informações ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas, sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

- b) participação na normalização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- c) revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas dos processos de trabalho, tendo na sua elaboração, a participação das entidades sindicais;
- d) garantia ao sindicato dos trabalhadores, de requerer aos órgãos competentes, a interdição de máquinas, de setores de serviços ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador. (BRASIL, 1998).

Ainda no ano de 1998, publicaram-se as Portarias GM/MS nº 3.120, onde aborda a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador que de uma forma sucinta veio para fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, objetivando instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. (BRASIL, 1998). Com o intuito de melhorar a qualidade do registro e do reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.339, de 18 de novembro de 1999, instituindo a lista destas patologias (BRASIL, 1999), em seguida veio um instrumento para complementar a portaria: o Manual de doenças relacionadas ao trabalho, pensado para dar sustentação ao processo de reconhecimento das doenças ocasionadas pela atividade laboral. (BRASIL, 2001).

Em seguida foi criada a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) em 2002, por meio da Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro, definindo o papel de cada esfera de gestão no âmbito da Saúde do trabalhador, ainda complementando que ações deverão ser organizadas e implantadas na Rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF), Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. (BRASIL, 2002). A instituição da Rede, enquanto principal estratégia para a consolidação da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, se deu a partir da necessidade de fortalecer a articulação, no âmbito do SUS, das ações de promoção, prevenção, proteção, vigilância e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho e a atenção integral à saúde do trabalhador, com suas especificidades, que deve ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante com os princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade. A RENAST também apresenta como objetivo a articulação de ações intersetoriais, buscando o estabelecimento de relações

com outras instituições e órgãos públicos e privados, como universidades e instituições de pesquisa. (SANTANA e SILVA, 2009).

O eixo integrador da RENAST é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST'S), constituída por centros estaduais e regionais, de gestão estadual ou municipal de acordo com a definição do estado, localizados em regiões metropolitanas e municípios sede de polos de assistência das regiões e microrregiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da saúde do trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos. (BRASIL, 2002). Para Souza e Machado (2011), as práticas dos Centros são significativamente diferenciadas entre si, em função de aspectos como o perfil produtivo, os estágios de estruturação do SUS e de mobilização dos atores sociais em cada região. Mas todos eles desenvolvem ações de promoção da saúde, de prevenção, de vigilância dos ambientes de trabalho, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação, de capacitação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores.

Outro grande marco foi a terceira CNST em 2005 teve o tema: Trabalhar, sim! Adoecer, não! Cujo foco foi melhores condições de vida no trabalho num cenário de integralidade e controle social no SUS, saíram diversas propostas de atenção à ST no SUS como a proposta da efetivação da RENAST e da PNSST. (BRASI, 2005). Nesse mesmo ano, é publicada a Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro, que trata da ampliação da RENAST, a ser cristalizada pela adequação e ampliação da rede de CEREST; pela inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos e do estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; pela efetivação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; pela instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade, que configuram a Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e pela caracterização dos Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador. (BRASIL, 2005).

Quanto à necessidade de estruturação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, ressalta-se como marco institucional a Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004, revogada atualmente pela GM/MS nº 104 de 2011 que inclui os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS, buscando atingir toda a rede. Foram estabelecidos onze agravos para notificação compulsória: Acidente de Trabalho Fatal; Acidentes de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidentes de Trabalho em Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Intoxicações Exógenas (por substâncias

químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e Câncer Relacionado ao Trabalho. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011). Cabe então à Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, constituída basicamente por serviços de atenção básica, média e alta complexidade e hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência, o atendimento, o diagnóstico e a notificação dos agravos à saúde do trabalhador considerados prioritários pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Nesse contexto os CEREST, enquanto estruturas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde funcionam como matriciamento especializado para toda a rede do SUS e tem um importante papel a desempenhar na capacitação e apoio técnico as unidades de saúde. (BRASIL, 2009).

Em 2007, a Portaria GM/MS no 1.956, de 14 de agosto, trouxe importante mudança de localização institucional da Área Técnica de Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde, ao definir que a gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador passassem a ser exercidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (BRASIL, 2007). A inserção da Saúde do Trabalhador na esfera nacional da gestão na SVS reforça a abrangência das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, constituindo espaço de articulação de conhecimentos e técnicas da epidemiologia e de diversas disciplinas, de práticas dos profissionais e dos saberes e das experiências dos trabalhadores.

Em 2009 a Portaria da RENAST nº 2.437 de 2005 foi revogada pela 2.728 tendo que se adequar ao Pacto pela Saúde, e desde então consolidado como o principal instrumento de articulação entre as esferas de gestão do SUS e destas com a sociedade. Ela veio para reforçar a necessidade de que as ações em saúde do trabalhador e as respectivas destinações de recursos devam estar inseridas expressamente nos planos de saúde nacional, estaduais, distritais e municipais e nas respectivas Programações Anuais de Saúde, e posteriormente demonstradas no Relatório Anual de Gestão. (BRASIL, 2009). A Portaria GM/MS no 2.728/09 será complementada pela publicação de um novo Manual de Gestão da RENAST e pela nova política, que revisa e atualiza o primeiro Manual de gestão e gerenciamento da rede, editado em 2006. (DIAS, 2010).

O Ministério da Saúde lançou em 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), ela deve seguir os mesmos princípios do SUS e ainda acrescenta o princípio da precaução (BRASIL, 2012). De acordo com Chagas; Salin e

Santos (2011), efetivar uma Política de Saúde do Trabalhador significa, portanto, contemplar essa ampla gama de condicionantes da saúde e da doença.

No campo da Vigilância em Saúde a Portaria nº. 3.252 de 2009, preconiza que a vigilância da saúde do trabalhador é incorporada como componente da Vigilância em Saúde, com a seguinte formulação: Vigilância da saúde do trabalhador visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos ela também traz como importantes diretrizes e desafios, na direção da construção da integralidade da atenção à saúde da população, a consolidação de uma Vigilância em Saúde integrada, a partir dos seus diversos componentes: promoção da saúde, vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária, e a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 2009). A Portaria nº. 3.008/2009 estabelece os princípios norteadores da Programação de Vigilância em Saúde – PAVS, como elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal. Como a Saúde do Trabalhador é prioridade no Pacto pela Vida foram definidas as seguintes ações e metas na PAVS 2010-2011 como mostra o quadro 1:

Quadro 1 – Ações e metas da PAVS 2010-2011

Ação	Definição da Ação	Medida de desempenho da ação	Meta Brasil 2010	Meta Brasil 2011
Ampliar a rede de unidades sentinela para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	Aumentar a rede de unidades sentinela para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	Proporção de unidades sentinelas realizando notificação e investigação dos agravos à saúde dos trabalhadores.	15% de aumento do número de unidades sentinela realizando notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	15% de aumento do número de unidades sentinela realizando notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.

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

Fonte: Brasil, 2010.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) foi publicada em 2011 através do decreto 7.602, é representada pelos ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência, e pelos trabalhadores e empregadores voltada para a prevenção de acidentes. A PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho e os seguintes princípios: universalidade e integralidade.

O fato é que ainda existe a escassez e inconsistência das informações sobre a situação de real da saúde dos trabalhadores no Brasil. O SUS assume um papel social diferenciado, ao se colocar, de fato, na atualidade, como a única política pública de cobertura universal, para o cuidado da saúde dos trabalhadores, obrigando à redefinição das práticas de saúde e a construção de um novo modelo de atenção a saúde. (MALTA *et al.*, 2005). Dias; Bertolini e Pimenta (2011) ressaltam que apesar dos vinte anos de história do SUS, ainda existe certa distância entre o que está normatizado e o que ocorre no cotidiano dos diferentes serviços, pois o processo de construção de um sistema que tem como princípios a universalização do acesso e a integralidade da atenção enfrenta resistências. O campo da ST faz parte desse processo, mas com particularidades que tornam sua implantação ainda mais complexa, tais como: o contexto social da tensão capital-trabalho; os entraves políticos no âmbito municipal, principalmente em relação às ações de vigilância, o desconhecimento de

muitos gestores do SUS quanto à concepção e ações de saúde do trabalhador; o despreparo de alguns profissionais de saúde para desenvolver ações nessa área, tanto em relação à capacidade técnica quanto ao imaginário; dentre outros aspectos. Daí a ST ser, talvez, uma das áreas de maior defasagem em relação à implantação no SUS, apesar de estar entre as prioridades do Pacto pela Vida. (DIAS, 2010).

O SUS tem o compromisso de continuamente trabalhar para a melhoria da situação de saúde da população brasileira e entende que o trabalho é um dos condicionantes mais estruturantes para que este objetivo seja atingido, o que passa pela articulação e fortalecimento das diversas ações governamentais envolvidas, pelo aprimoramento da participação social na implementação destas ações, pelo fortalecimento do campo da saúde do trabalhador e pela própria concretização do SUS, uma conquista histórica da sociedade brasileira. (CHAGAS; SALIN; SANTOS, 2011).

O caminho para o avanço da saúde do trabalhador no Brasil é a construção de estruturas condizentes com o paradigma sistêmico e holístico da concepção de rede, capaz de incentivar o estabelecimento de articulações múltiplas, a criação de projetos multicêntricos e trans disciplinares, ações intersetoriais e trans-setoriais, o desenvolvimento de mecanismos de comunicação e interlocução entre as instâncias governamentais, sociais, possibilitando o protagonismo dos trabalhadores como sujeitos de transformação, sob a perspectiva teórica das relações do trabalho com o processo saúde-doença. (LEAO; VASCONCELOS, 2011).

3.2 As LER/DORT e a organização do trabalho

Historicamente no modo de produção capitalista, o trabalhador necessitou submeter-se a condições e ambientes inadequados de trabalho, levando-o a uma perda gradativa do controle sobre o processo produtivo e o aumento de seu desgaste físico e emocional. As mudanças sócio-econômico-culturais e inovações tecnológicas trouxeram grandes alterações no modo de trabalhar, e consequentemente de adoecer dos trabalhadores neste último século. Ao mesmo tempo em que trabalhadores sofrem acidentes graves, há uma tendência de multiplicação de doenças da esfera mental e osteomuscular. (OLIVEIRA, 2001).

Expressivas são as alterações relativas à organização e gestão do trabalho, bem como avanços na compreensão sobre seus efeitos na saúde do trabalhador, entendendo-a como um processo que permeia o modo de ser de viver dos trabalhadores. As profundas transformações que vêm alterando a economia, a política e a cultura na sociedade, por meio da reestruturação produtiva e do incremento da globalização, implicam também mudanças nas

formas de organização da gestão do trabalho que engendram a precariedade e a fragilidade na relação entre saúde e trabalho, repercutindo, diretamente, nas condições de vida do trabalhador e de sua família. (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Os casos de LER/DORT no Brasil foram primeiramente descritos como tenossinovites ocupacionais e foram apresentados, no XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho em 1973 (BRASIL, 2012). Foi então que se iniciou no campo social, sobretudo na década de 80, as lutas de trabalhadores para reconhecimento da doença como relacionada ao trabalho. Nos últimos anos, várias outras entidades nosológicas, além da tenossinovite, passaram a ser consideradas como LER/DORT pelo Ministério da Saúde e estão atestadas em algumas publicações como: Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção. (BRASIL, 2000), Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde (MAENO *et al.*, 2001), Instrução Normativa nº 98/03. (BRASIL, 2003).

Em 28 de abril de 2004 a portaria GM 777 incluiu a LER/DORT dentre os agravos de notificação compulsória no Sistema Nacional de agravos de Notificação - SINAN e recentemente saiu o protocolo de dor relacionada ao trabalho que foi publicado com o intuito de atender os trabalhadores com suspeita de agravos à saúde relacionados ao trabalho, incluindo os procedimentos compreendidos entre o primeiro atendimento e a notificação, oferecendo recomendações e parâmetros para diagnóstico, tratamento e prevenção das LER/DORT, possibilitando dotar o profissional do SUS de mais um instrumento para o cumprimento de seu dever enquanto agente do Estado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e, por conseguinte, para a garantia de seu direito à saúde. (BRASIL, 2012).

Segundo Maeno e Carmo (2005), após o reconhecimento da doença, outras atividades de risco foram identificadas em serviços que atendem trabalhadores, entre as quais os de teleatendimento, caixa, digitação, escrituração, montagem de pequenas peças e componentes, confecção de manufaturados, costura, embalagem, passadeiras, cozinheiras, trabalhadores de limpeza, auxiliares de odontologia, cortadores de cana, profissionais de controle de qualidade, operadores de máquinas e de terminais de computador, auxiliares de administração, auxiliares de contabilidade, datilógrafos, pedreiros, secretários, técnicos administrativos, auxiliares de cozinha, copeiros, eletricitas, escriturários, operadores de caixa, recepcionistas, faxineiros, ajudantes de laboratório entre outras.

As LER/DORT estão relacionadas a processos de trabalho cujas tarefas são fragmentadas, desqualificadas, repetitivas e desprovidas de significado humano. Acrescenta-

se a estes fatores o ritmo acelerado de trabalho, objetivando a maior produção, além de todo um processo de isolamento e competitividade que acaba impossibilitando o aparecimento entre os trabalhadores de relações de solidariedade no trabalho. (VERONESI JUNIOR, 2008). Ressalta-se então, que apesar de já terem sido relatadas há mais de 200 anos pelo médico italiano, Bernardino Ramazzini (1633-1714), considerado o pai da Medicina do Trabalho, as ocorrências de problemas osteomusculares nos trabalhadores daquele período, somente tornaram-se um problema relevante a partir da década de 80 quando a doença passou a atingir trabalhadores de diferentes processos produtivos. (MAGALHÃES, 1998). Em estudo sobre os benefícios por incapacidade realizada pela Previdência Social, observou-se que as entidades nosológicas referentes às LER/DORT foram estatisticamente associadas a aproximadamente 200 ramos econômicos. (BRASIL, 2009).

Para a ocorrência das LER/DORT, não existe causa única e determinada, são vários os fatores existentes no trabalho que podem estar relacionado à sua gênese: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinadas partes do corpo, mais precisamente os membros superiores, trabalho estático, frio, fatores organizacionais e psicossociais. (BRASIL, 2012).

A doença segundo Neves (2006) é caracterizada pela incapacidade laboral temporária ou permanente, resultante da combinação de sobrecarga do sistema osteomuscular com a falta de tempo para a recuperação e com a organização do trabalho, instalando-se progressivamente no trabalhador sujeito a fatores de risco técnico-organizacionais. Suas causas são múltiplas e complexas originadas de fatores isolados e conjuntos, mas que exercem seus efeitos de forma simultânea e interligada.

Podem-se explicar as LER/DORT como quadros inicialmente inflamatórios e de fadiga das partes moles do sistema musculo esquelético, os pacientes sentem dores fortes, formigamento e fadiga, que inicialmente se manifestam de forma difusa e pouco intensa que diminuem à noite. Com a persistência dos fatores causais advém a cronificação dos sintomas e a evolução para quadros neurológicos e de alterações no sistema nervoso autônomo altamente incapacitante e difícil controle. Os pacientes passam a sentir dores contínuas mesmo sem realizar esforços ou movimentos, passam a ter dificuldades para dormir, locomover-se o que lhes traz grandes repercussões físicas e psíquicas. (MAENO; CARMO, 2005).

Estudos realizados nos Estados Unidos apontam que cerca de 65% de todas as patologias registradas como ocupacionais são de LER/DORT. (MENDES, 2005). No Brasil, segundo os dados disponíveis pela a previdência social, as LER/DORT representam 80% dos

diagnósticos que resultam na mais frequente causa de emissão de Comunicações de Acidentes do Trabalho- CAT, concessão de auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez. (RIBEIRO, 1997). O autor ainda refere que a patologia se constitui atualmente na maior demanda aos Centros de Referência e Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador. Para Almeida (2004) a produção das doenças e acidentes de trabalho no Brasil é muito mais complexa do que os levantamentos periódicos mostram, uma vez que estes não revelam a real dimensão dos fatos, pois partem do trabalho formal e, quando excluem as demais formas de uso do trabalho: informal, parcial, temporário, subcontratado, não incluindo um número significativo de doenças e acidentes ocorridos com esses trabalhadores.

A abordagem das LER/DORT solicita uma concepção mais ampla do próprio conceito de saúde e seus determinantes, devendo se considerar o trabalhador que adoece enquanto sujeito em cotidiano determinado pelas relações de trabalho. Grande parte das concepções e práticas relacionadas à doença, ainda são permeadas pela influência do modelo biologicista, inclusive sendo incorporado nas atuais legislações que regulamentam as LER/DORT. (OLIVEIRA, 2001). Barbosa, Santos e Terezza (2007) mencionam que é importante que as autoridades locais, os médicos, enfermeiros e demais profissionais envolvidos no cuidar destes trabalhadores acometidos pela doença sejam sensíveis e encontrem formas de minimizar as inadequações dos ambientes de trabalhos para que a prevenção seja priorizada.

É necessário ressaltar, que ainda existem dificuldades do trabalhador perceber as manifestações iniciais da doença na fase inicial, e essa demora na descoberta, acaba acarretando consequências para o trabalhador que repercutem na sua vida pessoal e profissional, tendo em vista todo um contexto que se forma de descrédito e de marginalização em relação à existência do problema. Estas situações implicam muitas vezes no trabalhador adiar o tratamento, somente retornando aos serviços de saúde, quando os sinais e sintomas já se apresentam visivelmente e a incapacidade se torna um fato concreto, de difícil reversão, decorrente de diagnóstico tardio. (BARBOSA; SANTOS; TEREZZA, 2007).

Percebe-se então que, de acordo com o desenvolvimento das LER/DORT, uma das possibilidades de evolução da doença é a incapacidade física do trabalhador para desempenhar suas funções profissionais e diárias. Neste sentido, é fundamental que ela seja diagnosticada no início da apresentação dos sinais e sintomas e que o trabalhador receba o tratamento adequado, para que assim possa estagnar sua evolução. Do contrário, a doença pode evoluir para formas crônicas, com dor constante e incapacidade permanente.

Além disso, é comum aos portadores de LER/DORT se submeterem a inúmeros tratamentos, que, em geral, são de caráter individual e com resultados pouco satisfatórios. A história da assistência médica buscada por esses trabalhadores tem sido a passagem por um grande número de especialistas e por tratamentos os mais diversos. O desconhecimento da doença e de suas origens por parte de muitos técnicos da área da saúde e o “especialismo” têm contribuído para a cronificação dos casos. (RUIZ, 2003).

Os objetivos dos profissionais de saúde na abordagem dos casos de LER/DORT não devem se restringir apenas a assistência, mas devem estar voltados à postura de se manter uma atitude ativa frente às possibilidades de prevenção que cada caso pode oferecer. É importante que nos casos diagnosticados, o profissional busque a possibilidade de uma ação de vigilância e intervenção, para que se evitem novos casos. (HOEFEL *et al.*, 2004).

A doença torna-se um grave e pouco conhecido problema de saúde pública a ser enfrentado no Brasil. Augusto *et al.* (2008), reforçam a necessidade e a relevância de se realizar estudos sobre essa problemática, tendo em vista o seu acentuado crescimento na sociedade moderna. A complexidade deste objeto representa um grave desafio, que só pode ser superado através de abordagens inovadoras e criativas. Na atenção a saúde dos trabalhadores são indissociáveis as ações preventivas, de promoção, vigilância, assistência ou recuperação e reabilitação. Sendo necessário a ampliação do olhar do profissional da saúde para todo contexto do processo saúde doença, visando a integralidade da atenção, desde percepção dos riscos presentes no ambiente de trabalho, as formas de minimiza-los ou eliminá-los, havendo a necessidade de uma abordagem mais ampla sobre essa problemática na Saúde do Trabalhador, pois as transformações em curso no trabalho com ênfase para LER/DORT, pois a doença ultrapassam as fronteiras do local de trabalho e da casa da vítima, alastrando-se até as unidades de saúde, tribunais e a comunidade envolvente, provocando rupturas e processos de vulnerabilização. (MENDES; LANCMAN, 2010).

3.3 A atenção ao trabalhador com LER/DORT nas redes de atenção

Uma vez que trabalharemos com redes assistenciais de saúde, julguemos rede como:

Estrutura organizacional voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos. (HARTZ; CONTRANDRIOPOULOS, 2004).

Segundo o decreto 7.508 uma Rede de Atenção à Saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. (BRASIL, 2011). As redes são formadas por organizações e atores autônomos que mantêm relações estáveis de trabalho coletivo a partir dos vínculos de interdependência existentes. São consideradas estruturas organizacionais eficientes de coordenação capazes de articular de forma flexível e racional diversos tipos de recursos (humanos, técnicos, financeiros, políticos, etc.) a partir da construção de relações de complementaridade entre as organizações e atores envolvidos. (BRASIL, 2008). Para Mendes (2011) possuem maior capacidade de produção efetiva de resultados no enfrentamento de problemas complexos, uma vez que sua estrutura policêntrica e matricial permite diversas combinações de saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão capazes de analisar e solucionar diferentes quadros influenciados por múltiplas variáveis simultaneamente.

Portanto, a construção de sistemas de saúde adquire maior efetividade e eficiência quando organizados sob a forma de redes regionalizadas de atenção à saúde que consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. (MENDES, 2007).

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, numa complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores. (BRASIL, 2008).

A atenção primária deve se constituir na porta de entrada efetiva do sistema de saúde a partir da qual se realiza a gestão do cuidado e se estruturam as referências para os demais serviços de maior densidade tecnológica. A configuração do modelo de atenção deve contemplar a integração entre as ações de saúde de natureza individual e coletiva, assim como a articulação da atenção primária com as diversas políticas de saúde (saúde da mulher, do trabalhador, do homem, etc.) de forma ampliar a transversalidade entre os programas específicos e ampliar o grau de integralidade da atenção. A atenção primária deve orientar ainda o planejamento de um escopo funcional da oferta das ações especializadas buscando conformar a quantidade, a qualidade e a distribuição geográfica adequada às necessidades da

população. A definição da atenção primária com porta de entrada, ou primeiro nível de referência, deve estar estruturado a partir de um processo de descrição populacional consistente. (CRUZ *et al.*, 2011).

O modelo da gestão e da atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Sobral está sendo organizado por meio dos arranjos organizacionais de cinco redes assistenciais: Atenção Primária a Saúde, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Saúde Mental. (SOBRAL, 2011). Segundo Leão e Vasconcelos (2011) a organização de ações de saúde do trabalhador articulam-se nos seguintes contextos: Atenção Primária a Saúde; Rede Assistencial de Média Complexidade que inclui os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Urgência e Alta Complexidade.

A APS no Município de Sobral encontra-se atualmente com 48 Equipes de Saúde da Família, 38 Equipes de Saúde Bucal, 06 Núcleos de Apoio a Saúde da Família distribuídos em 28 Centros de Saúde da Família (CSF) e 05 unidades de apoio, em áreas compreendidas como territórios, onde, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população, acompanham 600 a 1.200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 93,4% da população. (SOBRAL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família traz como princípios norteadores o conceito abrangente de saúde: a universalidade, a equidade e a integralidade. Como princípios organizativos: a acessibilidade, a hierarquização, a descentralização, a resolubilidade e o controle social. Já quanto aos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família, destacam-se catorze: a definição e descrição do território de abrangência; a adscrição da clientela; o diagnóstico de saúde da comunidade; o acolhimento e organização da demanda; o trabalho em equipe multiprofissional; o enfoque da atenção à saúde da família e comunidade; o estímulo à participação e controle social; a organização de ações de promoção da saúde; o resgate da medicina popular; a organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe; a identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; o monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência; a clínica ampliada; e a educação permanente em saúde. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A ESF Constitui um nível importante do sistema de saúde, porém é necessário que ele esteja articulada com outros níveis, de média e alta complexidade. Estes níveis, devem ser capazes de assegurar a integralidade da atenção e garantir respostas adequadas às necessidades dos usuários devendo estar interligados por um sistema de referência e contra-referência. (FARIA, 2009; BRASIL, 2006).

As recentes medidas de reorganização do SUS que se referem à Saúde do Trabalhador propõem a ampliação e o fortalecimento da RENAST e sua inserção efetiva na Atenção Primária e a partir dela se estendendo na rede de cuidado: urgência/ emergência; rede ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, incluindo as ações de vigilância da saúde, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental. (BRASIL, 2009). Pessoa (2010) considera o processo de trabalho no SUS, especialmente, a inter-relação saúde-trabalho-ambiente que tem no espaço de vivência dos profissionais que atuam na rede básica do SUS, local de práticas sócio sanitárias, sendo o local privilegiado da promoção de ações integrais em saúde, que se constitui como fundamental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde. A ESF trata-se da rede assistencial que está mais próxima do trabalhador com LER/DORT, conhecedora da população, capaz de referenciar de forma mais adequada ao respectivo nível de atenção à saúde. Ela é considerada base do sistema municipal de saúde, principal ponto de partida do usuário, daí a sua importância no acompanhamento da população trabalhadora do Município, bem como é responsável pela identificação e acompanhamento e prevenção das LER/DORT. (BRASIL, 2012).

A atenção Assistencial ou Especializada é a área onde se concentram as consultas com especialistas e os exames de maior complexidade. São os procedimentos que normalmente não podem ser resolvidos nas unidades básicas de saúde. A organização da atenção especializada tem desafiado os gestores pois ao longo da descentralização da saúde, o financiamento da sua estrutura compartilhada entre municípios, Estado e União não acompanhou o crescimento da demanda por atendimento. Bruno (2009) aponta que o nível secundário destina-se aos indivíduos com a patologia já instalada. Toda ação é programada a partir da identificação de fatores de risco associados, lesões e avaliação de comorbidades. Nesse nível há uma grande utilização de exames e tecnologias de alto custo. No Município de Sobral, a Rede Especializada que atende o trabalhador com LER/DORT é composta pelo Centro de Especialidades Médicas, Centro de Reabilitação, Policlínica e o Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador, sendo esse último um serviço especializado que assume a função de suporte técnico e científico, suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. (LEÃO e VASCONCELOS, 2011).

A atenção hospitalar envolve as instituições hospitalares de atenção secundária e terciária. São responsáveis por dispensar à população tratamento e reabilitação de doenças, envolvendo diagnóstico, realização de exames, internações, cirurgias. Nas unidades de atenção secundária, que podem ser ambulatoriais e hospitalares, são prestados os cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência, e as unidades de atenção terciária, geralmente constituída pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. (SANTOS *et al.*, 2010). Para o atendimento dos trabalhadores com LER/DORT em casos de urgência contamos no município com dois hospitais: a Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Dr. Estevão.

A proposta das redes de atenção está em sintonia com a de linhas de cuidado, que integra e articula as ações de promoção da saúde, organizadas e programadas para condições ou doenças de maior relevância, que requerem cuidados continuados de longa duração ou por especificidades de grupos populacionais em função de risco e vulnerabilidade, na perspectiva da integralidade. (DIAS *et al.*, 2009).

3.4 Linhas de Cuidado e a integralidade da assistência

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), o cuidado integral em saúde ocorre através de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves; “tecnologia” e “humanização” combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção.

O SUS tem como um de seus primados doutrinários a questão da integralidade do cuidado, essa, que cada pessoa necessita frequentemente transversaliza todo o sistema, só podendo ser obtida em rede. (CECÍLIO; MERHY, 2003). O ato de cuidar é entendido como ação sanitária de atenção integral aos usuários dos serviços de saúde, o qual pressupõe a criação de vínculos de corresponsabilidade entre o sujeito trabalhador e aquele que busca seu saber técnico específico para alívio de um sofrer. (BRASIL, 2008). Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito. (VALLA; LACERDA, 2004).

O tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de linhas do cuidado, que significam a constituição de fluxos seguros a todos os serviços que venham atender às necessidades dos usuários.

(FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003). Além do fluxo, Malta e Merhy (2010) compreendem o trabalho em saúde de forma integrada, incluindo a participação articulada e os saberes, práticas e olhares de uma equipe multidisciplinar buscando garantir o cuidado integral. A implantação da Linha de Cuidado permite organizar e articular os recursos nos diferentes pontos de atenção para garantir o acesso e o cuidado integral, estabelecendo o percurso assistencial, organizando o fluxo de indivíduos de acordo com suas necessidades e estabelecendo as funções e responsabilidades de cada serviço na produção de saúde, propiciando uma linguagem comum nas várias redes de atenção. (BRASIL, 2010). Devem, além disso, articular outras redes públicas, comunitárias e sociais, tanto do setor saúde como de outros setores, avançando na perspectiva da intersetorialidade, da promoção da saúde e da mudança dos modos e condições de vida e trabalho das pessoas, grupos e populações. (FREIRE, 2005).

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS) as linhas de cuidado são definidas como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados pelo sistema de saúde de forma oportuna, articulada e continuada, entendendo a sua implementação como estratégia central da organização e qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção. (BRAGA, 2006). Andrade (2008) traz a concepção de linha de cuidado como o percurso do cuidado que transversaliza as redes assistenciais de saúde e as redes de serviços, no modelo do Sistema de Saúde-Escola, operacionalizando a integralidade, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado em saúde.

Ceccim e Ferla (2006) argumentam que a linha de cuidado implica:

[...] um redirecionamento permanente do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações, pois não é uma patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação, uma existência encarnada num viver individual. Assim, ao longo do percurso, nuances, sutilezas e transformações podem e devem encontrar acolhida e projeto terapêutico, inclusive abrindo outros fluxos na grande malha de cuidados de uma rede de saúde.

Segundo Merhy (1997), os processos de trabalho na saúde são usualmente centrados nas tecnologias duras (maquinários e instrumentos) e sua mudança pressupõe potencializar a utilização de tecnologias leves (relações) e leve-duras (conhecimento técnico), invertendo a lógica atual de produção do cuidado. O autor ainda reforça que a construção de linhas do cuidado integrais depende não só da disponibilidade de oferta de tecnologias duras

através das redes assistenciais e da melhor seleção e utilização de tecnologias leve-duras, mas depende centralmente da capacidade de ressignificar para os profissionais o sentido do trabalho, enriquecendo sua valise do espaço das relações. Elas são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas, e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas. (SILVA, 2011).

A adoção das linhas de cuidado como organizadora do trabalho pressupõe a vinculação das equipes de saúde à população da região de saúde em que se situam e agem. Através do vínculo se consegue um processo de trabalho mais dialógico, interativo, com pactuação do projeto terapêutico e, sobretudo, facilita a relação entre todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado. (FRANCO; MERHY, 2008).

Segundo Merhy e Cecílio (2003), o desenho da Linha de cuidado é centrada no campo de necessidades do usuário, tendo início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, nos hospitais, na atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. Todas as estações da rede de serviços são essenciais para a linha de cuidado para o portador de qualquer doença crônica, é essencial acessar a rede básica, ser bem acolhido, estar vinculado a uma equipe. Além disto, este usuário poderá necessitar de apoio diagnóstico, terapêutico e de cuidados especializados, articulados e concatenados de forma a remetê-lo de volta ao cuidador, após o percurso em cada estação de cuidado.

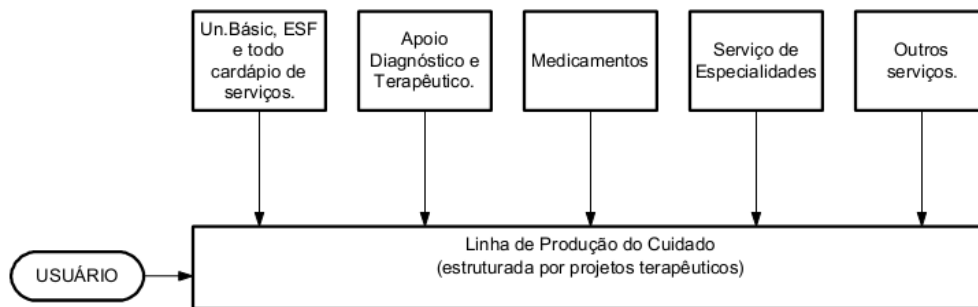
Por tudo isso, entendemos que as Linhas de Cuidado são uma forma de intervenção importante para a proposição de certos modos de praticar, organizar e gerir o processo de trabalho e os serviços de saúde, buscando garantir o cuidado integral do usuário, de modo responsável, coordenado e de acordo com suas necessidades, ao longo de todo o itinerário que esse usuário faz nos serviços de saúde. (HÊIDER, 2009).

A ideologia da linha de cuidado é gerar responsabilidade de cuidado, em outros termos, profissões, profissionais, serviços de cuidado responsabilizam-se pela pessoa desde o momento em que ela se insere no sistema de saúde até a satisfação possível de sua necessidade integral de cuidado. Sendo, portanto, um novo tipo de relação de cuidado com indivíduos e coletivos em suas necessidades sociais de cuidado: da sua entrada no sistema através de serviços de urgência, Centros de saúde da família, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de especialidades, os serviços hospitalares, entre tantos outros possíveis, congregam-se na responsabilização por aquela pessoa ou por aqueles coletivos.

(MALTA *et al.*, 2004).

Esta discussão dá sentido à ideia de que, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. Para melhor entender como se dá a organização de uma linha do cuidado na rede de assistência integral, demonstramos no diagrama abaixo seu funcionamento.

Figura 1 – Fluxograma descritor.



Fonte: Franco e Merhy (2003).

Assim, o Fluxograma Descritor de Franco e Merhy (2003) é uma representação gráfica que pretende mostrar o percurso seguido pelo usuário desde a sua entrada, os fluxos da produção da assistência e a detecção dos seus problemas. Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado como a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. Acima de tudo em que o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado conheça cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele.

O grande desafio para sua operacionalização consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde do usuário, referenciada no vínculo e na responsabilização. Torna-se importante, aos gestores, públicos e privados, estimularem a prática da vinculação a cuidadores, mapeando certos grupos de risco (idosos, trabalhadores, hipertensos), ou certos ciclos de vida. (BRASIL, 2008).

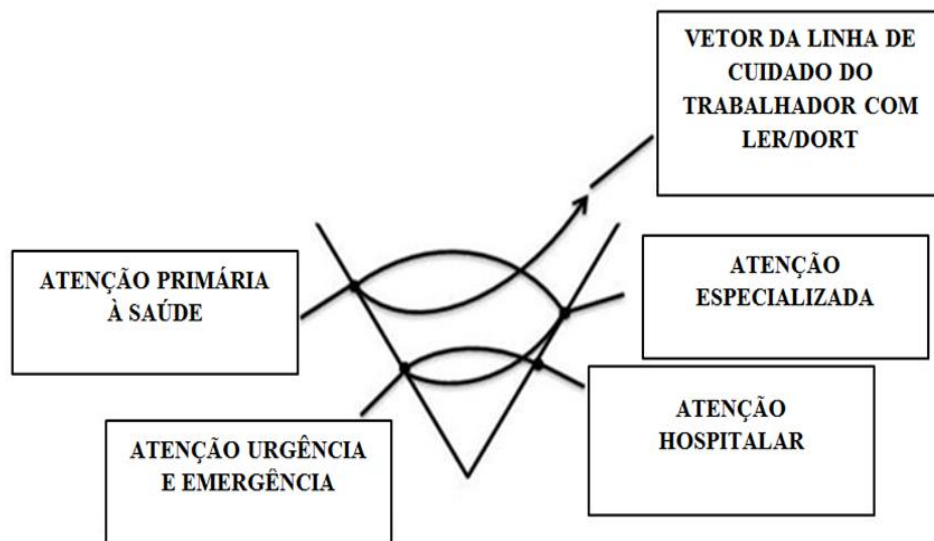
A Portaria nº 2728/GM de 2009 propõe a construção de as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS e ainda reforça a importância de definir os fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado. (BRASIL, 2009).

No caso dos trabalhadores com LER/DORT, as linhas de cuidado necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades do trabalhador, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas, também, uma visão global das suas condições de vida. A Linha de cuidado, nesta perspectiva, é centrada no campo de necessidades dos usuários e pressupõe: a existência do cuidador, o uso da tecnologia leve, as ações necessárias, existência da rede de serviços adequada e o acesso aos recursos assistenciais disponíveis. (MALTA, 2004).

Embora as diretrizes para intervenção no curso das LER/DORT estejam estabelecidas por consensos científicos, não constituem informações rotineiramente manipuladas pelas equipes de saúde, gerando cuidados incompletos e muitas vezes ineficazes, o que termina agravando cada vez mais a patologia dos pacientes, além de sobrecarregar financeiramente e operacionalmente o sistema. Na concepção de linhas de cuidado está o rompimento com ações uniprofissionais, com ações fragmentadas e desarticuladas centradas nos interesses dos prestadores de serviços de saúde, com o desrespeito ou a desumanização de reduzir a pessoa humana à condição de “paciente” portador de uma patologia. Nelas, estão os princípios de gestão e de atenção do cuidado no Sistema Único de Saúde. (BRUNO, 2009). A linha de cuidado operacionaliza os conceitos de responsabilidade sanitária, responsabilidade social, responsabilidade profissional e responsabilidade ética de profissões e profissionais do cuidado. (MALTA *et al.*, 2004).

Andrade (2006) traz a concepção de linha de cuidado como o percurso do cuidado que transversaliza as redes de atenção à saúde, operacionalizando a integralidade, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado em saúde. A figura 2, traz o modelo adaptado de Andrade, onde nos mostra como a linha de cuidado do trabalhador com LER/DORT costura as Redes de atenção à saúde.

Figura 2 – Espiral da complexidade da linha de cuidado do trabalhador com LER/DORT e matriciamento nas redes assistenciais.



Fonte: Adaptado do modelo de Andrade; Barreto; Bezerra, 2006.

A Figura 2 é uma tentativa de representar graficamente a Linha de cuidado do trabalhador com LER/DORT e o seu caminhar de forma contínua e articulada entre as diferentes redes de atenção a saúde em seus respectivos níveis de atenção. O caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Portanto, as pontes e os entrecruzamentos entre a macropolítica e a micropolítica atravessam todo o percurso da Linha de Cuidado. (MALTA; MERHY, 2010). Para o Ministério da saúde as linhas de cuidado constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida. (BRASIL, 2008). Merhy e Cecílio (2003) ainda colocam que na organização dos serviços de saúde existem muitos desafios a serem alcançados, desde a compreensão das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho, a vinculação das equipes de saúde com a população do território, responsabilizando-se pelos usuários, nos diversos desdobramentos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo buscou traçar um caminho metodológico que possibilitou a participação dos profissionais de saúde, gestores, usuários em um planejamento de proposições e ações relacionadas à saúde do trabalhador. Foi realizado de forma participativa, visando semear mudanças no contexto municipal.

A pesquisa é caracterizada exploratória, segundo Leopardi (2002) permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Optamos pela abordagem qualitativa por pressupor uma interação entre o pesquisador e o objeto pesquisado, sendo que o conhecimento do fenômeno investigado foi construído a partir da interação e foi oferecendo paulatinamente sentido à investigação. Assumiu-se que o método da pesquisa qualitativa estava diretamente relacionado aos significados que os atores sociais atribuíram a suas experiências no mundo social e ao modo como os mesmos compreendem esse mundo. Segundo Minayo (2010), esse método responde a questões particulares, sendo que, ela trabalha com significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou com níveis de realidade que nem sempre podem ser quantificados. Segundo a autora, essa estratégia, além de permitir desvelar processos sociais pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

O estudo qualitativo preocupa-se mais com a intensidade dos temas do que com a extensão dos fenômenos. De caráter compreensivo, prioriza o significado atribuído às coisas e a intencionalidade da ação, características que são inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A pesquisa-ação foi a metodologia escolhida por constitui-se como uma metodologia que visa à ação, ela promove a conscientização, bem como a capacidade de transformação da realidade pelos sujeitos envolvidos na pesquisa. (TIOLENT, 2009). No caso do estudo a ação foi construir participativamente uma linha de cuidado integral para LER/DORT no âmbito do SUS.

Um importante aspecto a ser pontuado é que para desenvolver essa pesquisa, não nos baseamos no critério numérico ou de amostragem para assegurar a representatividade dos participantes escolhidos. Nossa preocupação foi centrada em apreender os significados atribuídos pelos profissionais à temática da investigação, considerando como agentes que

contribuem diariamente na prática e consolidação das ações de Saúde do Trabalhador no sistema de saúde.

4.1.1 A pesquisa-ação como opção metodológica

Segundo Thiollent (2009) a pesquisa-ação é definida como um tipo de pesquisa social participante com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Compreende a identificação do problema dentro de um contexto social ou institucional, o levantamento de dados relativos ao problema, à análise e significação dos dados levantados pelos participantes, a identificação da necessidade de mudança, o levantamento de possíveis soluções e por fim, a intervenção ou ação propriamente dita no sentido de aliar pesquisa e ação, simultaneamente. (KOERICH, *et al.*, 2009). A ferramenta metodológica é utilizada por meio do agir comunicativo e participativo, favorece o compartilhamento de saberes, além de tecer uma estrutura relacional de confiança e comprometimento com os sujeitos que integram a realidade a ser transformada.

Para Tiolent (2009) na pesquisa-ação, existe a interação ampla e clara entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada, havendo o aspecto de intervenção direta no problema, resultando-se na organização de prioridade de problemas e suas respectivas soluções sob forma de ação concreta. Os problemas a serem solucionados tornam-se os objetos de estudo, havendo a necessidade da participação das pessoas implicadas nos problemas investigados. O mesmo autor ainda coloca a metodologia da pesquisa-ação como um tipo de pesquisa social com base empírica que seria concebida em estreita associação de um problema coletivo no qual os pesquisadores e participantes estariam envolvidos de modo cooperativo.

Um dos objetivos da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada. A pesquisa não se limita apenas a uma forma de ação, mas, visa aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência das pessoas e grupos envolvidos. Sendo assim, a pesquisa vai muito além de um simples levantamento de dados ou intervenções na prática. Ela agrega discussões e explicações e possibilita gerar um conhecimento descritivo e mais crítico acerca das situações vivenciadas nos espaços organizacionais e sociais. (KOERICH *et al.*, 2009).

Triip (2005) ainda reforça que a pesquisa-ação não é constituída apenas pela ação ou pela participação, sendo necessário também produzir conhecimentos, adquirir experiências, contribuir para a discussão e avançar acerca dos problemas levantados. A

relação entre conhecimento e ação está no centro da problemática metodológica da pesquisa social voltada para a ação coletiva. Ela pode ser aplicada ao contexto do trabalho, trabalho em saúde e, na saúde do trabalhador, permite aproximações da realidade de forma crítica e consciente que favoreça a transformação da realidade. Demo (1995) não faz distinção da pesquisa ação para pesquisa participante.

O método da pesquisa ação tem sido cada vez mais utilizado em pesquisas, e na área da saúde, tem se demonstrado cada vez mais sua utilização, devido a metodologia que associa técnicas de pesquisa das ciências humanas e sociais, com vistas à transformação da realidade, unindo o saber técnico-científico das duas áreas saúde e social. (MOLINA, 2007).

Para Tiollent (2009) a pesquisa ação pode ser concebida como procedimento de natureza exploratória, com objetivos a serem determinados pelos pesquisadores conjuntamente com os interessados. Os resultados são úteis para elucidar a ação e para desencadear outras pesquisas. O autor ainda coloca que quando ela é orientada para resolução de problemas deve: Identificar problemas relevantes dentro da situação investigada, estruturar a explicação dos problemas e definir um programa de ação para resolução dos problemas prioritários.

O uso da pesquisa-ação se caracteriza pela identificação do problema a partir dos sujeitos que identificam e o vivenciam, pesquisadores e grupo participante, para construção de movimentos consensuados de caráter social, educacional, técnico, capazes de responder com maior eficiência aos problemas reais através de ações facilitadoras que gerem impactos positivos. (THIOLLENT, 1998). Considerando os ensinamentos de Thiollent (2009) e Freire (2005) o estudo buscou ser realizado numa perspectiva colaborativa, interacionista de pesquisador e componentes do grupo, procurando ampliar ou modificar a compreensão da realidade e dos problemas locais, bem como propor soluções de enfrentamentos. Optamos pela utilização de oficinas, numa perspectiva construtivista, entendendo tanto o sujeito como o objeto de estudo como construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas, ou seja, implica problematizar a realidade para resolver em problema estudado. (SPINK, 1999). O que se pretendeu com essa pesquisa-ação foi fornecer meios para garantir a atenção integral a saúde dos trabalhadores com LER/DORT, utilizando estratégias de ação transformadora como a construção da linha de cuidado, de forma a facilitar a busca de soluções face aos problemas para os quais os procedimentos convencionais tem pouco contribuído.

Segundo o Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde, a rede de serviços de saúde em 2012 é composta de 33 unidades básicas de saúde, nove policlínicas, quatro hospitais gerais, dois hospitais especializados, uma unidade mista, dois centros de atenção psicossociais, um serviço especializado em saúde do trabalhador, entre outros serviços.

Os serviços de atenção primária são os de maior demanda. Com isso, Sobral adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal proposta para compor a atenção básica e o primeiro espaço de aproximação do usuário com o sistema. Existem hoje cadastradas 48 equipes de ESF, 38 equipes de saúde bucal, 06 equipes de apoio à saúde da família (NASF), distribuídas em 28 Centros de Saúde da Família (CSF). Os serviços de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades especializadas, serviços móveis urgências (SAMU), hospitais, clínicas, policlínicas e laboratórios. (SOBRAL, 2011). A rede de saúde em Sobral com prestação de serviços totaliza 185 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A Vigilância à Saúde no Município de Sobral integra ações na área da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância nutricional, vigilância de saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, vigilância dos fatores biológicos de risco e a análise da situação de saúde, assim como orienta as atuais diretrizes aprovadas na Portaria GM Nº 3252, de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009).

O modelo de atenção que contemple as necessidades do município requer atitudes e posturas diferenciadas na formação dos profissionais, daí, desenvolve-se um processo de educação permanente nos seus diversos serviços, conformando um Sistema de Saúde-Escola, que tem como principal apoiador a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS). Entre seus programas desenvolvidos, se destaca a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, dirigida para diferentes categorias profissionais da saúde, organizada em estratégias pedagógicas que buscam desenvolver e aprimorar o seu fazer, considerando suas singularidades, necessidades e seus diferentes contextos no território da ESF. (SOBRAL, 2011).

De acordo com o plano municipal de saúde 2009-2013 o município de Sobral tem vários desafios, como a elevada incidência de doenças emergentes e reemergentes, cujos determinantes são, predominantemente, socioeconômicos e ambientais, destacando-se, entre essas doenças: tuberculose, hanseníase, dengue, leishmaniose visceral, AIDS, dengue, sífilis e as hepatites virais. Como causas de mortalidade, se destacam as mortes violentas, de elevada

transcendência e gravidade, com impactos econômicos e sociais, a mortalidade infantil neonatal e ocorrência de cânceres em pessoas jovens.

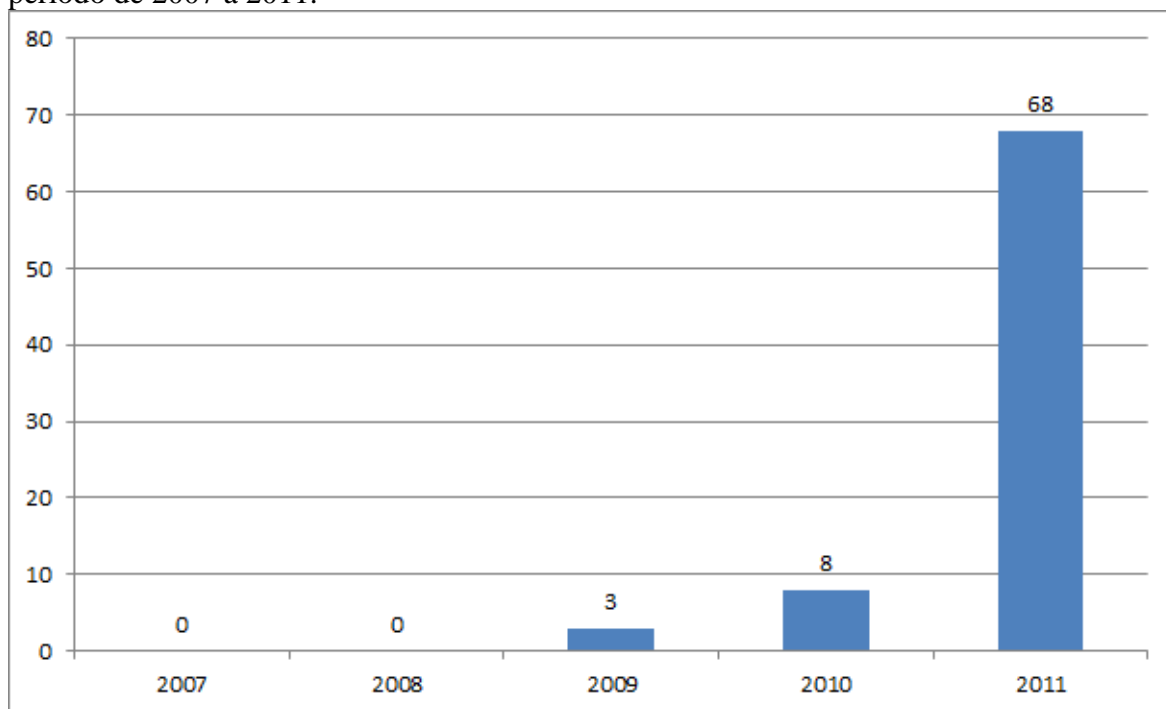
4.2.1 A saúde do trabalhador no município de Sobral

A inserção das ações de Saúde do Trabalhador no município de Sobral teve início em 2005, a partir da implantação do CEREST, que vem funcionando como apoio à rede de atenção desde 2006, sendo um arranjo institucional criado para promover a interlocução entre as equipes de saúde. Essa interlocução, que juntamente com a educação permanente, constitui uma estratégia importante para efetivar a inserção da saúde do trabalhador no SUS.

Fazendo um resgate dos relatórios de gestão do município de Sobral, nos últimos cinco anos de atuação do CEREST e analisando as atividades desenvolvidas, observamos que foram realizados diversos processos formativos, com o objetivo de capacitar a rede de atenção em práticas e ações voltadas à saúde do trabalhador. Em meio a esse processo de resgate pudemos comprovar a existência de vínculo e diálogo direto com as redes de atenção primária, hospitalar e ambulatorial especializada, desde 2006. O primeiro contato foi na realização de uma oficina para as equipes da ESF sobre identificação das atividades produtivas no território, seguida de momentos de educação permanente nos protocolos do Ministério da Saúde, seminários e encontros na temática saúde do trabalhador (SOBRAL, 2006-2010).

O gráfico 1 mostra o número de casos de LER/DORT registrados no SINAN no período de 2007 a 2011 onde foram notificados 79 casos no município de Sobral.

Gráfico 1 – Casos notificados de LER/DORT na área de abrangência do CEREST/Sobral, no período de 2007 a 2011.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (CEARÁ, 2012)

Através desta análise do período de 2007 a 2011, observam-se números crescentes de notificações anuais para as LER/DORT. Merece destaque, o aumento no número de notificações de LER/DORT com número de casos vinte vezes maior no ano de 2011 em relação ao ano de 2009, ano em que observamos os primeiros casos notificados. Isto se reflete como resultado das capacitações no protocolo em LER/DORT para profissionais de saúde do SUS realizadas pelo CEREST de Sobral a partir de 2009, de acordo com o repasse do nível estadual.

4.3 Participantes do estudo

Para a construção da linha de cuidado foi fundamental identificar os diversos atores que trabalham nos serviços que integram a rede de atenção ao trabalhador com LER/DORT, sendo importante a participação das pessoas com função de organizar as linhas de cuidado e fazer funcionar os fluxos assistenciais, sendo por tanto informantes chaves. Os participantes foram escolhidos a partir de alguns critérios:

- 1) Disponibilidade para participar do estudo, profissionais de saúde responsáveis por gerenciar, acolher, atender, notificar e encaminhar os trabalhadores com LER/DORT;
- 2) Na rede de atenção primária: profissionais de uma equipe da ESF que contasse NASF (Médico, Enfermeiro, ACS); profissionais do NASF (Fisioterapeuta e Psicólogo), profissionais da Residência (Enfermeiro e Fisioterapeuta) onde o critério de inclusão é equipe com maior número de casos de LER/DORT registrado no SINAN;
- 3) Na rede de atenção especializada: Profissionais do CEREST (Médico, Enfermeiros e Fisioterapeutas) profissionais do Centro de Reabilitação (Médico, Coordenador e Fisioterapeuta) e Centro de Especialidades Médicas (Médico especialista e Enfermeiro e Gerente). Na policlínica (Gerente), Nos serviço de Urgência e Emergência: Profissionais que trabalham nos Hospitais de Referência Santa Casa e Dr Estevão (Médicos e Enfermeiros da Emergência).
- 4) Na gestão: Coordenador da APS, Atenção Secundária e Terciária e Coordenador da Vigilância à Saúde.
- 5) Na participação social: Membros da Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador-CIST
- 6) Usuários: Trabalhadores com LER/DORT que foram atendidos pela equipe do CEREST e que foram notificados no CEREST no ano de 2013.

Após a reunião com todos, formamos um grupo com uma representatividade dos seguintes segmentos conforme quadro 2.

Quadro 2 : Relação dos participantes do estudo de acordo com o segmento e critério de inclusão.

Segmento	Participantes	Critério de inclusão
Profissionais das Equipes de Saúde da Família	2 Médicos, 2 enfermeiros, 5 ACS	Equipe que mais notificaram os casos de LER/DORT em 2012.
Profissionais da equipe do NASF	1 Fisioterapeuta e 1 psicólogo	Equipe do NASF que mais notificaram os casos de LER/DORT em 2012.
Profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família	1 Enfermeiro	Equipe que mais notificaram os casos de LER/DORT em 2012.
Usuários	3 trabalhadores com	Trabalhadores atendidos e

	LER/DORT	notificados no CEREST.
Gestão	Coordenador da APS Coordenador da Atenção secundária e terciária Coordenador da Vigilância a Saúde.	
Serviços especializados que notificam os casos de LER/DORT e que atendem o trabalhador	CEM- 1 Médico especialista e 1 enfermeiro e 1 Gerente. CEREST-1 médico, 2 Enfermeiros e 1 fisioterapeuta Centro de Reabilitação-1 Médico, 1 fisioterapeuta e 1 Gerente.	Profissionais que atendem os trabalhadores com LER/DORT sorteados aleatoriamente.
Serviço de Urgência e emergência que atende e notifica trabalhadores com LER/DORT.	Santa Casa-1 Médico e 1 Enfermeiro Hospital Dr. Estevão-1 Enfermeiro	Profissionais que atendem os trabalhadores com LER/DORT sorteados aleatoriamente.
Participação social	Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador-CIST-1 representante Trabalhadores atendidos no CEREST que tiveram a doença em 2012-3 usuários	Sorteados aleatoriamente.

Fonte: Torres, 2013 (primária).

4.4 O percurso da pesquisa ação

O objeto de estudo nasce da necessidade de melhorar a integralidade da atenção ao trabalhador com LER/DORT. Vale ressaltar que o interesse da pesquisa surgiu da pesquisadora, dos profissionais do SUS e da necessidade do trabalhador como mencionado no início deste manuscrito, por isso optamos pela pesquisa ação.

Para o desenvolvimento da proposta utilizamos pesquisa em grupo, concebendo as reuniões e oficinas com a presença de todos aqueles implicados com determinado grupo de cuidado dos serviços que compõem a rede de atenção ao trabalhador com LER/DORT. Para tal, utilizamos a pesquisa-ação, em um processo que levou à formulação, pelos sujeitos envolvidos, das ações consideradas estratégicas para atingir a integralidade atenção aos trabalhadores com dor relacionada ao trabalho. Foi onde surgiu a necessidade da construção de uma linha de cuidado contendo os fluxos e as atribuições dos profissionais da rede de apoio ao trabalhador com LER/DORT. Ressaltamos que estas ações da linha de cuidado, foram construídas coletivamente após quatro encontros do grupo, em que se descortinou a problemática do estudo.

A Concepção desta linha de cuidado reflete o empoderamento dos participantes do grupo acerca das necessidades de cuidado a saúde do trabalhador com LER/DORT. Com as oficinas buscamos a construção da linha de cuidado, onde foram mapeadas as possibilidades de acesso ao trabalhador que procura os serviços do SUS e definidas as atribuições dos profissionais que trabalham nos serviços que atendem ao trabalhador com LER/DORT. Todas as etapas foram conduzidas por um facilitador e as informações foram gravadas e posteriormente transcritas, de forma a facilitar o processo de análise. Neste estudo a facilitadora dos grupos foi a investigadora principal.

4.4.1 Etapas do estudo:

Primeira etapa: Reunião com o grupo de informantes chaves

Reunião com os principais envolvidos no atendimento ao trabalhador com LER/DORT com o objetivo de debater sobre integralidade da atenção do trabalhador e definição das ações prioritárias apontadas pelo grupo para melhorar a atenção do mesmo.

Os participantes convidados para a reunião foram selecionados seguindo alguns critérios como: estarem implicados na temática do estudo (trabalhadores dos CSF que mais notificaram em 2012, gestor dos serviços que atendem o trabalhador com LER/DORT, profissional da rede Sentinela para LER/DORT). Segundo Malta e Merhy (2010) a discussão e pactuação conjunta garantem o compromisso de cada um, ativa a ideia de que o usuário é o centro dos serviços de saúde, e os fluxos de acesso aos serviços devem proporcionar um acesso seguro e tranquilo a estes usuários. A participação dos trabalhadores como sujeitos do processo é essencial e vital, abrindo espaços de escuta, participação, definição conjunta de ações, adesão ao projeto de melhoria da qualidade assistencial que seja centrado nas necessidades do usuário.

Ao iniciar a reunião, pedimos para que todos se apresentassem, em seguida apresentamos o objetivo da mesma e a problemática do estudo. Para apresentação da problemática inicialmente promovemos um momento de reflexão sobre a saúde do trabalhador, enfatizando a integralidade da atenção ao trabalhador com LER/DORT. Em seguida realizamos os seguintes questionamentos: Como é a atenção do trabalhador com LER/DORT dentro da rede SUS? Como e por quem esse trabalhador é assistido? Depois abrimos para um momento de debate. Então os participantes abriram a discussão apontando alguns serviços envolvidos e algumas ações realizadas, porém surgiu no debate o

desconhecimento do fluxo real que esse trabalhador percorre dentro da rede e apontaram dúvidas sobre as atribuições que os serviços de saúde realizam. Continuamos com os seguintes questionamentos: Vocês acham que a integralidade da atenção ao trabalhador com LER/DORT acontece na rede de serviços do SUS? O que fazer para melhorar na rede SUS a atenção a esse trabalhador?

Os participantes referiram não acontecer a contento, e apontaram que seria necessário a identificação do caminho percorrido por esse trabalhador e identificação das atribuições dos serviços de atenção para esse trabalhador como ponto inicial para se pensar na integralidade da atenção. O debate possibilitou a ampliação da nossa visão acerca da problemática do estudo, mostrando a necessidade de construir o fluxo da atenção a esse trabalhador dentro da rede SUS e a definição das atribuições dos profissionais que atuam nessa rede de atenção. Definimos como a ação dessa pesquisa a construção participativa da linha de cuidado.

Segunda etapa: Primeira oficina

A primeira oficina teve o objetivo de construir o fluxo da linha de cuidado proposta na reunião com os profissionais da rede SUS. Participaram desse momento todos os implicados na construção dessa linha de cuidado conforme descrito no quadro 2.

No primeiro encontro estabelecemos o contrato grupal, buscando estimular o entrosamento e a sensibilização dos participantes da pesquisa para a efetivação do grupo, momento de conhecer os participantes e apresentar à problemática. O primeiro momento foi de apresentação dos integrantes do grupo visando estabelecer uma melhor aproximação entre o grupo. Pedimos aos participantes para que formassem um círculo e em seguida segurassem um rolo de barbante, explicamos que iríamos jogá-lo para um participante, solicitamos que cada pessoa que recebesse o rolo deveria amarrar o fio no dedo indicador e jogar para outra pessoa. Antes, porém, o participante deveria dizer o seu nome, o serviço em que atua ou o que faz. Todos os participantes repetiram o procedimento. Ao final, pedimos que todos levantassem o dedo em que o fio estava amarrado, de modo que visualizassem a teia construída. Solicitamos que todos do grupo retirassem o laço do dedo e colocassem a teia no chão sem que ela perdesse a forma. Pedimos para que todos sentassem e dinamizamos a reflexão do grupo com os seguintes questionamentos: O que podemos perceber a partir desse momento? Tem algo haver com uma linha de cuidado? Em seguida em um momento de debate com o grupo comentamos da semelhança do formato que ficou o círculo criado pelo grupo, com a articulação que deveria haver entre os serviços da rede de apoio ao trabalhador

com LER/DORT. Em seguida fizemos perguntas mais direcionadas ao objetivo da oficina: Como construir o fluxo da linha de cuidado do trabalhador com LER/DORT? Quais são os serviços do SUS que o município dispõe para a constituição da rede de apoio a esse trabalhador? E assim abrimos para a próxima etapa que foi debater com o grupo sobre sua percepção a respeito da linha de cuidado em LER/DORT. Logo depois apresentamos os objetivos, a relevância e a finalidade do desenvolvimento do estudo, fizemos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice 1) e solicitou a todos a assinatura do mesmo.

No segundo momento realizamos uma apresentação de slides com a contextualização geral da temática linha de cuidado em LER/DORT, sua importância, a epidemiologia da LER/DORT e seus impactos na vida do trabalhador, e, por fim, apresentados o objetivo da primeira oficina que era o de mapear a rede de serviços do SUS que atende/recebe o trabalhador com LER/DORT.

Um dos pontos importantes na oficina foi mapear todas as possibilidades de acesso do trabalhador aos serviços do SUS. Optamos pelo uso da técnica chuva de ideias que de acordo com Minayo (2010) é uma técnica de grupo voltada para gerar novas informações sobre temas específicos e promover pensamentos criativos, diagnosticar um problema, discutir conceitos novos e para dar um novo projeto buscando identificar obstáculos e soluções. Para fortalecer a técnica utilizamos o método VIPP (Visualização em programas participativos) utilizado em um estudo de Silva (2009) método grupal que combina técnicas de visualização e aprendizagem interativa. O estudo em questão utilizou a técnica de visualização móvel em grupo, por meio do uso de tarjetas, para obtermos o resultado esperado, apresentamos um estudo de caso de uma trabalhadora com a doença, levando o grupo a refletir a partir de uma situação real. Ocorreu da seguinte forma: distribuimos cartolinas (para construção de um desenho do fluxo) e pediu para que os participantes colocassem em cada cartão o serviço responsável pelo atendimento ao trabalhador com LER/DORT.

Descrição da oficina:

- 1) Perguntamos ao grupo por onde caminha aquela trabalhadora com LER/DORT do estudo de caso.
- 2) Em seguida, distribuimos cartões de cartolina para cada participante.
- 3) Os participantes refletiram e escreveram em seus cartões silenciosamente.
- 4) Quando todos terminaram de escrever, recolhemos os cartões e seguramos cada cartão de forma a facilitar a visualização do que estava escrito.

- 5) Em seguida pedimos para que o grupo fixasse na parede os cartões de forma a construir como seria o fluxo do trabalhador nos serviços de atenção que atendem o trabalhador com LER/DORT.
- 6) Para melhor definição desse caminho percorrido na linha de cuidado pedimos para que o grupo preenchesse a matriz (Quadro 3) no contexto das Redes de Atenção à Saúde com a definição dos serviços que atendem o trabalhador com LER/DORT.

Quadro 3 – Matriz para construção do fluxo da linha de cuidado ao trabalhador com LER/DORT

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
Atenção Primária à Saúde	
Atenção especializada	
Atenção a urgência e emergência	

Fonte: Torres, 2013 (primária).

Como produto final desta oficina os participantes identificaram dentro da rede SUS, todos os serviços de saúde que atendem o trabalhador com LER/DORT.

Terceira etapa: Segunda oficina

A segunda oficina teve o objetivo de definir as atribuições dos profissionais dos serviços que atendem o trabalhador, visando a integralidade, da atenção.

Nesta oficina utilizamos a técnica de grupo de brainstorming ou chuva de ideias. Iniciamos a oficina fazendo uma apresentação em power point, contendo o resumo da portaria do MS 1.323/2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Foi apresentado o fluxograma de atendimento ao usuário com LER/DORT padronizado pelo Ministério da Saúde no protocolo de dor relacionada ao trabalho (Anexo 1). Em seguida apresentamos o mesmo estudo de caso da primeira oficina e fizemos o seguinte questionamento aos participantes: Quais atribuições da APS, da Atenção Especializada e da Atenção a Urgência e Emergência são necessárias para garantir o atendimento integral ao trabalhador com LER/DORT?

Descrição da segunda oficina

Dividimos os participantes em três grupos de acordo com cada rede de atenção: profissionais e gestores da APS (CSF, NASF, Residentes); Profissionais e gestores da atenção especializada (CEM, Centro de Reabilitação Física e CEREST) e profissionais e gestores da Atenção a Urgência e Emergência (Santa Casa e Dr. Estevão). Os usuários foram distribuídos nos três grupos. Para responder o questionamento anterior solicitamos que os participantes descrevessem as atribuições que os profissionais dos serviços da rede de atenção desenvolvem ou deveriam desenvolver durante a rotina profissional diária de trabalho para garantir a integralidade da atenção ao trabalhador com LER/DORT. Logo, abriu o debate com momentos de chuva de ideias e discussões, em seguida solicitamos que o grupo anotasse em papel madeira fixado em flipchart as atribuições da APS, da Atenção Especializada e da Atenção a Urgência e Emergência para garantir uma atenção integral ao trabalhador com LER/DORT. No momento final da oficina o grupo reuniu-se novamente e leu para todos as atribuições debatidas e anotadas. A análise das atribuições apresentadas foram trabalhadas com a eliminação de repetições e agrupamento das informações semelhantes.

Quarta etapa: Terceira oficina

O terceiro encontro e última oficina tiveram os objetivos apresentar o fluxo construído pelo grupo, apresentar e validar as atribuições da rede de serviços que atende o trabalhador com LER/DORT. Os participantes dessa oficina foram os mesmos, com a inclusão do Secretário de Saúde do Município de Sobral, da coordenadora da Vigilância a Saúde e da Coordenadora da Atenção as Políticas Publicas de Saúde e de 2 representantes da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia.

Descrição da terceira oficina:

No primeiro momento apresentamos todos os resultados analisados das oficinas anteriores. Estas informações foram apresentadas em Power Point, tendo como fio condutor o estudo de caso utilizado nas oficinas anteriores. Dividimos a oficina foi dividida em três momentos: o primeiro consistiu na apresentação da rede de serviços do SUS que atende/recebe o trabalhador com LER/DORT construída pelo grupo na primeira oficina e das atribuições construídas pelo grupo, no segundo momento definimos e validamos as atribuições dos profissionais da rede de atenção que atende/recebe o trabalhador com LER/DORT.

Após a apresentação, explicamos ao grupo como seria o processo de validação do material e a importância de cada participante assinalar o grau de concordância ou discordância das atribuições definidas pelo grupo. Assim, distribuímos a cada um dos participantes os quadros com a descrição das atribuições a serem validadas (APÊNDICE 2). Utilizamos a escala de Likert para mensurar o grau de concordância dos participantes. Em 1932, Likert propôs uma escala de cinco pontos, com um ponto médio para registro da manifestação de situação intermediária, de indiferença ou nulidade. Essa escala tornou-se um paradigma da mensuração qualitativa e desde então tem sido largamente aplicada, quer na forma original quer em adaptações para diferentes objetos de estudo. É uma escala simples de mensuração de atitude na qual cada participante atribui pontos de forma independente e os escores alcançados pelas proposições enunciadas são correlacionados com os totais alcançados. (PEREIRA, 2001). A escala possui cinco categorias de resposta, sendo orientado a assinalarem apenas uma alternativa, de acordo com o grau de concordância ou discordância, sendo a alternativa 1, significando discordância total e 5 concordância total. Foram considerados válidos os itens que obtiveram grau de concordância total ou parcial (4 ou 5).

Consideramos nesse estudo o critério de consenso para a inclusão das atribuições válidas, apropriadas e relevantes para os profissionais da APS, da Atenção especializada, incluindo o CEREST, da Urgência e Emergência. E consideramos as que alcançaram validação pelos sujeitos da pesquisa a partir do percentual mínimo de 80% das concordâncias total e parcial.

4.5 Análise dos dados

O estudo de pesquisa-ação buscou articular-se dentro de uma determinada realidade com um quadro de referências teóricas que foi adaptado de acordo com o contexto em que se deu a pesquisa. Propomos a análise do discurso, para promover a análise dos dados, pois acreditamos que esta consiste na mais adequada das tipologias de análise para o nosso objeto.

Orlandi (2000) relata que o discurso pode ser entendido como o efeito de sentidos entre os locutores, e a análise do discurso é um estudo que visa a extrair sentido dos textos, considerando que a linguagem não é transparente, então, procura compreender a língua fazendo sentido, como trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história. O autor ainda coloca que o processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem

ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação, podem ser entrecruzadas com séries textuais (orais ou escritas)(ORLANDI, 2001).

Dessa forma a análise do discurso vai além da transmissão da informação, pois para ela não há linearidade na disposição dos elementos da comunicação, como se a mensagem resultasse de um processo(ORLANDI, 2000).

Para Orlandi (2004) e Pêcheux (2002) deve haver uma interpretação do discurso para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso. É importante lembrar que o analista é um intérprete, que faz uma leitura também discursiva influenciada pelo seu afeto, sua posição, suas crenças, suas experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido.

Para facilitar a análise dos dados com as transcrições do material escrito, das gravações e as anotações dos relatos, construímos uma matriz de análise (figura 5) que facilitou a sistematização da construção das atribuições dos profissionais da linha de cuidado conforme modelo abaixo:

Quadro 4 – Matriz de análise para construção das atribuições.

Rede de Atenção	Relatos	Atribuições descritas	Atribuições construídas

Fonte: Torres, 2013 (primária).

Respeitamos os discursos dos participantes emergidos durante as oficinas e o material escrito produzido. Em seguida realizamos uma leitura aprofundada das falas e transcrição do material obtido, com algumas correções do material original dos participantes sem distorcer seu conteúdo. Em seguida os dados foram sistematizadas e analisadas, resultando na elaboração de figuras representando o fluxo do trabalhador na linha de cuidado, as atribuições dos profissionais das redes de atenção e a síntese da linha de cuidado proposta pelo grupo.

Considerando a relevância da pesquisa para todos os envolvidos e a importância do anonimato para os sujeitos participantes, propomos sua identificação, por meio de terminologias que garantiram o sigilo quanto às falas e expressões de todos.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

De acordo com o exigido, a pesquisa respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos, tais como se apresentam: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Portanto, a pesquisa envolvendo seres humanos, procura tratá-los com dignidade, respeito à sua autonomia, buscando defendê-los diante da vulnerabilidade. Para a realização do trabalho com o grupo, respeitamos o princípio da autonomia, onde foi solicitada a anuência dos sujeitos da pesquisa mediante o TCLE (APÊNDICE 1), que discorre sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios, esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa no momento em que assim quisessem. Asseguramos a confidencialidade e o sigilo aos participantes do grupo, informando-os de que sua participação ou não nesta pesquisa não acarretaria qualquer benefício indevido, nem prejuízo de maneira alguma (BRASIL, 1996).

No que se refere a beneficência, a pesquisa buscou prevenir riscos, promover benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Entendemos que a pesquisa é benéfica, na medida em que o processo reflexivo advindo desta poderá ser de relevância para o desenvolvimento institucional do sistema saúde do município. Outro fator relevante no relacionado aos princípios da bioética é a não maleficência, este princípio garante que os danos previsíveis sejam evitados, dessa maneira, os sujeitos da pesquisa foram isentos de danos e agravos de qualquer natureza. A justiça e equidade, os últimos princípios, que se referem à relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garantiu a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária, foram garantidos pela contribuição final do estudo aos sujeitos e à instituição envolvida. Tais princípios básicos asseguraram os direitos e deveres relacionados ao respeito à comunidade científica, ao sujeito da pesquisa e ao Estado. (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Informamos ainda, que a pesquisa foi submetida ao crivo da comissão científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral e registrada na Plataforma Brasil sob o número de CAAE 08156412.0.0000.5053 e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) através do comprovante de envio número 055549 de 2012 (ANEXO 2).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A apresentação dos resultados está dividida em três partes: a primeira consta o fluxo da atenção ao trabalhador com LER/DORT; a segunda apresenta a descrição e discussão das atribuições dos profissionais da APS, da Atenção Especializada, incluindo o CEREST, e da Atenção a Urgência e Emergência na atenção ao trabalhador com LER/DORT; a terceira constitui a apresentação da síntese da linha de cuidado proposta pelos participantes do grupo de pesquisa.

5.1 Fluxo da atenção ao trabalhador com LER/DORT

Um dos objetivos da linha de cuidado proposta é estabelecer o percurso assistencial, com a finalidade de organizar o fluxo dos trabalhadores com LER/DORT de acordo com as necessidades apresentadas. Um modo de articularmos as diversas ações de saúde na busca da integralidade, foi pensado para a organização da linha de cuidado a criação de um fluxo que permitisse a integralidade da atenção centrada no acolher, informar, atender e encaminhar. Nessa perspectiva tentamos construir o desenho do itinerário da atenção à saúde desse trabalhador. Dias e Silva (2013) colocam que é de fundamental importância a orientação do trabalhador a partir de uma linha de cuidado contendo informações sobre os serviços de saúde disponíveis e o fluxo de atendimento.

Para Mendes (2011) o exercício da linha de cuidado pressupõe respostas globais e não fragmentadas dos diversos profissionais envolvidos no cuidado. Cecim e Ferla (2006) confirmam essa informação ao trazerem que as linhas de cuidado são construídas com diversos participantes, a partir da articulação ou a facilitação do acesso ao conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares, bem como aos cuidados de especialistas médicos ou de outros profissionais de saúde (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro ou outros) e às tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado que necessitem as pessoas. Para tal, utilizamos uma construção coletiva que levou à construção da linha de cuidado representada pelos os serviços de saúde e pelas atribuições consideradas estratégicas para garantir a atenção integral ao trabalhador com LER/DORT.

Solicitamos ao grupo no primeiro momento que discutissem como é esse caminho do trabalhador dentro da rede SUS, como esse trabalhador percorre ou deveria percorrer os serviços de saúde. Na etapa seguinte, preenchemos uma matriz representada pelo quadro 3 que mostra por onde o trabalhador com LER/DORT caminha na rede de serviços do SUS.

Quadro 5 – Matriz do fluxo da linha de cuidado ao trabalhador com LER/DORT

Rede de atenção	Serviços de atenção à saúde do trabalhador com LER/DORT
Atenção Primária a Saúde	ESF, NASF e Residência Multiprofissional.
Atenção especializada, ambulatorial e de reabilitação.	CEM, Centro de Reabilitação Física, Policlínica e CEREST.
Atenção à urgência e emergência	Hospital Santa Casa e Hospital Dr. Estevão.

Fonte: Elaboração do grupo de pesquisa

Um cuidado que tivemos no preenchimento dessa linha foi de conhecer todas as possibilidades de acesso do trabalhador aos serviços de saúde. O grupo apontou que os trabalhadores com LER/DORT podem buscar diversos serviços da rede de atenção, dentre eles surgiram na Atenção Primária a Saúde a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na Atenção Especializada apontaram o Centro de Especialidades Médicas, o Centro de Reabilitação Física, a Policlínica e o CEREST (que entrou na rede especializada, mas o grupo preferiu trazer suas atribuições separadas por ser um serviço diferenciado e caracterizado também como um serviço de vigilância), na Atenção a Urgência e Emergência surgiram dois hospitais a Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Dr. Estevão. Foi evidenciado que a junção de todos os serviços apresentados oferece intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras e reabilitadoras.

Nas perspectivas das RAS, os pontos de atenção à saúde são espaços de oferta de serviços de saúde e podem ser: as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades Ambulatoriais e Especializadas, os serviços de Urgência entre outros. Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos e se diferenciam apenas pela densidade tecnológica que incorporam (MENDES,2009).

A rede de atenção apresentada pelo grupo de pesquisa ofertada ao trabalhador com LER/DORT se assemelha com o que é colocado na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Segundo o Ministério da Saúde para garantir a integralidade da atenção à saúde do trabalhador é necessário a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de dispositivos de organização e fluxos da rede e considera a atenção primária em saúde, atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação, atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e os

sistemas de informações em saúde como componentes fundamentais nesse processo. (BRASIL, 2012).

Destacamos que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família faz parte da ESF, porém no estudo ela destaca-se como um serviço a parte, acreditamos que esse fato aconteça devido o caráter de ser multiprofissional e o apoio que se dá para os profissionais dos CSF na condução do cuidado nos territórios da APS.

As linhas do cuidado significam um arranjo organizacional dos serviços de saúde, centradas no usuário, visando à integralidade das ações. Ocorrem através da utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltadas para o processo de receber os usuários, ouvi-los, encaminhá-los e resolver suas necessidades. (BRASIL, 2006). Sabemos que ainda há muito que avançar para efetivar a linha de cuidado proposta, mas um primeiro passo foi apresentado pelo grupo, apontar os serviços que atendem o trabalhador com LER/DORT na busca de resolver suas necessidades e as atribuições possíveis dos profissionais das Redes de Atenção.

Além da construção da matriz, solicitamos que os dados obtidos pudessem ser evidenciados por um desenho, então o grupo criou um fluxo que foi representado por um desenho (Figura 4) onde apresenta o fluxo de atendimento ao trabalhador com LER/DORT na rede de serviços, na perspectiva de uma atenção integral.

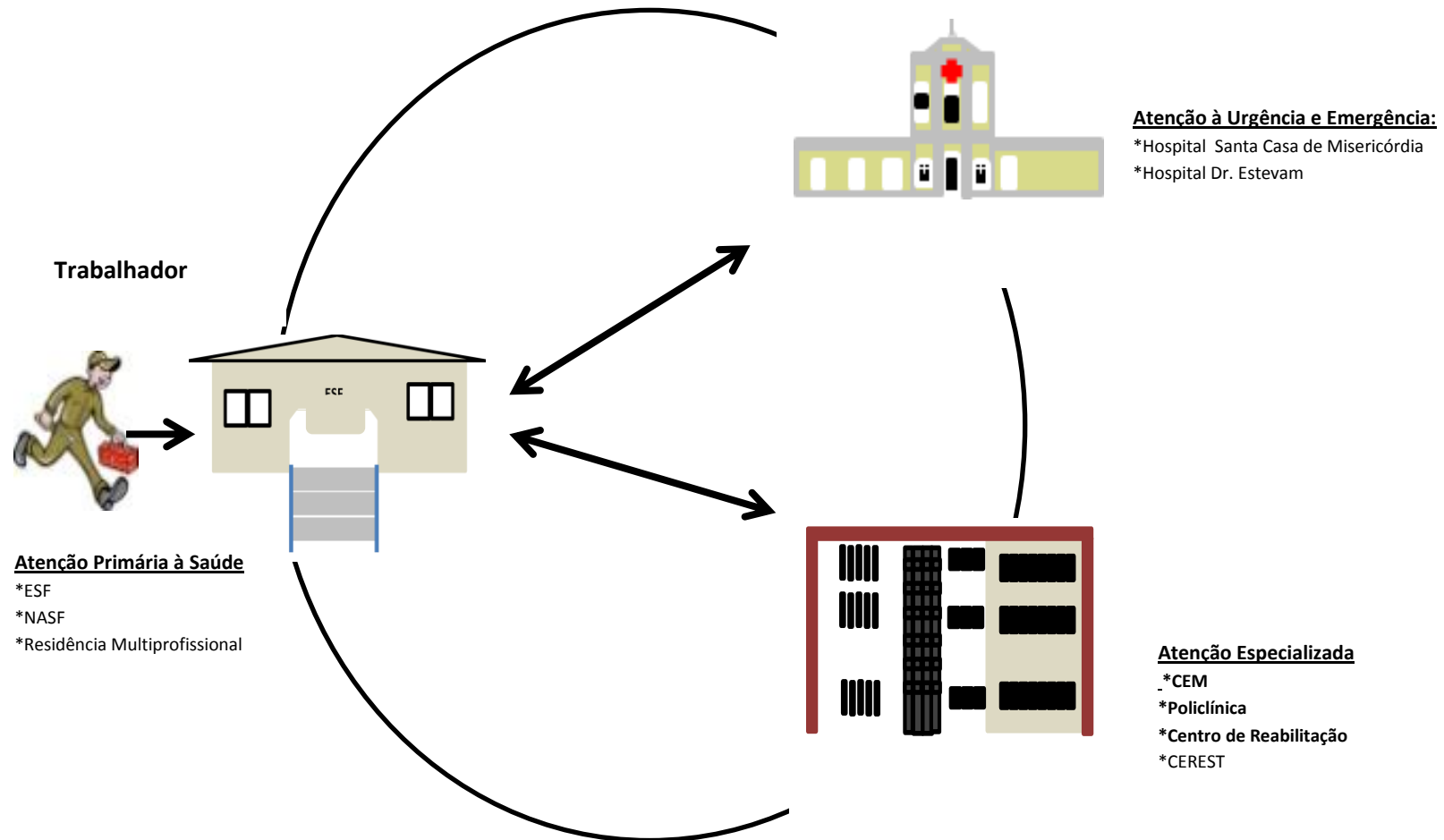
O que tentamos mostrar no fluxo de atendimento (Figura 4) foi como se dá disposição dos serviços de acesso ao trabalhador e a importância da abordagem do trabalho em equipe. A Atenção Primária a Saúde foi apontada pelo grupo com a ordenadora desse cuidado, ficando no centro, responsabilizando-se pelo cuidado contínuo desse trabalhador, no ir e vir para os outros pontos de atenção. Dias e Ribeiro (2011) mostram que a organização da atenção à saúde dos trabalhadores a partir da APS reveste-se de especial importância, quando se considera a capilaridade do sistema e a possibilidade de fazer a atenção integral à saúde chegar o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, e o potencial desses serviços para identificar as necessidades de saúde da população adscrita no território e relacioná-las às atividades produtivas para planejar e executar as ações. Evidenciamos essa responsabilidade da APS nos relatos do grupo de pesquisa:

Acho que a Estratégia Saúde da Família é a responsável maior pelo cuidado a esse trabalhador (...) é pra ser o primeiro contato do usuário. (Participantes do grupo de pesquisa).

A APS deve estar coordenando todo cuidado do trabalhador dentro dos serviços do SUS, na responsabilidade do ir para referência e voltar novamente (...). O que se espera é que o usuário solucione seu problema de saúde. (Participantes do grupo de pesquisa).

Esse caminho do usuário não deve ficar solto (...) a APS tem se responsabilizar por ele. (Participantes do grupo de pesquisa).

Figura 4 – Fluxo de atendimento ao trabalhador com LER/DORT na rede de serviços



Fonte: Torres, 2013 (primária)

Mendes (2012) também coloca que a implantação das linhas de cuidado se dá, obrigatoriamente, a partir das unidades de APS, consideradas como responsáveis pela coordenação do cuidado e pelo ordenamento da assistência dentro da rede SUS. O Ministério da Saúde aponta como ponto positivo no cuidado da APS o conhecimento do território e vínculo com o usuário e ainda complementa que para garantir a integralidade da atenção a saúde, além da disposição dos serviços, faz-se necessário a equipe se responsabilizar, de forma compartilhada, por conhecer os usuários, compreender suas demandas, tratar e propor modos de controlar os seus problemas. (BRASIL, 2012).

Almeida, Fausto e Giovanella (2011) colocam que ainda é um desafio a APS otimizar a coordenação entre as redes assistências, mas também referem que precisa ser superado. Os autores apontam estratégias possíveis para fortalecimento desse papel de coordenação com outros níveis de atenção: demandar a utilização de instrumentos adequados para a referência que assegurem a continuidade da atenção, integração dos sistemas de informação e prontuários eletrônicos que viabilizem a construção de linhas de cuidado compartilhadas por diversos profissionais e serviços, além de equipes de especialista para apoio matricial. Na nossa realidade, algumas dessas estratégias estão sendo implantadas como os instrumentos de referência e contra referência, o apoio matricial de especialistas e serviços como o CAPS e CEREST e projetos piloto de prontuários eletrônicos.

O papel dos pontos de atenção especializada e atenção à urgência e emergência no cuidado aos trabalhadores com LER/DORT deve ser complementar e integrado à APS, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje. O grupo apresentou a importância dos outros serviços da linha de cuidado.

O serviço especializado tem fundamental importância no atendimento ao trabalhador com LER/DORT, ele que vai solucionar os problemas que a ESF não consegue resolver, é isso que é para acontecer. (Participantes do grupo de pesquisa).

Às vezes os usuários procuram os serviços de urgência com dor, isso é bem comum (...). E temos que resolver o problema dele. (Participantes do grupo de pesquisa).

O CEREST está inserido como serviço especializado, mas acaba sendo diferente, o trabalho dos profissionais são mais específicos, e acaba sendo o principal apoio de todos os serviços que atendem esse trabalhador. (participantes do grupo de pesquisa).

Para o funcionamento da linha de cuidado proposta é necessário à existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da APS e os demais serviços que apareceram. Nesse processo, além da construção e pactuação do fluxo da atenção, é necessário a elaboração de estratégias para efetivar esse caminho percorrido do trabalhador na rede de atenção e estabelecer e negociar responsabilidades para transferência segura do

cuidado. Segundo Mendes (2012) para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado de atenção compartilhada, há de se compartilhar planos de cuidados entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, e discuti-los em algumas circunstâncias para buscar os mesmos objetivos. Para Malta e Merhy (2010) cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita .

O CEREST destaca-se como um serviço de atenção da rede especializada, porém tem caráter também de vigilância e que tem como principal atribuição apoiar os demais serviços que atendem o trabalhador com LER/DORT. Segundo o Ministério da Saúde o CEREST tem como principal função suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, além disso deve dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012).

Para auxiliar no andamento da linha de cuidado, faz necessário também a utilização de protocolos e fluxogramas de atendimento. O Ministério da Saúde lançou em 2012 o fluxograma de atendimento ao trabalhador com LER/DORT (ANEXO 1) e o protocolo de Dor relacionada ao trabalho, instrumentos que poderão subsidiar as ações de todos os serviços de saúde na melhor condução dos casos de LER/DORT.

Ressaltamos que para construir a linha de cuidado pensamos na necessidade do trabalhador como o aspecto central para seu fluxo de atendimento e assistência. Dessa forma, a linha de cuidado ao trabalhador com LER/DORT demonstra uma possibilidade da garantia da integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde, mostrando o caminho a ser percorrido por um usuário, desde a unidade básica e passando por diferentes serviços na busca de um leque de cuidados necessários para resolver seu problema de saúde. Assim, de acordo com Magalhães Júnior e Oliveira (2006), a linha de cuidado é apresentada como ferramenta auxiliadora na organização dos serviços, e vem sendo tomada como abordagem mais adequada nas práticas assistenciais, na medida em que permite simular todas as situações decorrentes do problema de saúde inicial, de modo a desenvolver ações essenciais que possam prover as necessidades dos usuários.

5.2 Atribuições dos profissionais das redes de atenção à saúde na atenção ao trabalhador com LER/DORT

Iniciamos a apresentação dos resultados e discussões deste capítulo apresentando a distribuição das frequências de concordância para as 40 atribuições surgidas.

Salientamos que apesar da validação das atribuições apresentarem como ênfase principal a discussão qualitativa das mesmas, mostramos também a frequência dos participantes do estudo ao nível de concordância ou discordância para cada atribuição. Assim, no (APÊNDICE 2) apresentamos os resultados da validação das atribuições pelos participantes dos grupos a partir da escala de LIKERT (APÊNDICE 3). Das quarenta atribuições que foram citadas pelos participantes das oficinas sobre a linha de cuidado em saúde do trabalhador com LER/DORT, trinta e seis atribuições foram validadas pelos participantes da oficina de validação de atribuições. Nesta oficina (85%) dos participantes assinalaram 4 ou 5, correspondendo, respectivamente às opções concordo parcialmente e concordo totalmente nas 36 atribuições que foram consideradas como validadas.

5.2.1 Atribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde na atenção ao trabalhador com LER/DORT

A partir da análise dos dados, descreveremos as atribuições da APS na atenção ao trabalhador com LER/DORT. A figura mostra todas as atribuições após validação.

Figura 5 – Atribuições dos profissionais de saúde da APS na atenção ao trabalhador com LER/DORT



Os participantes colocaram que a ESF precisam realizar mapeamento dos processos produtivos e identificar os riscos relacionados ao trabalho. As falas dos profissionais apontaram que os trabalhadores e trabalhos existentes no território devem ser identificados como mostra a seguir:

Acho que é nosso papel identificar o que tem de fabrica e de trabalho e trabalhador na área. Mapear não é? Para identificar os ambientes que apresentam riscos para os trabalhadores apresentarem LER/DORT. (Participantes do grupo de pesquisa).

Na perspectiva do território, cabem os profissionais da ESF também reconhecer os processos produtivos nele instalados e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos usuários trabalhadores. Para Pignati, Maciel e Rigotto (2013) as relações entre a saúde, o trabalho e o ambiente se expressam concretamente na dinâmica dos territórios dos CSF e devem ser contemplados nos processos de territorialização em saúde. O mapeamento dos processos produtivos, identificação do perfil dos trabalhadores e situação de exposição a riscos nos ambientes de trabalho são passos importantes para debater sobre o modelo de produção e as repercussões disso sobre a saúde. É fundamental que APS se aproprie do território, conheça seus trabalhadores e os processos produtivos que existem dentro dele, pois consiste em um passo inicial para pensar saúde intercalando as questões da produção e ambiente e as repercussões sobre a qualidade de vida desse trabalhador. Para Dias, Silva e Almeida (2012) o planejamento e o desenvolvimento das ações de saúde, referenciadas no território sob a responsabilidade da equipe, permitem o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco ou perigos para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, facilitando a vigilância e o provimento de assistência adequada às necessidades daquela população, particularmente no contexto das mudanças nas configurações de trabalho, o crescimento do mercado informal, domiciliar e familiar.

O Ministério da Saúde preconiza, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, no item atribuições comuns a todos os profissionais, 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. (BRASIL, 2006). Isso nos permite chamar a territorialização em saúde e é a partir desse processo que decorre toda a análise da situação de saúde, planejamento e implementação de outras ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema de saúde. Como referem

Dias *et al.* (2009), o reconhecimento e/ou a identificação das situações de risco à saúde, originários dos processos produtivos, como também das situações de trabalho envolvendo o ambiente de trabalho e olhar atento para o meio ambiente, conferem concretude às relações produção/trabalho/ambiente e saúde, ensejando a possibilidade de ações de vigilância e a oferta de assistência adequadas, tanto pela atenção primária e demais pontos da rede de atenção (DIAS *et al.*, 2009). Esse diagnóstico permite a identificação das diferentes situações de risco à saúde relacionadas ao desenvolvimento das atividades produtivas, essas informações identificadas subsidiarão no planejamento das ações de saúde e principalmente na contribuição de orientações sobre adoção de medidas de prevenção das doenças relacionadas ao trabalho.

Acrescentamos nessa discussão as recomendações apresentadas por Dias (2010) no relatório técnico-científico encomendado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a fim de orientar a construção da Política de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na rede de Atenção Primária à Saúde no SUS. A autora apresenta as ações que a APS deve desenvolver em curto prazo: mapeamento do território de atuação das equipes: identificar as atividades produtivas desenvolvidas no território, outra ação que destacamos nas recomendações que também foi apresentada pelo grupo foi que no acolhimento e nas consultas clínicas na UBS seja identificada a condição de trabalhador e ou a ocupação do usuário no cadastro e nos atendimentos na UBS/UAPS com a suspeita e ou o estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com a situação de trabalho. A ação referida foi destacada como atribuição dos profissionais da APS através da realização do acolhimento do usuário com escuta qualificada, reconhecendo esse usuário atendido como trabalhador, buscando estabelecimento das queixas com o trabalho que desenvolve como pode ser exemplificado nas falas.

Acolher o trabalhador com estabelecimento de diagnóstico da doença com o trabalho (...). Já até fomos sensibilizados sobre isso durante as rodas. (Participantes do grupo de pesquisa).

Acho que devemos ouvir mais o paciente, às vezes agente nem pergunta em que ele trabalha (...). É importante saber. Se agente não perguntar como podemos saber se tem relação com o trabalho. (Participantes do grupo de pesquisa).

De acordo com o grupo ouvir o trabalhador e questionar sobre seu trabalho permite conhecer se o adoecimento está ou não associado ao trabalho. O reconhecimento do usuário enquanto trabalhador é essencial para o desdobramento de ações no território. É importante que o profissional de saúde identifique a atividade que o trabalhador exerce e, se

necessário colete uma breve história profissional. Essa informação orientará a identificação dos possíveis riscos à saúde dos trabalhadores, o estabelecimento da relação entre a doença ou a queixa apresentada pelo trabalhador e seu trabalho, e a definição das ações de intervenção. Segundo Merhy e Feuerwerker (2009) não é possível à incorporação da saúde do trabalhador na atenção básica sem levar em consideração os trabalhadores de saúde e sua atividade profissional, sendo esse um aspecto essencial da gestão em saúde e do campo da ST.

Destacamos que o trabalho pode influenciar na determinação do processo saúde-doença é importante apresentar o que aborda o do médico italiano Bernardino Ramazzini, que entre seus ensinamentos, recomendava que todo médico deveria indagar sobre a ocupação de seu paciente, completando assim a anamnese com a história profissional para chegar a origem da causa do adoecimento. Ramazzini também abordou o raciocínio epidemiológico, que permitiu o estabelecimento da doença apresentado pelo paciente e a construção do perfil epidemiológico do adoecimento, incapacidade ou morte relacionados ao perfil produtivo (RAMAZZINI, 2000). Castejón (2008) reforça que é necessário conhecer a magnitude das doenças profissionais e estabelecer, quando esta não exista, criar dispositivos nos cuidados primários para identificação e confirmação das doenças profissionais. Essa estratégia vai facilitar o desenvolvimento ações associadas a determinados grupos de profissionais.

O protocolo de LER/DORT coloca que os objetivos dos profissionais de saúde na abordagem dos casos de LER/DORT não devem se restringir ao acolhimento humanizado e qualificado nos serviços assistenciais; devem, também, estar voltados à postura de se manter uma atitude ativa frente às possibilidades de prevenção que cada caso pode oferecer. Ou seja, a cada caso diagnosticado, o profissional deve buscar a possibilidade de uma ação de vigilância e intervenção, para que se evitem novos casos. (BRASIL, 2012).

Outra atribuição apontada reforça a integralidade da atenção. O grupo colocou que o trabalhador deve ser atendido e acompanhado na sua totalidade, dentro da resolução dos serviços, na busca de atender o trabalhador em todas as etapas do tratamento.

A APS tem que ser responsável pelo seu fazer. Esse fazer inclui dar atenção também ao trabalhador com LER/DORT (...). Buscando resolver todos seus problemas até que volte sua saúde novamente. (Participantes do grupo de pesquisa).

Dar atenção adequada através do acompanhamento durante todo tratamento, encaminhamento e retorno a unidade através da equipe multiprofissional. (Participantes do grupo de pesquisa).

Devemos acompanhar todos os usuários em tratamento. Assim que deve ser, pode ser também através de orientações sobre como evitar a doença, no atendimento ou na realização de visitas domiciliares, nos grupos (...). Dentro da resolução possível do serviço. (Participantes do grupo de pesquisa).

A integralidade constitui um princípio que tem maior aproximação de diálogo com a discussão do processo saúde- trabalho-ambiente na atenção primária. De acordo com Andrade, Barreto e Coelho (2013) a ESF é operacionalizada por meio das ações de promoção da saúde, prevenção e atenção às doenças, recuperação, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde mediante as práticas de cuidado e gestão das equipes de saúde da família, comprometidas com a equidade e integralidade da assistência a saúde. Outra característica que se destaca é o fato que a UBS deve acolher todos os usuários que procuram o serviço, viabilizando um acesso universal as práticas de cuidado, pois é quem está mais próximo a vida das pessoas e possui alta capacidade de acolhimento, longitudinalidade do cuidado e resolutividade. (BRASIL, 2011).

Com todas as características trazidas em estudos da APS, podemos mencionar que integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na ESF, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Esse é passo inicial como mostra Pessoa (2010) ao relatar que para garantir a integralidade da atenção é fundamental que o serviço de saúde seja organizado para garantir o acesso, acolhimento, identificação e cuidado dos problemas decorrentes do trabalho, sendo capaz de perceber a dinâmica viva das interrelações do desenvolvimento com a produção e a saúde nos territórios e sua interface com o processo saúde-doença.

Destacamos a fala de Campos e Guerrero (2010) quando mencionam que é importante reconhecer que há uma linha do cuidado operando internamente na Unidade Básica de Saúde, e que ganha relevância se considerar que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível de assistência. Nesse sentido, a integralidade pode ser atingida em rede e quando uma equipe, em um serviço em particular, articula suas práticas e consegue escutar e atender as necessidades de saúde trazidas pela população individual e coletivamente. Pignati, Maciel e Rigoto (2013) colocam que os sistemas de saúde baseados na APS devem prestar atenção acessível, integral e longitudinal independente da ocorrência de doenças. As equipes da ESF assumem responsabilidades sanitárias dentro do território, sendo importante considerar que dentro desse espaço pode existir microáreas de risco muitas vezes relacionados ao trabalho, nesse território se constrói uma relação de vínculo com a população adscrita, de forma que os profissionais assumem a longitudinalidade do cuidado.

Para Merhy, Franco e Magalhães Júnior (2004), a integralidade é um novo olhar sobre a gestão do cuidado em saúde, quebrando o modelo médico hegemônico e criando novas possibilidades do que podemos denominar o cuidado e a saúde, a partir do momento em

que o ato do trabalho em saúde centra-se no fluxo do usuário, com mudanças na produção do cuidado em todos os níveis da rede pública de saúde (onde se encontram as organizações de saúde). Assim, as práticas cotidianas seriam pautadas na integralidade.

Essa atribuição chama nossa atenção do desafio que os serviços de saúde têm de atender esse trabalho em todas as etapas necessárias sejam elas de prevenção da doença, de tratamento ou de reabilitação. O fluxo dessa linha de cuidado e as atribuições que foram apontadas pelo grupo, é uma estratégia primordial na busca por essa integralidade da atenção. Nesse contexto é importante que todos os profissionais dos serviços que atendem o trabalhador com LER/DORT tenham um pensar e um fazer integrados, superando a fragmentação vista em muitas formulações políticas. A APS ocupa um importante papel na garantia da integralidade, ela é capaz de focar no território e seus processos produtivos, fazer a análise e a proposição de ações para abordar as questões relativas à saúde do trabalhador, valorizando as relações da equipe multiprofissional na troca de saberes e diálogo entre os profissionais.

A ESF como mencionado anteriormente a ESF deve ser responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, ela é responsável pelo referenciamento do usuário quando necessário, articulando outros serviços, discutindo os casos e recebendo a contra referência para continuar os cuidados básicos. (BRASIL, 2006).

Abordamos questões relacionadas aos fatores que antecedem o adoecimento, colocando que o trabalhador deve ser sensibilizado individualmente ou em grupo através de atividades educativas auxiliando na prevenção das LER/DORT.

Devemos também realizar atividades de educação em saúde baseado nos processos produtivos que existem nos territórios para risco de LER/DORT. Pode ser nas próprias empresas ou não. (Participantes do grupo de pesquisa).

Não podemos nos recusar do cuidado, e esse cuidado inclui também o que antecede o adoecimento. Por isso é importante informar o trabalhador sobre os riscos e como prevenir esse adoecimento. (Participantes do grupo de pesquisa).

As estratégias preventivas mencionadas passam pela educação em saúde (prevenção primária), que tem foco centrado na redução da exposição do trabalhador ao problema ou orientação sobre o mesmo. A atividade educativa é apontada como uma categoria fundamental para garantir a integralidade, considerada em suas diferentes combinações de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

De acordo com Mendes (2010) as Equipe de Saúde da Família devem ser compostas por profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Além disso, o Ministério da Saúde coloca que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde. Por isso, estabeleceu-se que apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados, portanto é imprescindível trabalhar os fatores que antecedem a doença.

Silva (2009) apresenta também desempenhos semelhantes ao do nosso estudo relacionados às atividades educativas realizadas pela ESF de competência dos ACS, onde aponta que os ACS devem sensibilizar o trabalhador para o reconhecimento da importância de seu trabalho e para os riscos a que está potencialmente submetido, assegurando uma escuta atenta ao valor que ele dá ao que faz às precauções e/ou medidas que ele toma para preservar seu trabalho/emprego e ao conhecimento que já tem sobre as doenças ocupacionais e ainda com base na sistematização na unidade básica de saúde dos dados obtidos no registro de ocupações, riscos e agravos à saúde do trabalhador, participa de grupos de discussões e práticas educativas para usuários com doenças específicas relacionadas ao trabalho. A autora ainda coloca que durante as atividades educativas os ACS podem orientar os trabalhadores sobre as principais doenças e acidentes do trabalho presentes em seu território de abrangência, as formas de medidas de proteção e prevenção específicas, a legislação em ST e principalmente oferecer subsídios para a comunicação, como um dos pilares da educação.

A educação em saúde coloca-se como uma estratégia relevante para a saúde do trabalhador e pode ser entendida como uma estratégia para criação e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário. Além disso, propicia possibilidades de ajudar o trabalhador a compreender melhor seu estado de saúde e da relação deste com o seu modo de vida e trabalho. O processo educativo transformador se consolida se houver um movimento facilitador, compreensivo e comprometido com as questões sociais entre profissional de saúde e usuário efetivamente envolvidos no processo. O grande educador brasileiro Paulo Freire salienta que *“quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”*. (FREIRE, 2003). Assim, o processo educativo deve possibilitar o aprendizado sobre a saúde no contexto do trabalho.

Outro contexto que destacamos é o de dar atenção ao trabalhador adoecido. A sintomatologia, a incapacidade e o sofrimento dos portadores de LER/DORT têm causas e consequências socialmente engendradas que não podem ser desconsideradas. Assim, as

condutas terapêuticas necessitam de uma abrangência para além da indicação de prescrições circunscritas ao uso de medicamentos. Os participantes da pesquisa apontaram como atribuição da APS a realização de grupos de apoio aos trabalhadores com a doença, os relatos apontaram grupos de estímulo ao autocuidado, orientação ao trabalhador e de reabilitação.

Criar ou inserir os trabalhadores adoecidos nos grupos de alongamento e atividades físicas do território e orientar os trabalhadores sobre direitos trabalhistas e doenças relacionadas ao trabalho e principalmente sua forma de prevenção. (Participantes do grupo de pesquisa).

Desenvolver grupos de apoio aos trabalhadores com LER/DORT, ajudando o trabalhador na reabilitação física. (Participantes do grupo de pesquisa)

Auxiliar nas práticas do autocuidado, realizar nos grupos educativos voltados para os trabalhadores adoecidos. (participantes do grupo de pesquisa)

Hoefel *et al.* (2004) colocam que os grupos de apoio ao trabalhador com LER/DORT tem sido uma prática que possibilita ao trabalhador refletir sobre as várias faces desses distúrbios, dos processos de trabalho e das diversas formas de tratamento. Esses grupos têm sido eficazes na resolução dos problemas como diminuição dos sintomas, na discussão e minimização do sofrimento psíquico, no entendimento das questões legais, da multicausalidade das LER/ DORT e dos fatores de risco ou cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho causadores de agravos à saúde. Acreditamos que para atender aos trabalhadores de forma integral os mesmos devem ser auxiliados tanto na prevenção, no processo de tratamento e reabilitação. Silva (2009) mostra que os ACS destacaram a importância de formar grupos com agravos relacionados de ST que são comuns em seu território de abrangência.

Estudos apontam que os grupos de apoio aos trabalhadores com LER/DORT tem sido espaços de troca de experiências, de aprendizado e de possibilidades de mudanças. E durante os momentos do grupo os trabalhadores estimulavam a comunicação entre os participantes e a aquisição de conhecimento a respeito do trabalho, seus riscos e mecanismos adoeecedores, possibilitando o autoconhecimento, o redimensionamento dos sintomas físicos e psíquicos e o ajuste do uso de medicações analgésicas e construíam-se, coletivamente, estratégias para realização das atividades da vida diária com menor dispêndio de energia. A participação nos grupos oferece, ainda, maior reconhecimento social, que pode auxiliar o portador de LER/DORT a ficar mais confiante em si, a conviver melhor com sua situação clínica durante o tratamento, com suas limitações, a se preparar melhor para o retorno ao trabalho (MENDES; LANCMAN, 2010).

Apontamos o auxílio às práticas de autocuidado. Segundo Bub *et al.* (2006) o autocuidado é a realização de ações do indivíduo dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Outra atribuição apresentada foi da APS reconhecer os trabalhadores que apresentam maior risco, maior necessidade e realizar encaminhamento para a rede de apoio do SUS ou para outros serviços de referência.

É necessário realizar referência eficaz, seja para rede de apoio do SUS, ou seja, para outra rede de apoio fora SUS. (Grupo de pesquisa).

Conhecer e Encaminhar para rede de apoio os casos mais complexos como para o INSS, Delegacia do trabalho, Ação Social, CEREST, CEM e a Policlínica (...) (Grupo de pesquisa).

Se a APS não conseguir resolver o problema do trabalhador, ou para resolvê-lo necessita de apoio, torna-se realmente necessário referenciar esse trabalhador, essa referência pode acontecer na própria rede de serviços do SUS, apresentada anteriormente através do fluxo construído pelo próprio grupo, como também para outra rede de apoio social.

Desde 1998, a referência para rede de apoio surge sendo de responsabilidade da APS onde a NOB 98 coloca que a Gestão Plena da Atenção Básica deve assumir as seguintes ações de saúde do trabalhador: garantir o atendimento ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir. (BRASIL, 1998). Mendes (2012) aponta como relação possível entre a Atenção Básica e a Atenção especializada a referência e contra referência. O ministério da saúde ainda reforça essa informação trazendo como ação da APS a identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território e o subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários. (BRASIL, 2012).

É interessante apresentar que no Caderno de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde publicado pelo Ministério da Saúde em 2002, entre os procedimentos prescritos para APS, no caso de diagnóstico de doença relacionada ao trabalho, está o de “encaminhar os casos de maior complexidade para a rede de referência, acompanhá-los e estabelecer a contra referência”. (BRASIL, 2002). Porém, não são detalhados os

procedimentos e a organização desses fluxos nem dentro dos serviços do SUS. Daí frisarmos a importância de termos identificado esse fluxo continuidade com o caminho assistencial percorrido pelo trabalhador, tendo como processos estruturantes a conectividade de papéis e de atribuições entre diferentes pontos de atenção.

O Protocolo de LER/DORT ainda reforça sobre a realização da referência pela APS ao colocar que o clínico da Unidade de Saúde da Atenção Básica, com dúvidas referentes ao quadro clínico deve encaminhar os pacientes aos especialistas, uma vez que os casos de baixa complexidade podem ser diagnosticados e acompanhados na própria unidade básica de saúde, a exemplo do que acontece com qualquer especialidade médica. Assim, quando for necessário tal encaminhamento, ele espera dessa avaliação a confirmação ou não de uma hipótese diagnóstica de diferentes campos de conhecimento. (BRASIL, 2012).

Sobre o registro dos casos de LER/DORT surgiram duas atribuições uma relacionada a notificação os casos de LER/DORT no SINAN e outra sobre a utilização dessas notificações através da utilização das informações epidemiológicas para nortear as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador. Na fala do grupo essas atribuições apareceram da seguinte forma:

É importante conhecer os casos de LER/DORT e notifica-los no SINAN para conhecer as doenças relacionadas ao trabalho. (participantes do grupo de pesquisa).

No meu território tem muito trabalhador adoecido com LER/DORT e agente conhece quem são eles no nosso território. Isso já é uma prática nossa esse conhecimento (...). Só precisamos mesmo é registrar os casos. (participantes do grupo de pesquisa).

Acho que temos que nos apropriar melhor das informações notificadas e utilizá-las (...). Fortalecer essa prática para conhecer melhor os problemas de saúde da população para podermos intervir com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. (participantes do grupo de pesquisa).

A importância da notificação surge como necessidade de quantificar adequadamente o impacto da doença, visto que as doenças relacionadas ao trabalho surgem como um grave problema de saúde pública. Diferentemente do que ocorrem com doenças não ocupacionais, as doenças relacionadas ao trabalho têm implicações legais que atingem a vida dos pacientes. O seu reconhecimento é regido por normas e legislação, conforme a finalidade desde a Portaria GM n.º 777 (BRASIL, 2004) do Ministério da Saúde, de 28 de abril de 2004, tornou-se de notificação compulsória vários agravos relacionados ao trabalho, entre os quais os de LER/DORT. Neste caso, não há implicações diretas para o paciente, pois a finalidade é a notificação para prevenção de novos casos de agravamento dos já existentes e organização de serviços e especialidades necessárias, por meio de intervenções nas áreas de assistência,

vigilância e planejamento em saúde.

Dias, Silva e Almeida (2012) colocam a investigação e notificação no SINAN de agravos à saúde relacionados ao trabalho como ação essencial, possibilitando dar visibilidade aos problemas de saúde relacionados ao trabalho e apontam como condição básica para que sejam considerados na agenda técnica e política do SUS pelos gestores e pelo controle social. Entretanto as autoras colocam também significativo sub registro.

Para Pignati, Maciel e Rigotto (2013) a abordagem clinica dos trabalhadores pelos profissionais de saúde, devem incluir a investigação de sua historia ocupacional, essa abordagem possibilita o diagnóstico do agravo à saúde e sua relação com o trabalho e posterior notificação, permitindo uma orientação e tratamento adequados aos usuários, bem como o acionamento de ações de vigilância relacionadas com a melhoria das condições do ambiente.

A utilização dos dados gerados pelas notificações fortalecerão as atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo. A NOB 1998 reforça também que atenção básica deve realizar estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador. (BRASIL, 1998).

As informações epidemiológicas geradas pela notificação das LER/DORT, devem ser divulgadas, pois são ferramentas que permitem um real diagnostico da situação desses trabalhadores e serve também como apoio para realização de um plano de intervenção nos territórios. Inanov (2009) coloca que para garantir a saúde dos trabalhadores, têm que se elaborar estratégias que garantam uma prevenção bem sucedida, diante disso faz-se necessário obter informações sobre a relação causal entre o fator de risco e resultado na saúde, conhecer os fatores de risco, recursos, ferramentas e mecanismos para que ele implementação de medidas preventivas, criação de grupos de apoio, atividades educativa baseada no problema de saúde.

Os dados gerados pela notificação têm sido utilizados para a realização de diagnóstico dinâmico da ocorrência de eventos com danos à saúde de determinada população, para a prevenção da ocorrência de novos eventos, para o fornecimento de subsídios para explicações causais, para a indicação dos riscos aos quais as populações e as pessoas estão sujeitas, para o monitoramento da saúde da população, para o planejamento das ações de saúde, para a definição de prioridades de intervenção e para a avaliação do impacto das ações de controle desenvolvidas. (NETO *et al.*, 2011).

Outras atribuições apresentadas foram relacionadas a educação permanente e apoio matricial. Onde os participantes colocaram que a APS deve incorporar a temática LER/DORT nos momentos de roda, capacitação e educação permanente e articular a equipe do CEREST para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial.

E importante debater sobre os casos de trabalhadores com as doenças, levar essa discussão para os momentos de roda e de Educação permanente e nos momentos de matriciamento do CEREST. (participantes do grupo de pesquisa).

Inserir essa temática nos momentos de Educação Permanente. (participantes do grupo de pesquisa).

Pedir apoio da área especializada para agente se capacitar e conhecer mais sobre o assunto. (participantes do grupo de pesquisa).

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, é necessário que haja a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (BRASIL, 2006).

As questões relacionadas as doenças decorrentes do trabalho, apontam para a importância de capacitação dos profissionais que atuam na APS. A educação permanente possibilita a eleição de problemas prioritários, e a identificação de dispositivos necessários para o desenvolvimento de intervenções intersetoriais e interinstitucionais, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de ações mais efetivas. Segundo o Ministério da Saúde a vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de atribuições de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras (BRASIL, 2006).

Acrescentamos nessa discussão as recomendações apresentadas por Dias (2010) relatório técnico-científico encomendado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a fim de orientar a construção da Política de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na rede de Atenção Primária à Saúde no SUS como uma das ações que a APS deve desenvolver a curto prazo é promover a qualificação e educação permanente dos profissionais da ABS em ST, incentivando o trabalho multidisciplinar e interinstitucional.

Para cumprir o seu papel, as equipes de atenção básica necessitam do apoio permanente de equipes especializadas que atuem não somente como serviço de referência que recebe o doente e o trata isoladamente, mas que operem de forma articulada, partilhando o cuidado ao usuário e dando subsídios para a ampliação do repertório de cuidados das equipes de atenção básica. (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Entendemos como o apoio matricial como um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde, numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde. (GOMES *et al.*, 2006).

O apoio de especialistas através do matriciamento pode contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes da ESF e para atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolutividade. Entendemos o apoio matricial como um arranjo institucional criado para promover a interlocução entre as equipes de saúde, interlocução que, juntamente com a educação permanente, constituiu estratégia importante para a efetiva implantação da saúde do trabalhador.

Vale destacar que o apoiador matricial busca personalizar os sistemas de referência ao facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o especialista de apoio; diferente das Centrais de Regulação, as quais estão reservadas à função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dias e Ribeiro (2011) colocam como ações de matriciamento dos profissionais da APS e do conjunto da rede de atenção à saúde a serem realizadas pelo CEREST: discussão de casos suspeitos de agravos relacionados ao trabalho para a confirmação do diagnóstico e apoio no desenvolvimento do plano terapêutico adequado; auxílio na sistematização e análise do mapeamento das atividades produtivas e eleição de prioridades para o cuidado à Saúde do Trabalhador; suporte técnico nas investigações dos agravos de notificação compulsória;

suporte técnico para desenvolvimento de ações de gerenciamento de risco das atividades desenvolvidas em domicílio, entre outras; apoio à qualificação dos profissionais e técnicos sobre as questões de Saúde do Trabalhador, incluindo as questões trabalhistas e previdenciárias.

Para complementar os achados da pesquisa ressaltamos que os resultados do presente estudo encontram respaldo na literatura internacional, onde Castejón (2008) destaca para a Atenção Primária importantes funções relacionadas à saúde dos trabalhadores e aponta que a mesma tem papel fundamental na descoberta do adoecimento relacionado ao trabalho e no acompanhamento desse trabalhador, especialmente considerando-se os trabalhadores domiciliados e inseridos na economia informal, os desempregados e os aprendizes. Adell, Echevarria e Bentz (2009) trazem um quadro da OMS que abordam as atribuições essenciais das equipes da APS, identificamos algumas atribuições que se assemelham com as que o grupo da pesquisa apresentou, dentre elas destacamos: promover a auto cuidado na comunidade de acordo com a doença, estabelecer compromissos ou parcerias sociais de produção saúde, liderar e participar dos esforços para promover a saúde e prevenção da doença para a comunidade, prestar os cuidados adequados, identificar fontes de informação e os principais intervenientes na comunidade, coletar, analisar e utilizar informações adequadas e pertinentes, identificar e definir as necessidades de saúde da comunidade, definir prioridades baseadas nos riscos para a ação, identificar os problemas que afetam o processo saúde-doença.

Finalizaremos esse capítulo trazendo a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) coloca as atribuições comuns dos profissionais das equipes de Atenção Básica conforme mostra o quadro 6.

Observando os resultados da pesquisa ressaltamos que algumas atribuições apresentadas pelo grupo de pesquisa são semelhantes às atribuições da atenção Básica apresentadas pelo Ministério da Saúde (Quadro 6). Destacamos que a realização das ações de atenção a saúde dos trabalhadores com LER/DORT não fogem da realidade das praticas diárias dos profissionais da APS, pois como percebemos as atividades de prevenção, promoção, vigilância ,diagnostico, tratamento e encaminhamentos competem a APS independente de quem seja esse usuário. A diferença maior esta no olhar para o trabalhador com LER/DORT e na construção que foi feita pelo grupo de profissionais, usuários e gestores, sendo sujeitos, corresponsáveis, em ser agentes e produtores de atribuições coletivas

reconhecidas pela prática diária que poderão gerar ações para melhorar atenção ao trabalhador com LER/DORT.

Quadro 6 – Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes da Atenção Básica.

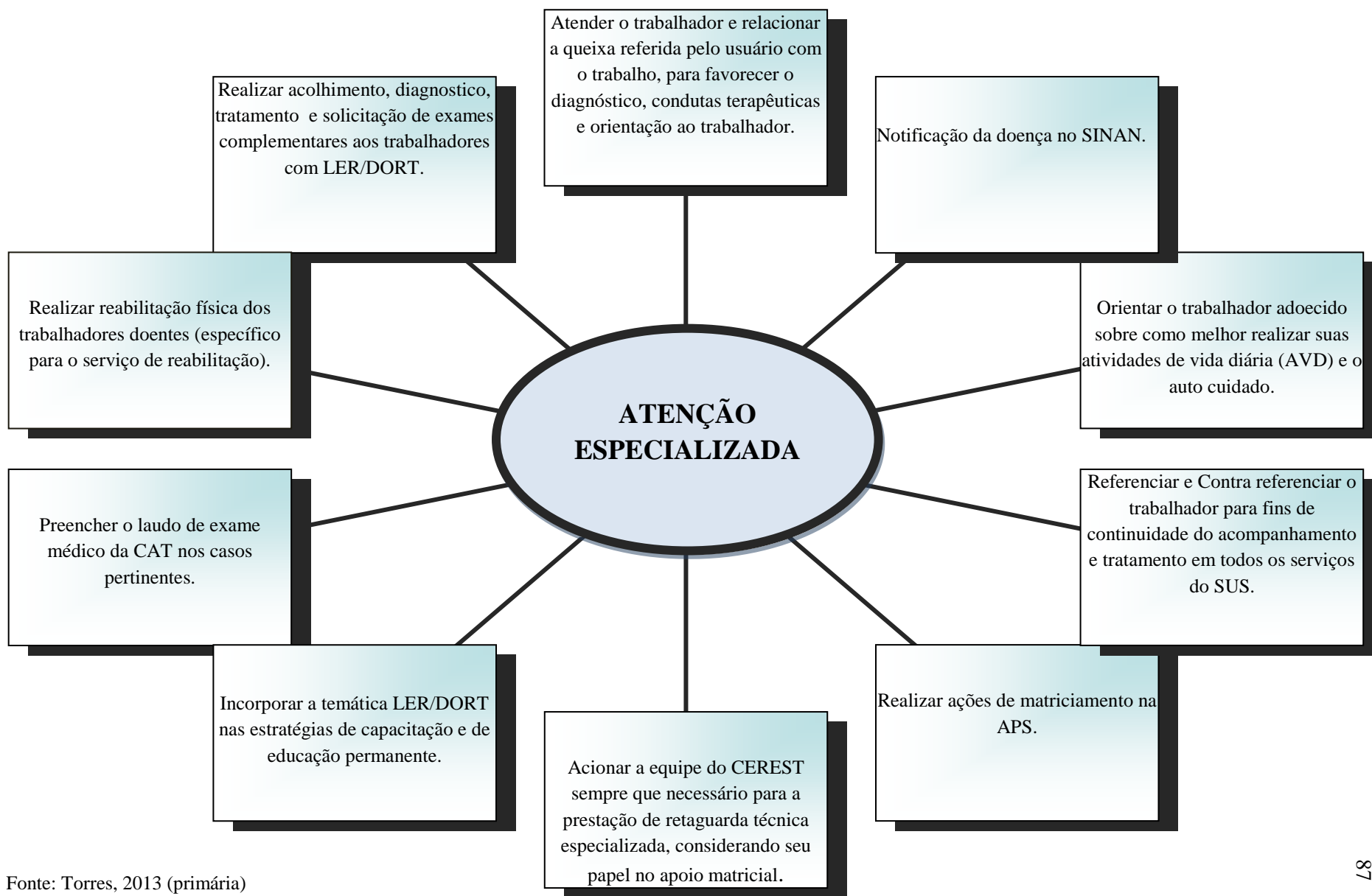
São atribuições comuns a todos os profissionais
I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal 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, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;
XV - participar das atividades de educação permanente;
XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Fonte: Brasil, 2012.

5.2.2 Atribuições dos profissionais da Atenção Especializada na atenção ao trabalhador com LER/DORT

Na atenção especializada encontram-se as unidades de saúde que ofertam consultas, exames especializados e serviços de reabilitação visando ao diagnóstico e tratamento de casos mais complexos. A figura 9 mostra a descrição das atribuições da atenção especializada apresentadas pelo grupo de pesquisa para garantir a atenção ao trabalhador com LER/DORT. Ressaltamos que o grupo de pesquisa considera e incluiu o CEREST como um serviço especializado, porém por ter caráter também de centro de vigilância preferiu separar as atribuições do CEREST, conforme apresentamos na figura 6.

Figura 6 – Atribuições dos profissionais da rede especializada na atenção ao trabalhador com LER/DORT



Fonte: Torres, 2013 (primária)

O grupo apontou que uma das atribuições a serem realizadas pelos profissionais da atenção especializada seria atender o trabalhador e relacionar a queixa referida pelo usuário com o trabalho, para favorecer o diagnóstico, condutas terapêuticas e orientação ao trabalhador. As falas dos participantes mostraram a necessidade de aprofundar a avaliação do usuário na anamnese, como pode ser observado a seguir:

Deve-se fazer no serviço especializado uma avaliação minuciosa do trabalhador adoecido, perguntando tudo, e relacionando a sua profissão. (Participantes do grupo de pesquisa).

É necessário fazer um diagnóstico nosológico. Agente precisa ampliar o olhar para além da doença. Para poder dar o segmento certo seja ele um diagnóstico uma orientação ou a indicação de terapias. (participantes do grupo de pesquisa).

A rigor, o papel do trabalho, enquanto determinante do processo saúde-doença, deve ser considerado em qualquer ponto da rede de atenção à saúde. Em cada nó de rede ou ponto de atenção, o trabalhador que demanda o serviço deve ser reconhecido como tal e deve ser considerada sua inserção no processo produtivo, ou seja, a possibilidade ou o modo como seu trabalho afeta sua saúde. (DIAS; RIBEIRO, 2011).

A anamnese ocupacional é a etapa de coleta de informações de fundamental importância para que situações de sobrecarga do sistema musculoesquelético sejam identificadas. Os relatos dos pacientes costumam ser ricos em detalhes, propiciando a caracterização das condições de trabalho em boa parte dos casos. Devem chamar a atenção às atividades operacionais que envolvam movimentos repetitivos, jornadas prolongadas, ausência de pausas periódicas, exigência de posturas desconfortáveis por tempo prolongado, exigência de produtividade, exigência de força muscular, identificação de segmentos do corpo com sobrecarga e maior grau de exigência, ritmo intenso de trabalho, ambiente estressante de cobranças de metas e falta de reconhecimento profissional, além da constatação da existência de equipamentos e instrumentos de trabalho inadequados. (BRASIL, 2012).

A necessidade dessa atribuição também é mencionada na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora instituída pela Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que tem como um de seus objetivos assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde. A Secretaria de Saúde de Minas Gerais também coloca que os Serviços de Especialidades realizam a identificação e registro da situação de trabalho, ocupação e o ramo de atividade econômica do usuário e identificação da relação entre a queixa ou doença apresentada pelo usuário e o trabalho, favorecendo o

diagnóstico correto e condutas terapêuticas adequadas, incluindo a orientação ao trabalhador sobre sua situação de saúde e a relação com o trabalho, procedimentos de proteção e prevenção, direitos trabalhistas e o encaminhamento à Previdência Social, no caso de o trabalhador ser segurado. (MINAS GERAIS, 2012).

Diante desse fato enfatizamos a necessidade de uma anamnese ocupacional detalhada, baseada na investigação de toda história do trabalhador, essa informação será fundamental para uma melhor condução do segmento adequado para esse trabalhador. É importante considerar as queixas clínicas, o início e a evolução, os casos semelhantes descritos em literatura (no mesmo ramo de atividade econômica ou entre pacientes das mesmas empresas), além das características da organização de trabalho e dos fatores de risco existentes.

O estabelecimento de nexo entre as condições de trabalho e o quadro clínico não é exclusividade de nenhum profissional em especial. Quando há condições de se estabelecer a relação entre o trabalho e o quadro clínico, deve-se fazê-lo. Nos casos mais complexos, é atribuição dos órgãos de vigilância e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Colocamos como atribuição da atenção especializada a realização de acolhimento, diagnóstico, tratamento e solicitação de exames complementares aos trabalhadores com LER/DORT.

O que agente faz é acolher, diagnosticar e tratar o usuário (...) e casos necessite agente também pede exames para auxiliar no fechamento do diagnóstico e melhor condução do caso. (Participantes do grupo de pesquisa).

A atenção especializada deve prestar uma assistência de qualidade, acompanhamento e, se necessário, encaminhamento para níveis mais complexos de cuidado, garantindo a continuidade do tratamento e a reabilitação.

Esperamos de um especialista o seu conhecimento especializado e a sua experiência. O protocolo de dor relacionada ao trabalho do Ministério da Saúde coloca que se espera dos especialistas uma avaliação clínica bem feita, assim como a realização de exames complementares necessários, escolhidos de forma criteriosa. A simples realização de um rol de exames para “descartar” qualquer problema não é uma conduta adequada, ressaltando-se que os exames complementares sempre devem ser avaliados à luz da clínica. O protocolo ainda coloca que caso necessite um diagnóstico mais preciso é importante a realização de exames complementares como ultrassonografia, radiografia e ressonância magnética. (BRASIL, 2012).

Após o diagnóstico clínico, geralmente, o paciente é encaminhado a algum centro de reabilitação, onde passará por outra avaliação (seja por parte da fisioterapia, ou por parte da terapia ocupacional ou mesmo de um psicólogo, dependendo da necessidade de cada indivíduo) onde dependendo da sua lesão e do estágio em que se encontra iniciará o tratamento adequado sempre com o propósito final de retornar a sua atividade ocupacional. (RANGEL; MEDEIROS, 2008).

A reabilitação física do trabalhador apareceu como uma atribuição específica para o Centro de Reabilitação, que se encontra dentro da atenção especializada. O grupo colocou como atribuição a realização de reabilitação física dos trabalhadores doentes.

Não podemos esquecer que realizamos a reabilitação física desse trabalhador, é uma etapa fundamental para que ele possa voltar a exercer suas atividades normalmente. (participantes do grupo de pesquisa).

Devemos informar o passo a passo da reabilitação, no caso da fisioterapia. Outra forma é trabalhar com grupos de trabalhadores. (...) Mas também devemos conscientizar o trabalhador também da importância do auto cuidado e mudanças de hábitos, pois a doença chega a afetar o emocional (...) sendo assim deve-se pensar em reabilitar a pessoa como um todo. (participantes do grupo de pesquisa).

A reabilitação física através da fisioterapia é primordial para o tratamento dos pacientes com LER/DORT, tendo como objetivos principais o alívio da dor, o relaxamento muscular e a prevenção de deformidades, proporcionando uma melhoria da capacidade funcional. Não é possível padronizar o tipo nem a duração do tratamento. A presença ativa do fisioterapeuta, de um terapeuta ocupacional ou de um psicólogo é fundamental para uma avaliação contínua da evolução do caso e para mudanças de técnicas ao longo do tratamento. A utilização de grupos terapêuticos para pacientes crônicos, com abordagem de temas como percepção corporal, automassagem, alongamento e relaxamento, tem se mostrado eficiente na reabilitação física desses pacientes. (BRASIL, 2012).

Acreditamos que, no tratamento fisioterapêutico, a abordagem em grupo também poderia potencializar os efeitos dos recursos físicos utilizados, acentuando a melhora do quadro clínico dos pacientes. (SIQUEIRA; QUEIROZ, 2001). Segundo Mendes e Lancman (2010) as atividades em grupos complementando os procedimentos terapêuticos com pacientes com LER/ DORT têm sido utilizadas desde o início dos anos 1990. Elas têm possibilitado que os trabalhadores acometidos saibam lidar de forma mais autônoma com o seu quadro clínico e com as limitações associadas, que eles modifiquem sua forma de trabalhar e de realizar as atividades de vida diária e que também possam amenizar o

sofrimento advindo da doença e da culpabilização a eles atribuída pelo adoecimento do qual são vítimas.

As atividades em grupo para pacientes com LER/DORT, de caráter terapêutico educativo, realizadas nos serviços públicos de saúde por equipes multiprofissionais, têm obtido resultados significativos, permitindo a reflexão do processo de adoecimento, a discussão sobre as dúvidas e as dificuldades enfrentadas no estabelecimento do diagnóstico e do tratamento, proporcionando o estabelecimento dos limites e o resgate da cidadania. (BRASIL, 2012).

Outra atribuição relatada pelos participantes foi identificar a relação entre o trabalho e o adoecimento do usuário, com decorrente notificação da doença no SINAN e o preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes. Podemos observar nos relatos:

É importante investigar durante a anamnese se o caso é LER/DORT, para notificar o caso se for confirmado. (Participantes do grupo de pesquisa).

Além de identificar, devemos também notificar a doença. (participantes do grupo de pesquisa).

O especialista ainda pode ter duvida se é LER/DOTR ou não, mas existem casos que são óbvios e que também não tem médico na empresa, nesse caso tem que notificar junto ao INSS preenchendo o anexo da CAT.(participantes do grupo de pesquisa).

A etiologia dos casos de LER/DORT é multifatorial, por isso é importante analisar os vários fatores de risco envolvidos direta ou indiretamente. O conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso. (BRASIL, 2012).

Diferentemente do que ocorrem com doenças não ocupacionais, as doenças relacionadas ao trabalho têm implicações legais que atingem a vida dos pacientes. O

reconhecimento é regido por normas e legislação, conforme a finalidade. Como dito anteriormente as LER/DORT esta caracterizada como uma doença que deve ser notificada pelo SUS e a notificação não há implicações diretas para o paciente, pois a finalidade é a notificação para prevenção de novos casos de agravamento dos já existentes e organização de serviços e especialidades necessárias, por meio de intervenções nas áreas de assistência, vigilância e planejamento.

Rangel e Medeiros (2008) colocam que quando ocorre um acidente, a empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social, através da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade policial competente. O acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria, deverão receber cópia fiel da CAT. (RANGEL; MEDEIROS, 2008).

Os casos notificados ao SINAN devem estar acompanhados da CAT emitida, caso o trabalhador tenha vínculo empregatício vigente, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e seja segurado do Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), do INSS, sendo que o médico assistente ou o serviço de saúde pode abrir a CAT ou fazer essa solicitação ao empregador, inclusive na suspeição, conforme está previsto no artigo 169 da CLT, na Instrução Normativa nº 98 do INSS e na Resolução nº 1.488/98 do Conselho Federal de Medicina. (BRASIL, 2012).

Pignati, Maciel e Rigoto (2013) ainda complementam as informações a cima relatando que firmando o diagnostico ou suspeita do agravo, cabe ao serviço de saúde além de garantir o tratamento providenciar a notificação junto a previdência social, mediante a emissão da CAT e junto ao SUS por meio da notificação no SINAN.

Orientar o trabalhador adoecido sobre como melhor realizar suas atividades de vida diária (AVD) e o autocuidado também foi uma das atribuições referidas pelo grupo.

É necessário orientar o trabalhador com LER/DORT quanto a conscientização sobre o autocuidado e as atividades da vida diária. (Participantes do grupo de pesquisa).

O trabalhador adoecido também deve se sentir responsável pelo sucesso de sua recuperação, preocupando-se com o cuidado de si mesmo. Os profissionais de saúde tem o dever de orientá-los quanto ao autocuidado e da melhor forma de realização de suas rotinas. As atividades relacionadas com a vida cotidiana, o lazer e o trabalho levam os pacientes a reapropriar suas capacidades e a ressignificar o seu fazer, considerando todas as mudanças decorrentes do adoecimento.

O autocuidado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que diz ao usuário o que ele deve fazer. Significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de auto responsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário. (MENDES, 2012). O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade.

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam. Sendo importante: treinar os profissionais de saúde para que colaborem com os usuários no estabelecimento de metas para o autocuidado, já que implica mudança de prática; instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; utilizar estratégias grupais; procurar apoio por meio de ações educacionais, informações e meios físicos. (MENDES, 2011).

Os participantes da pesquisa abordaram a importância de contra referenciar o trabalhador para fins de continuidade do acompanhamento e tratamento em todos os serviços do SUS como outra atribuição da atenção especializada.

Os serviços especializados devem contra referenciar o trabalhador para um acompanhamento adequado e continuidade do tratamento em todos os serviços da saúde. (Participantes do grupo de pesquisa).

Os instrumentos de referência e contra referência representam importante ferramenta para integração dos serviços de saúde. Para garantir a contra referência adequada necessitamos de um maior diálogo entre profissionais da Atenção Primária e Atenção Especializada. Por isso é necessário empreender esforços junto aos demais profissionais da rede quanto à necessidade de garantir a continuidade do cuidado.

Os conceitos de referência e contra referência assumem relevância especial no planejamento dos fluxos assistenciais que o usuário pode percorrer e, consequentemente, na construção das redes de atenção a saúde. A referência representa o maior grau de complexidade tecnológica, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com profissionais especialistas, por exemplo, hospitais e clínicas especializadas. E a contra referência é a informação para o menor grau de complexidade tecnológica, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, pode ser atendida em nível mais primário de atenção, devendo procurar a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. (MAEDA, 2002).

A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região. (BRASIL, 2012).

De acordo com o grupo devem ser realizadas ações de matriciamento entre a atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde.

Essa ação de matriciamento é importante, entendo que seja tipo uma preceptoria onde os profissionais do serviço especializado atendam os casos de LER/DORT de forma compartilhada com os profissionais da atenção primária (...) e se possível acionar também o CEREST. (Participantes do grupo de pesquisa).

Deve acontecer o apoio matricial entre os profissionais da atenção secundária e da primária, através de preceptoria do serviço especializado nos Centros de Saúde. (participantes do grupo de pesquisa).

O apoio matricial deve ser parte fundamental do processo de trabalho das equipes de atenção especializada. Entendemos que seja importante a realização do matriciamento através da discussão dos casos clínicos, bem como momentos periódicos para abordagens temáticas sobre LER/DORT, atendimento conjunto, entre outros. Salientamos que o apoio matricial pode ser uma ferramenta para aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede especializada e os profissionais da APS, favorecendo assim um atendimento mais integral do trabalhador.

Para campos (1999) o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Segundo Campos e Domitti (2007), ao assegurar retaguarda especializada aos profissionais, o apoio matricial altera a lógica tradicional de referência e contrarreferência, com uma oferta horizontal dos serviços. Isso porque o apoio matricial 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 doença. Figueiredo e Onocko-Campos (2009) ainda reforçam que o apoio matricial provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outroza verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares da Atenção Básica.

O CEREST é um ponto de atenção da rede que possui como principal atribuição o matriciamento das ações de saúde do trabalhador. (BRASIL, 2012). Os participantes da pesquisa apontaram como atribuição da atenção especializada, acionar a equipe do CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial.

Pela percepção do profissional que tá ali atendendo o trabalhador muitas vezes é possível detectar que é necessária uma intervenção. Por tanto deve encaminhar o problema para algum órgão competente para tomar as devidas providências (...). Muitas vezes é para o CEREST que encaminhamos ou pedimos apoio. (participantes do grupo de pesquisa).

Devemos também realizar encaminhamento do trabalhador nos casos de dúvida para fechamento de nexos causais para o CEREST se necessário claro (...). Ou então agente chama os profissionais de lá até aqui para nos auxiliar. (participantes do grupo de pesquisa).

O CEREST é nossa retaguarda nas necessidades (...). É importante a integração com toda rede de apoio para evitar referências desnecessárias. (participantes do grupo de pesquisa).

Tanto o Manual da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) quanto o texto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador atribuem ao CEREST o papel de suporte técnico, por meio da metodologia de Apoio Matricial. De acordo com o Manual da RENAST (BRASIL, 2006), os CEREST desempenham função de suporte técnico, de educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. O CEREST deixa de ser porta de entrada do sistema, desenvolvendo função de centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador. Também mantém a atribuição de polo irradiador de ações e ideias de vigilância em saúde na rede SUS. (BRASIL, 2012).

O CEREST pode apoiar os serviços especializados de diversas formas, atendendo esse trabalhador referenciado para auxílio da resolução de seu problema e principalmente através do matriciamento, seja ele através de ações educação permanente, do atendimento compartilhado e do auxílio nos grupos de apoio ao trabalhador. Segundo Campos e Domitti

(2007) o apoiador matricial é um especialista com um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe. Assim, o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e personalizar os sistemas de referência e contra referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio.

Também devem ser estimuladas estratégias que possam contribuir para a formação e educação permanente na temática LER/DORT dos profissionais de saúde, como por exemplo a realização de seminários, cursos e/ou encontros no tema e a inclusão de novos temas de interesse as práticas profissionais nos processos de capacitações. O grupo colocou que a atenção especializada deve incorporar a temática LER/DORT nas estratégias de capacitação e de educação permanente.

Precisamos receber mais capacitações sobre esse assunto, para sabermos como proceder diante de um caso de LER/DORT. (participantes do grupo de pesquisa).

A temática deve ser inserida nos nossos momentos de educação permanente. É importante agente esta sempre se atualizando. (Participantes do grupo de pesquisa).

Acreditamos que a educação permanente na temática LER/DORT pode se concretizar em diversos espaços coletivos do cotidiano dos serviços como em momentos de reuniões da equipe, incluindo a discussão de caso clínico, cursos, entre outros, de forma que possa desencadear processos de reflexão e implicação dos sujeitos com a produção do cuidado integral a saúde.

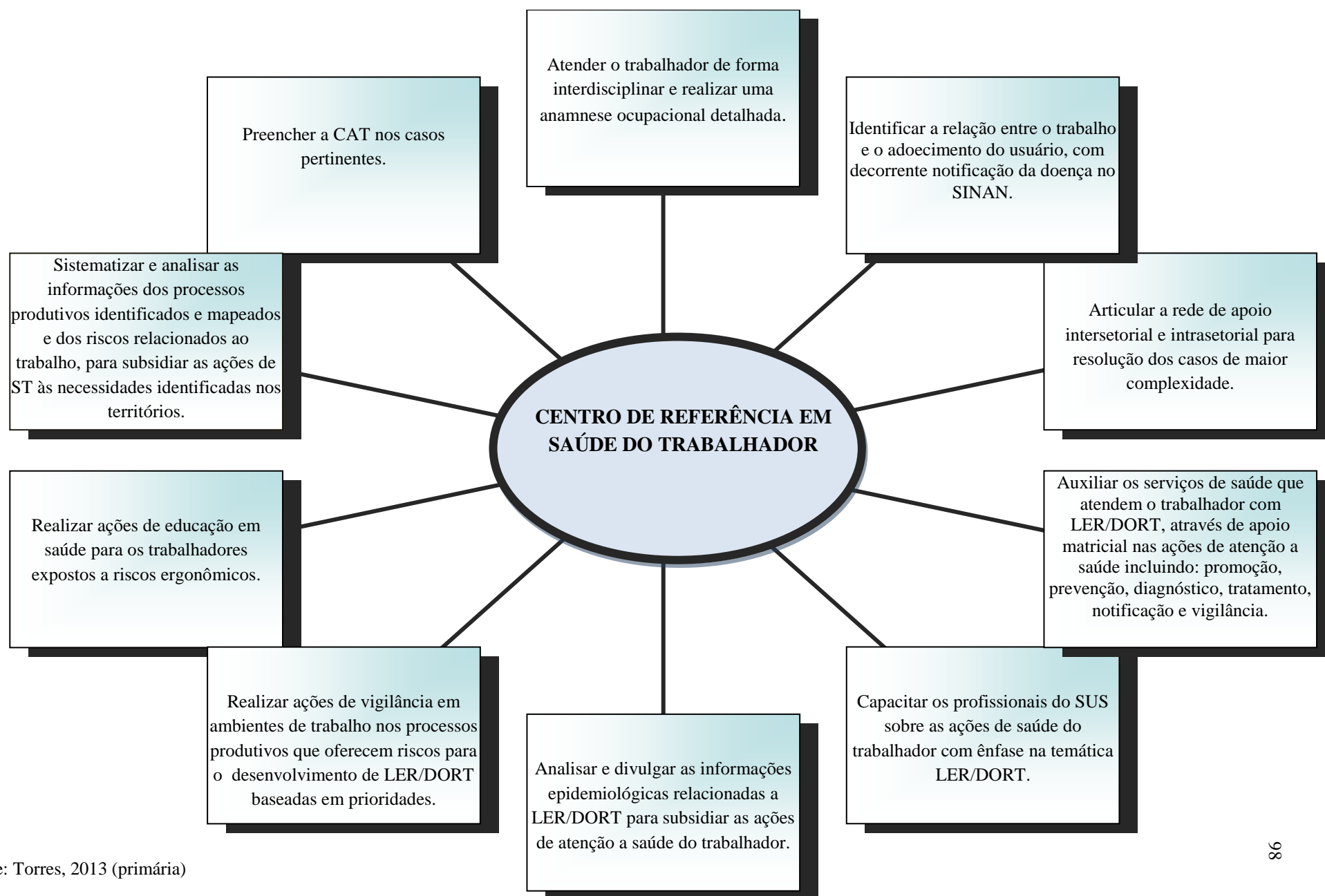
Segundo Dias e Ribeiro (2011) embora os processos de educação permanente devam ser definidos de acordo com as necessidades locais e as dificuldades dos profissionais, é importante que esses processos considerem as prioridades definidas. Para apoiar o cumprimento de metas estabelecidas, como por exemplo, a notificação dos casos, os profissionais precisam ser capacitados para identificar e manejar adequadamente os casos de LER/DORT.

Uma das estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe: inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de

agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde; e capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores. (BRASIL, 2012).

Podemos comparar algumas atribuições que surgiram no nosso estudo com as ações que são colocadas como de responsabilidade da atenção especializada segundo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, destacamos como semelhantes: identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada; suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no SINAN; encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal e incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada (BRASIL, 2012).

Figura 7 – Atribuições dos profissionais do CEREST na atenção ao trabalhador com LER/DORT.



5.2.2.1 Atribuições dos profissionais do CEREST na atenção ao trabalhador com LER/DORT.

A atenção à Saúde do Trabalhador atualmente é operacionalizada pela RENAST que tem como eixo estratégico o CEREST que vem subsidiar as informações em ST e práticas de saúde, por meio de ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde. O CEREST constitui o eixo integrador da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e tem a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do trabalhador. (BRASIL, 2009). As atividades do CEREST devem ser articuladas com os demais serviços da rede do SUS, oferecendo retaguarda para que os agravos à Saúde do Trabalhador sejam atendidos em todos os níveis de atenção, de forma integral e hierarquizada. Tais atividades incluem o acompanhamento e práticas conjuntas e práticas especializadas, ações de vigilância, formação de recursos humanos e outros (BRASIL, 2006).

Nesse sentido cabe aos profissionais do CEREST como apoiadores desse processo ser referência para a rede SUS, ser referência também para receber esse trabalhador para estabelecer a existência ou não da relação causal entre o trabalho e o adoecimento. Nesse sentido o grupo colocou como atribuições para os profissionais do CEREST: Atender o trabalhador de forma interdisciplinar e realizar uma anamnese ocupacional detalhada e identificar a relação entre o trabalho e o adoecimento do usuário com decorrente notificação da doença no SINAN

Precisamos fazer um atendimento diferenciado com uma anamnese ocupacional detalhada pela equipe interdisciplinar. (Participantes do grupo de pesquisa)

É necessário fazer o estabelecimento de nexos causal e notificação no SINAN. (Participantes do grupo de pesquisa).

Os profissionais do CEREST devem estar preparados para estabelecer o nexo causal, sendo fundamental que os profissionais tenham uma visão mais holística do ser humano e principalmente da necessidade de uma atenção individualizada a ser prestada a cada trabalhador.

Para dar uma atenção de qualidade a esse trabalhador o papel da equipe do CEREST é fundamental. A efetiva interação de uma equipe pode dar-se através da articulação das ações e de uma integração dos saberes dos profissionais envolvidos no serviço. Em equipes interdisciplinares, que atuam de forma integrada, ocorre cooperação entre os profissionais provocando intercâmbios reais, nesse contexto A interdisciplinaridade é caracterizada como a possibilidade do trabalho em conjunto na busca de soluções, respeitando as bases disciplinares. (CUTOLO, 2007).

O grupo reforça mais uma vez a notificação. Considera-se que a notificação é o principal instrumento de coleta dados para os sistemas de informação e concretização da prática de vigilância. Porém, na área de Saúde do Trabalhador somente uma pequena parte de atendimentos é registrada nos serviços de saúde e notificada. (IRAZOQUI, 2011). Sabemos da existência da subnotificação, mas destacamos que devemos trabalhar estratégias de superar esse problema. Para o CEREST a notificação será importante para pensar em ações de ST efetivas, pois toda vez que for feito um atendimento ao trabalhador com doença relacionada ao trabalho, se for registrado ou notificado como proveniente do trabalho, já é o início para construir informações epidemiológicas necessárias à coletivização dos problemas e para a construção de ações que as interrompam, evitando, assim, que outros trabalhadores adoecem.

É importante considerarmos que o SINAN é um recurso valioso no aprofundamento teórico-metodológico, uma vez que é a partir desses dados relevantes para a qualificação das políticas de saúde do trabalhador, contribuindo, assim, para a melhoria dos cuidados de saúde e para o controle de exposições de risco ocupacionais aos trabalhadores. Transformar esses dados em informação para nortear o planejamento da saúde em cada território é um constante e instigante desafio para a equipe de Saúde do Trabalhador.

Uma atribuição apontada foi referente ao contato ou encaminhamento dos trabalhadores com LER/DORT para a rede de apoio intersectorial e intrasetorial para resolução dos casos de maior complexidade.

Os casos que o CEREST não consegue resolver, mais complexos, devem ser articuladas as rede de apoio inter e intrasetorial. (Participantes do grupo de pesquisa).

A intersectorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre setores de diferentes governos, atuando na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. (BRASIL, 2006). Ainda, permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, pois as ações resolutivas em saúde, visando à integralidade do cuidado, requerem parcerias com outros setores.

Uma das atribuições do CEREST colocada pelo MS é atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersectoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2012).

Refletir sobre o papel do setor saúde e os desafios da prática intersetorial remete à necessidade de ampliarmos da discussão sobre tal temática. Assim, a proposta de articulação em rede de parceiros será compreendida e serão criadas estratégias que viabilizem a sua aplicação. Para isso é necessário a criação e ampliação de espaços comunicativos, onde os diferentes setores, serviços e organizacionais sociais possam dialogar, no sentido de construir consensos, identificar os problemas e objetivos comuns, planejando e implantando intervenções efetivas. (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Irazoqui (2009) considera a potencialidade do CEREST frente à contenção dos agravos, a organização da rede para absorver os trabalhadores lesionados e reabilitá-los, notificar os problemas, na interlocução com as instituições de ensino para a realização de estudos de grande amplitude, nas ações e apoio de parceiros intra e intersetoriais como a SRT, INSS e vigilâncias e, ainda, nas ações educativas.

Segundo a PNSTT o CEREST tem como função primordial o de dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012). Nesse contexto o grupo também mostrou como atribuição dos profissionais do CEREST auxiliar os serviços de saúde que atendem o trabalhador com LER/DORT, através de apoio matricial nas ações de atenção a saúde incluindo: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, notificação e vigilância.

Continuar com o matriciamento nos serviços de saúde, mas voltado para o trabalhador com LER/DORT é uma grande alternativa para um cuidado mais diferenciado e contínuo. (Participantes do grupo de pesquisa).

Realizar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de ST nos pontos de atenção da rede que atende o trabalhador com LER/DORT. (Participantes do grupo de pesquisa).

Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar..(Participantes do grupo de pesquisa).

Constatamos que o suporte técnico é uma das atribuições dos CERESTs, e vem ao encontro das necessidades dos municípios que necessitam realizar a referência e contrarreferência do trabalhador de forma, integral e hierarquizada, demonstrando traduzir esse suporte técnico pela função de inteligência, acompanhamento e, principalmente, de técnicas conjuntas de intervenção especializada, incluindo as ações de vigilância e formação de recursos humanos (BRASIL, 2006).

De acordo com Santos e Lacaz (2012) 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 sócio ambiental. Diante desse fato torna-se imprescindível que o CEREST fortaleça suas ações de apoio especializado e realize momentos de matriciamento e de Educação Permanente com toda rede SUS.

Dias (2011) acrescenta que o CEREST, na organização da efetivação da Política de Saúde do Trabalhador, deve fazer o matriciamento das ações relativas à área para os demais serviços que compõem a rede SUS. Salientamos que as estratégias de estabelecimento de vínculo, divulgação do processo de trabalho do CEREST, suporte técnico e científico, assim com a intersetorialidade, citadas pelos participantes do estudo, não esgotam, mas contribuem para o processo de matriciamento. A estratégia de matriciamento possibilita um diálogo entre a equipe do CEREST e a rede de serviços do SUS.

Portanto, o matriciamento realizado pelas equipes dos CEREST favorece o aperfeiçoamento do olhar da vigilância da saúde considerando os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários na compreensão dos problemas relacionados ao trabalho, ou seja, leva em conta os múltiplos fatores envolvidos no processo de adoecimento e, também, o cuidado integral aos trabalhadores, de acordo com a gravidade e complexidade do caso, com resolutividade.

Destacamos também no estudo a realização de ações de vigilância em ambientes de trabalho, onde o grupo aponta que os profissionais do CEREST devem realizar tais ações ações de vigilância em ambientes de trabalho nos processos produtivos que oferecem riscos para desenvolvimento de LER/DORT baseadas em prioridades.

Realizar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador de acordo com os ambientes de maior complexidade. (Participantes do grupo de pesquisa).

Devemos realizar ações de vigilância baseado nas prioridades (...). Como ambientes com maior risco, denúncias (...)(Participantes do grupo de pesquisa).

Desde a promulgação da Constituição Federal várias iniciativas foram sendo tomadas para institucionalizar a vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS (VASCONCELLOS, 2007).

De acordo com a Portaria MS/GM nº 3.252/09, a Vigilância da Saúde do Trabalhador (VISAT) tem por objetivo: a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a

integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009).

Quando, com a criação do SUS, a incorporação do campo da saúde do trabalhador surgiu como prática componente da vigilância em saúde emergiu o desafio de se ampliar o olhar sobre as relações saúde-trabalho. Vieira (2009) evidencia que a relação entre trabalho e doença é um processo complexo e dinâmico e que as ações de vigilância em saúde dos trabalhadores podem contribuir com a redução da morbimortalidade deste segmento de trabalhadores, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.

Segundo Tambelline (1998) o ambiente de trabalho, novas tecnologias e novas relações de trabalho trazem valores, hábitos diferentes e introduzem riscos tecnológicos, de natureza física, química, biológica, mecânica, ergonômica e psíquica, os quais, de forma simplificada, podem causar acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. O CEREST busca trabalhar estratégias de promoção, proteção da Saúde dos Trabalhadores e a organização e prestação de assistência aos mesmos. Para atingir essas estratégias entendemos que são necessárias ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho.

O grupo mostra que as ações de intervenção em ambiente de trabalho devem buscar a compreensão das relações entre o trabalho, seus riscos a saúde. As ações de VISAT realizadas pelo CEREST contribuirão para fins de promoção e prevenção da saúde e da assistência, incluindo o diagnóstico, o tratamento, e a reabilitação.

As ações de VISAT subsidiam o planejamento e a atenção em saúde para a melhoria das condições de vida e saúde da população trabalhadora. De acordo com o Ministério da Saúde, a VISAT não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo, mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações e estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde (BRASIL, 2002).

Uma das principais necessidades da área da ST é o investimento em ações de educação em saúde. O grupo apresenta como atribuição da equipe do CEREST realizar ações de educação em saúde para os trabalhadores expostos a riscos ergonômicos.

Apoiar os ambientes de trabalho na implementação ações de educação em saúde na temática LER/DORT. (Participantes do grupo de pesquisa)

Realizar atividades educativas pra os trabalhadores expostos a riscos ergonômicos.
(Participantes do grupo de pesquisa).

Os profissionais que atuam no CEREST não podem ver os trabalhadores somente a partir do agravo já instalado, restando-lhe a assistência e a busca da reabilitação, isso é importante, mas não é tudo. Do ponto de vista da determinação social da doença, deve ser considerada a historicidade dos agravos e a visão epidemiológica, ou a relação de determinadas profissões com problemas recorrentes. Acreditamos que este é um ponto fundamental, pois a partir desse conhecimento poderemos lograr ações de prevenção e promoção da saúde, sociais, educativas e políticas, frente aos problemas diagnosticados.

A Portaria nº 2.728, de certa forma, aponta na direção da integralidade ao preconizar a implantação das ações de promoção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador na rede SUS, inclusive indicando o estabelecimento de instrumentos que possam favorecer a integralidade. (BRASIL, 2009).

Para que os trabalhadores mantenham-se no controle de suas condições de saúde a intervenção primária torna-se uma estratégia importante sendo imprescindível discutir sobre o ambiente de trabalho e a que riscos estão expostos esses trabalhadores, bem como as formas de enfrentamento da doença.

Cordeiro *et al.* (2005) indica a necessidade de se investir mais em ações educativas/ preventivas, não somente nas empresas, mas também em instituições de formação.

Outra atribuição apresentada foi analisar e divulgar as informações epidemiológicas relacionadas a LER/DORT para subsidiar as ações de atenção à saúde do trabalhador.

Devemos elaborar estratégia de divulgação das informações epidemiológicas.
(Participantes do grupo de pesquisa).

Levantamento, monitoramento de dados epidemiológicos dos casos de LER/DORT para subsidiar as ações de intervenção. (Participantes do grupo de pesquisa)

O grupo coloca que os profissionais do CEREST devem dar suporte técnico para o levantamento dos dados epidemiológicos para o acompanhamento e análise das informações sobre Saúde de Trabalhador, subsidiando as ações de intervenção. Dias e Ribeiro (2011) também destacam que o conhecimento da realidade de saúde dos trabalhadores é essencial para o planejamento e gestão da atenção integral de modo a definir prioridades, organizar e viabilizar as intervenções. Nesse sentido, a informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, o acompanhamento e a avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de fatores de risco e doenças.

Leão e Vasconcelos (2011) destacam que os CEREST que possuem atividades de vigilância bem estruturadas são definidas por critérios epidemiológicos, baseadas no cadastro de atividades produtivas e indicadores de morbi-mortalidade com acompanhamento das mudanças introduzidas nos processos de trabalho.

Acreditamos que a partir da disponibilização dos dados epidemiológicos poderão ser construídas estratégias de ações transformadoras. Sabermos de que adoecem e de que morrem os trabalhadores é essencial para o conhecimento da realidade de saúde, para o planejamento das ações e das estratégias de intervenção. Irazoqui (2011) acredita que a quem mais interessa estas informações são os trabalhadores, que, organizados, podem ser os sujeitos significativos dos processos de mudanças qualitativas da organização do trabalho. Ademais, os dados epidemiológicos são de interesse público, então necessitam ser disponibilizados à sociedade.

Sendo assim, para atender as atribuições conferidas pela legislação, os CEREST podem disponibilizar informações atualizadas de sua área de abrangência, no mínimo contendo: mapa de risco; mapa de acidente de trabalho; perfil e indicadores sociais; econômicos e de desenvolvimento; perfil populacional economicamente ativo; perfil de morbimortalidade; informações ambientais; entre outros (BRASIL, 2006).

Sistematizar e analisar as informações dos processos produtivos mapeados e dos riscos identificados, para adequar as ações de ST às necessidades identificadas no território.

Devemos sistematizar as informações coletadas pela APS através do mapeamento do perfil produtivo, para auxiliar nas ações de ST de acordo com as necessidades de cada território. (Participantes do grupo de pesquisa).

O mapeamento possibilita que as ações de atenção, proteção e vigilância possam ser priorizadas pelas equipes dos CEREST e se estruturarem no contexto territorial para definir problemas e prioridades a partir do reconhecimento das atividades produtivas e ocupacionais e das necessidades de saúde dos grupos de trabalhadores. Facilita também o direcionamento das ações de ST a serem realizadas pela APS através do matriciamento baseados nas necessidades identificadas.

As ações de matriciamento desenvolvidas pelas equipes da área da Saúde do Trabalhador incluem a discussão de casos e apoio no desenvolvimento do plano terapêutico adequado, elaboração do mapa de atividades produtivas do território e eleição de prioridades considerando o perfil epidemiológico dos trabalhadores, suporte técnico nas investigações dos agravos relacionados ao trabalho, orientações e capacitações permanentes (SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011).

Santos e Rigotto (2011) colocam a importância do mapeamento do perfil produtivo, e enfatizam que o diagnóstico permite apreciar o conjunto que as atividades conformam e a pressão que elas exercem sobre a capacidade de suporte do ambiente e grupos de trabalhadores. Os autores ainda apresentam que e depois de identificados os riscos ocupacionais é preciso conhecer quem são os expostos a eles dentro e fora da empresa e os elementos que compõem sua vulnerabilidade para propor estratégias de redução.

Mais uma atribuição apresentada foi a de capacitar os profissionais do SUS sobre as ações de saúde do trabalhador com ênfase na temática LER/DORT.

Assessorar a incorporação da temática saúde do trabalhador com destaque para LER/DORT nos demais processos de capacitação profissional da rede do SUS. (Participantes do grupo de pesquisa).

Apoio à capacitação dos profissionais de saúde sobre as LER/DORT. (Participantes do grupo de pesquisa).

O CEREST, enquanto estrutura de apoio técnico especializado para todos profissionais, tem um importante papel a desempenhar na capacitação dos serviços componentes da rede SUS.

Irazoqui (2011) coloca que rede de saúde pública precisa se adequar, se reorganizar para fazer saúde e não apenas tratar de doentes e doenças, e enfatiza que é preciso investir em ações de educação permanente em saúde. A autora ainda registra a necessária atuação do CEREST na formação dos profissionais da saúde, para que estes possam desenvolver os instrumentos de registros dos agravos à Saúde dos Trabalhadores e o seu fluxo resolutivo tanto no nível primário (rede básica), secundário (especialidades), terciário (atendimento hospitalar) quanto nos serviços de urgência e emergência.

A PNSTT ainda reforça essa atribuição ao colocar que cabe aos CEREST no âmbito da RENAST desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. (BRASIL, 2012a).

O CEREST em parceria com outras instituições de ensino e pesquisa permite ampliar e potencializar os processos de qualificação profissional e a produção de conhecimentos em momentos de educação permanente a preparação de material pedagógico e instrumentos de trabalho, para efetivamente apoiar o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS.

A última atribuição apresentada foi referente ao Preenchimento da CAT nos casos pertinentes.

Devemos preencher a CAT nos casos em que houver necessidade. (...) Onde a empresa negar ou o sindicato não realizar (...). (Participantes do grupo de pesquisa)

Não podemos esquecer a importância da CAT, ainda é uma obrigação dos serviços de saúde que atendem o trabalhador realizar seu preenchimento, destacamos a parte do anexo dela que é de responsabilidade médica. Enfatizamos que CAT ainda é um documento que instrumentaliza o trabalhador, vítima de acidente ou doença, na garantia de alguns direitos trabalhistas e previdenciários.

A CAT, como instrumento de comunicação no âmbito da Previdência Social, deve ser preenchida, a primeira parte, pela empresa. Segundo o art. 336 do Decreto N.º.048/1999, na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo, nestes casos, o prazo previsto neste artigo. (BRASIL,1999).

Do ponto de vista da vigilância epidemiológica e dentro da perspectiva da saúde dos trabalhadores destacamos várias formas de investigação de acidentes de trabalho, entre elas evidenciamos a emissão da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). A emissão da CAT, além de se destinar para fins de controle estatístico e epidemiológico, visa principalmente, a garantia de assistência acidentária ao empregado junto ao INSS. (BRASIL, 1999).

Dentre os objetivos do CEREST enumeramos os conhecimentos da realidade sanitária da população trabalhadora e de seus perfis históricos, dos riscos e cargas de trabalho, das novas formas de adoecer e morrer no trabalho; e a intervenção sobre os fatores determinantes de agravos, eliminando-os, atenuando-os ou controlando-os, por meio da fiscalização e da negociação coletiva, subsidiando decisões nas esferas do governo, para o estabelecimento de políticas públicas e aprimoramento das normas legais. Entre os objetivos está, ainda, a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos para a área. (VASCONCELLOS; ALMEID; GUEDES, 2010).

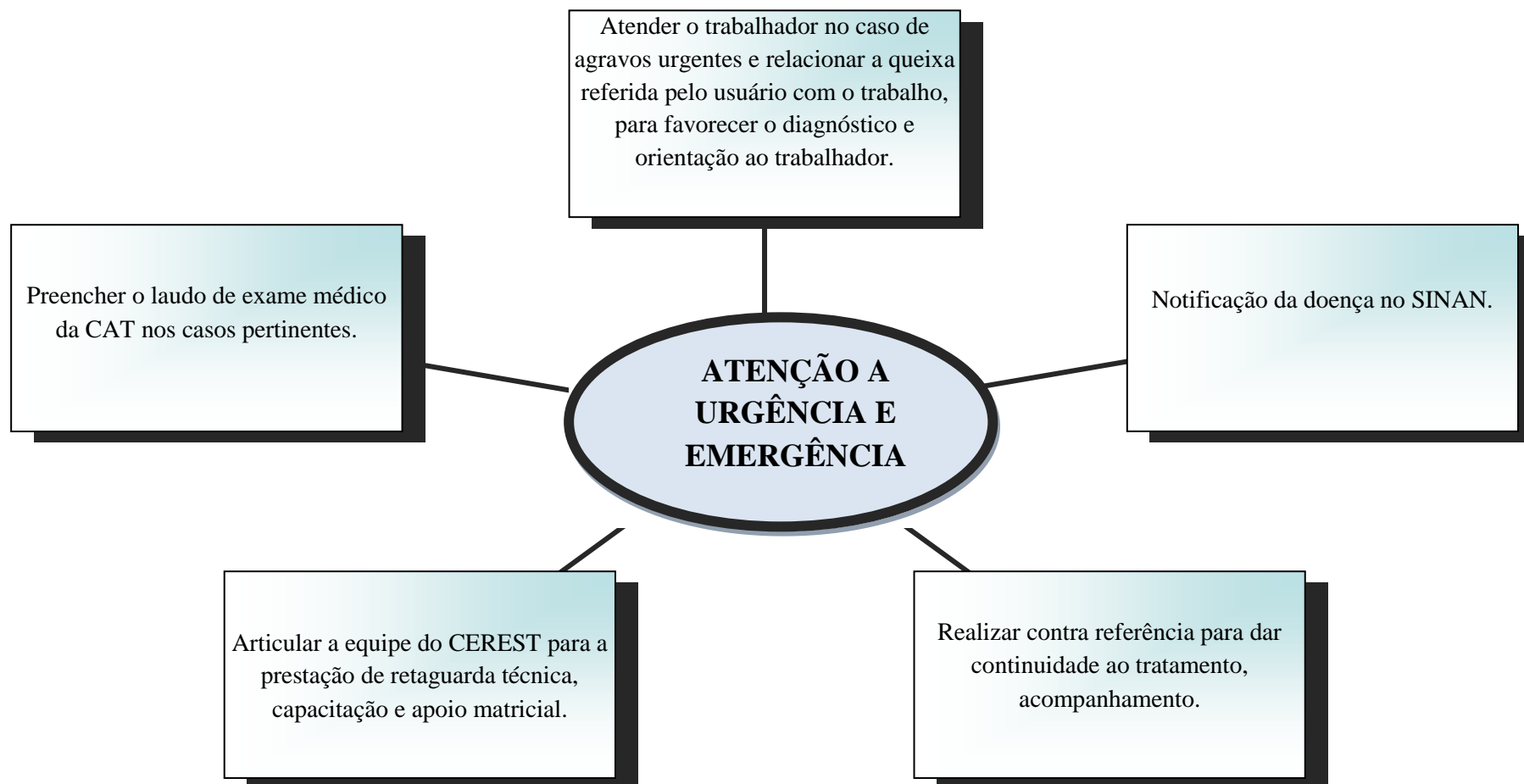
5.2.3 Atribuições dos profissionais da Atenção a Urgência e Emergência na atenção ao trabalhador com LER/DORT

Para a saúde do trabalhador devem ser reconhecidos os seguintes princípios funcionais os de prevenção e promoção, adaptação e ajustamento das condições de trabalho para o trabalhador, reabilitação, serviços curativos e de resposta aguda que inclui os primeiros socorros e os de emergência. Na atenção a Urgência e Emergência, encontramos as unidades de saúde que atendem os trabalhadores em crises mais complexas de dor. A figura 11 mostra a

descrição das atribuições da Atenção a Urgência e Emergência apresentadas pelo grupo de pesquisa para garantir a atenção ao trabalhador com LER/DORT.

Segundo Ministério da Saúde, com relativa frequência, os pacientes com LER/DORT procuram a Rede de Urgência e Emergência em crises de dor. Com diferentes tempos de evolução geralmente insidiosa, os pacientes apresentam dores que atingem um ou dois membros superiores, de forte intensidade, o controle não é obtido por manobras habitualmente feitas, tais como uso de medicações analgésicas ou anti-inflamatórias, compressas quentes, interrupção da atividade laboral, automassagens, manobras de alongamento e/ou relaxamento (BRASIL, 2012b).

Figura 8 – Atribuições dos profissionais da Urgência e Emergência na atenção ao trabalhador com LER/DORT.



Fonte: Torres, 2013(Primária)

O grupo apontou como uma das atribuições da rede de atenção a urgência e emergência o atendimento ao trabalhador no caso de agravos urgentes e relação a queixa referida pelo usuário com o trabalho para favorecer o diagnóstico e orientação ao trabalhador, como podemos observar nos relatos:

É importante identificar o trabalho do usuário durante o atendimento, para podermos associar o que é(...) e fechar um diagnóstico. (...) É necessário oferecer uma assistência de qualidade ao usuário com dor relacionado ao trabalho. (Participantes do grupo de pesquisa).

Nós atendemos de vez em quando trabalhadores com dor relacionada ao trabalho, eles procuram mesmo agente, mas é necessário orientar também esse trabalhador.(Participantes do grupo de pesquisa).

Já atendemos sim vários usuários com dor, e provavelmente LER/DORT quando eles estão nas ultimas procuram a emergência para aliviar a dor. Quando o usuário é atendido e dá tempo, agente orienta também como melhorar do seu problema. (Participantes do grupo de pesquisa).

O grupo mencionou que é importante relacionar a queixa referida do usuário com ao trabalho como comum a toda rede que atende o trabalhador. Mais uma vez enfatizamos a necessidade de se associar a queixa do usuário ao trabalho que o mesmo desempenha. O fechamento do nexos causal na Saúde do Trabalhador é uma ação de que direciona para a notificação do caso, e assim possibilita a visualização do perfil de morbidade desses trabalhadores, além disso, direciona uma conduta adequada e o tratamento do caso. Segundo Santos (2010) o estabelecimento da relação adoecimento e trabalho subsidia as investigações e aprofundamento dos estudos sobre as doenças ocupacionais, com posterior escolha das prioridades e frentes possíveis de intervenção.

A portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, estabelece como ação de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência a identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes estaduais e municipais.

Rangel e Medeiros (2008) enfatizam que o diagnóstico de LER/DORT é essencialmente clínico e baseia-se na história clínico ocupacional, no exame físico detalhado, nos exames complementares, quando justificados, e na análise das condições de trabalho responsáveis pelo aparecimento da lesão. Devemos entender como o vínculo de causa-efeito entre afecção de uma unidade motora e a solicitação excessiva e/ou em relação com as condições desfavoráveis do trabalho, ou seja, a produção, desencadeamento ou agravamento da afecção pelo trabalho (RANGEL; MEDEIROS, 2008).

Os participantes colocaram como atribuição do serviço de urgência e emergência a identificação da relação entre o trabalho e o adoecimento do usuário, com decorrente notificação da doença no SINAN, assim como preencher o laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes.

Apesar da falta de tempo agente sabe que deve ser feito a notificação, para identificar de onde estão vindo os casos para o serviço competente poder intervir. (Participantes do grupo de pesquisa).

Agente preenche a CAT nos casos de acidente de trabalho, mas nos casos de LER/DORT nunca preenchemos, mas pensando bem (...) se não ficar dúvidas da doença, o anexo pode ser preenchido também por nós. (Participantes do grupo de pesquisa).

Devemos notificar a doença no SINAN e emitir a CAT. (Participantes do grupo de pesquisa).

Os pontos de atenção às urgências e emergências também constituem um serviço importante que pode identificar os trabalhadores com LER/DORT, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde. Como colocado pelo grupo os trabalhadores com dor acabam procurando esses serviços para minimizar o sofrimento. Apesar da falta de tempo como colocado pelos participantes, a demanda dos serviços de emergência é grande, porém os profissionais não descartaram a possibilidade da notificação tanto pelo SUS através do SINAN, quanto pela Previdência Social através da CAT. Enfatizamos que notificação está mais concentrada na rede de serviços sentinela, mas é importante que aconteça em toda rede de serviços do SUS, pois só assim teremos um real diagnóstico da situação dos trabalhadores.

Estes serviços devem estar preparados para reconhecer o usuário enquanto trabalhador e prestar assistência de qualidade e com resolutividade; estabelecer a relação do agravo com o trabalho e notificá-lo à vigilância epidemiológica e à vigilância em Saúde do Trabalhador, além de orientar o acesso do trabalhador à Previdência Social, no caso de este for segurado (DIAS; RIBERO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a notificação é importante porque os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são evitáveis e passíveis de prevenção. Além disso, é possível identificar o motivo pelo qual os trabalhadores adoecem ou morrem, associando esses dados aos ramos de atividade econômica e aos processos de trabalho, para que possam ser feitas intervenções sobre suas causas e determinantes. Tais intervenções são feitas a partir da elaboração de estratégias de atuação nas áreas de promoção e prevenção, controlando e enfrentando, de forma integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva relacionados com o trabalho (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde coloca que no contexto dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho deve ser feito o preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes (BRASIL, 2012).

Realizar contra referência para dar continuidade ao tratamento, acompanhamento foi outra atribuição discutida pelo grupo.

Os pacientes com LER/DORT devem ser atendidos principalmente pelas equipes do PSF, então depois que agente atende, agente volta o usuário para lá fazendo um encaminhamento. (Participantes do grupo de pesquisa).

Devemos contra referenciar o usuário, pois ajuda os profissionais da ponta a saberem o que aconteceu depois do atendimento e na melhor condução do acompanhamento. (Participantes do grupo de pesquisa).

Segundo a PNSTT os serviços de urgência emergência devem realizar encaminhamento dos casos para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal (BRASIL, 2012). Após a assistência de pronto-atendimento nos serviços de emergência prestada ao caso, deve ocorrer um encaminhamento para a investigação e os procedimentos adequados à Rede de Atenção Básica. Os gestores devem prever que isso ocorra e devem desenvolver instrumentos de referência dos pronto-atendimentos na Rede Básica (BRASIL, 2012).

Considerando as portas de entrada no sistema de saúde a Atenção Primária à Saúde e os serviços de Urgência e Emergência é essencial o estabelecimento dos fluxos de referência para os serviços de maior densidade tecnológica, garantindo a contra referência para a Atenção Primária à Saúde, responsável pelo acompanhamento dos usuários na rede de cuidado. (DIAS; RIBEIRO, 2011).

Segundo Cecilio e Mehry (2003) a forma mais tradicional de se pensar o hospital no sistema de saúde é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. O grupo de pesquisa coloca que os trabalhadores com a doença procuram o serviço de urgência com dor como já foi mencionado anteriormente e que as unidades hospitalares acabam atendendo esses usuários, mas também colocam que para essa continuidade do cuidado este trabalhador deve ser contra referenciado. Nesse sentido o hospital pode contribuir para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra referência após realizar o atendimento.

É preciso romper com a lógica do hospital como espaço exclusivo de e para cura e reconhecê-lo enquanto copartícipe e corresponsável pelo processo de mudança das condições de vida da população. Assim, dois instrumentos mostram-se como imprescindíveis para

assegurar a recomposição das práticas neste espaço: o mecanismo de referência e contrarreferência e a articulação intersetorial como importantes para uma prática integral na rede assistencial (BONFADA *et al.*, 2012).

Os participantes abordaram como outra atribuição do serviço de urgência e emergência articular a equipe do CEREST para a prestação de retaguarda técnica, capacitação e apoio matricial.

É preciso apoio e capacitação das equipes dos serviços de Urgência e Emergência para agente saber abordar e conduzir da melhor maneira o paciente com LER/DORT. (Participantes do grupo de pesquisa).

Capacitação da rede e urgência e emergência pela equipe do CEREST. (Participantes do grupo de pesquisa).

Como ações da rede de urgência e emergência, a PNSTT coloca a articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS e incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2012).

Mais uma vez encontramos semelhança entre o que é colocado pelo Ministério da Saúde com o que o grupo colocou, mostrando que as ações colocadas na Política não diferem das atribuições apresentadas pelo grupo.

Segundo Dias e Ribeiro (2011) é importante incorporar conteúdos de Saúde do Trabalhador na capacitação e educação permanente das equipes das unidades e serviços de Urgência e Emergência, hospitalar e pré-hospitalar, além de garantir suporte técnico e matricial. O CEREST, enquanto apoiador matricial deve oferecer esse suporte à rede de serviços prestando uma retaguarda assistencial e apoio para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde.

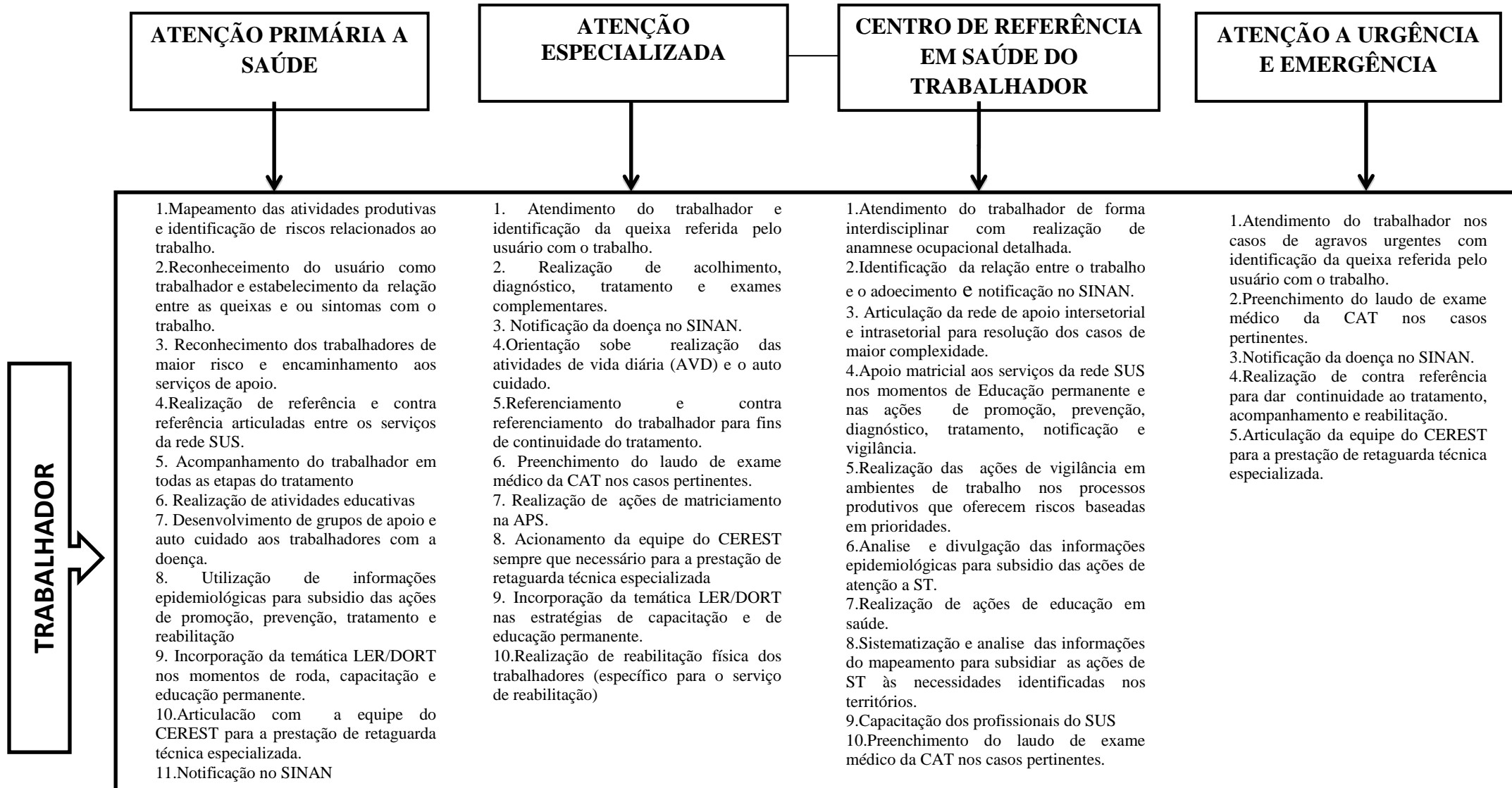
5.3 Síntese da linha de cuidado da atenção ao trabalhador com LER/DORT

O grupo apontou o itinerário diagnóstico e terapêutico a ser percorrido pelo trabalhador no sistema de saúde e que expressa a organização do cuidado à saúde do trabalhador pretendida. Essa linha de cuidado foi apresentada pela rede do sistema Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, incluindo o CEREST e Atenção a Urgência e

Emergência e também pelas as principais atribuições a serem desenvolvidas pelos profissionais dos serviços que atendem esse trabalhador.

A figura 12 apresenta a linha cuidado adaptada do fluxograma descritor de Franco e Merhy (2003), uma representação gráfica que mostra o percurso seguido pelo trabalhador desde a sua entrada nos serviços, os fluxos da produção da assistência e a síntese das atribuições dos profissionais serviços da rede de atenção ao trabalhador com LER/DORT, que, para nós, elucida a compreensão acerca da integralidade da atenção em saúde, dentro do sentido apresentado por Mattos (2004) quando relata em seus estudos sobre integralidade que esta funciona como imagem-objetivo, como uma forma de indicar, mesmo que sinteticamente, as características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que são exercidas neste sistema.

Figura 9 – Síntese da linha de cuidado da atenção ao trabalhador com LER/DORT



Fonte: Torres, 2013(Primária) adaptada do fluxograma descritor de Fanco e Merhy.

A construção dessa linha de cuidado buscou estar sempre articulada com as estratégias do Ministério da Saúde, visando sempre incorporar os novos conceitos e definições sobre atenção à saúde do trabalhador, objetivando o alcance de resultados concretos que melhoram a integralidade da atenção ao trabalhador com LER/DORT.

Destacamos que algumas atribuições surgidas são comuns e desafiadoras nas práticas dos profissionais de saúde, sendo algumas novidades em estudos na área. Encontramos como praticas novas sugeridas as seguintes atribuições para os profissionais da APS: Acompanhar o trabalhador em todas as etapas do tratamento buscando a integralidade da atenção; Desenvolver grupos de auto cuidado e apoio aos trabalhadores com LER/DORT; Realizar atividades educativas com os trabalhadores do seu território de abrangência para auxiliar na prevenção das LER/DORT e utilizar as informações epidemiológicas para nortear as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Na Atenção especializada encontramos: Realizar acolhimento, diagnóstico, tratamento e solicitação de exames complementares aos trabalhadores com LER/DORT; Orientar o trabalhador adoecido sobre como melhor realizar suas atividades de vida diária (AVD) e o auto cuidado e Realizar ações de Matriciamento na APS. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: Atender o trabalhador de forma interdisciplinar e realizar uma anamnese ocupacional detalhada; Analisar e divulgar as informações epidemiológicas relacionadas a LER/DORT para subsidiar as ações de atenção a saúde do trabalhador e Realizar ações de educação em saúde para os trabalhadores expostos a riscos ergonômicos

Todas as atribuições surgidas são de extrema relevância e necessárias para uma atenção digna ao usuário trabalhador. As informações sobre o perfil dos trabalhadores obtidas pelo mapeamento do território e do levantamento do perfil epidemiológico de doenças relacionadas ao trabalho são fundamentais para a equipe planejar suas atividades dar visibilidade aos problemas, permitindo que as questões de saúde do trabalhador entrem na agenda dos profissionais da APS. O acompanhamento do trabalhador é uma oportunidade para reconhecer o usuário como trabalhador e acompanhá-lo pois os problemas de saúde relacionados ao trabalho muitas vezes são complexos e não podem ser resolvidos apenas na APS. Para que a APS possa de fato coordenar o cuidado integral á saúde do usuário trabalhador é fundamental contar com apoio dos outros pontos da rede para garantir o

diagnostico correto, definir e implementar adequadamente o plano de cuidados. Além disso, o trabalhador deve ser orientado quanto a evolução da doença, realização das atividades de vida diária, prevenção de novos danos e seus direitos. A formação de grupos de reabilitação também é de fundamental importância, pois auxilia na condução de um melhor tratamento das LER/DORT. As atividades educativas fazem parte do dia a dia das equipes, estas precisam apenas incorporar a temática ST nas praticas diárias, essas atividades auxiliam no empoderamento do trabalhador por meio do conhecimento e de informações sobre as relações do processo saúde doença relacionados ao trabalho, várias são as ações educativas que podem ser desenvolvidas, dentre elas podemos citar orientações sobre o ambiente de trabalho e seus riscos, orientação sobre a linha de cuidados e fluxos que o trabalhador deve seguir, orientações sobre direitos trabalhistas, sobre o cuidado com o agravo ou a situação de exposição, entre outros assuntos.

Outras atividades que devem ser fortalecidas são as de matriciamento, por tanto se torna essencial garantir o suporte técnico e pedagógico para as equipes da APS pelos serviços de atenção especializada para que elas possam planejar suas atividades, considerando o perfil produtivo e condição de saúde dos usuários trabalhadores. Esse apoio matricial é um desafio, pois é fundamental que os matriciadores se apropriem do cuidado junto com as equipes da APS compartilhando experiências e conhecimentos para construir novas práticas de saúde.

Vale ressaltar que a linha de cuidado busca normatizar todo o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença (FRANCO; FRANCO, 2012; MENDES, 2011). Ela foi desenvolvida tendo as necessidades do trabalhador como o aspecto central para seu fluxo de atendimento e assistência, articulando todos os níveis de atenção integral.

O fluxograma proposto e as atribuições apresentadas servirão como um apoio para a gestão municipal na melhora da garantia da integralidade da atenção ao trabalhador. Porém reconhecemos que só a construção da linha de cuidado não é suficiente para atender o trabalhador em todas suas necessidades, sabemos das dificuldades do sistema de saúde para efetivação dessa linha de cuidado, sem dúvida é um desafio que deve ser superado e precisaremos unir forças para alcançar o sucesso. O que o desejável é a responsabilização de

gestores e profissionais no sentido de se construir um processo de trabalho planejado. Pignati, Maciel e Rigotto (2013) mostram essa dificuldade ao comentarem que no âmbito dos serviços de saúde são raras as experiências que conseguem alcançar este status de atenção integral, articulando a assistência, a reabilitação aos diversos níveis de complexidade de uma atenção verdadeiramente integral de vigilância, prevenção, promoção à saúde dos trabalhadores. Porém os autores colocam que não é impossível e apontam a necessidade de elaborar estratégias para fortalecimento das ações na Saúde do Trabalhador. Colocamos a linha do cuidado do estudo como uma ferramenta para auxiliar na efetivação dessa atenção integral.

Ressaltamos que torna-se necessário não só apontar o fluxo e as atribuições dos profissionais para efetivar essa linha construída pelos participantes, é necessário também que os profissionais de saúde e gestores se apropriem desse material, e que haja uma discussão sobre a melhor forma organizar as ações para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das estratégias e atenção ao trabalhador com LER/DORT.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estruturas da linha de cuidado que subsidiarão os profissionais que compõem a rede de serviços de apoio ao trabalhador com LER/DORT foram apresentadas através da construção do fluxo da atenção desse trabalhador e das atribuições da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Atenção em Urgência e Emergência.

O emprego de tecnologias de gestão como linhas de cuidado pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de garantir a continuidade das ações. Dessa forma, a linha de cuidado proposta demonstra uma possibilidade da garantia da integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde, mostrando o caminho a ser percorrido por um usuário, desde a ESF, passando por diferentes serviços na busca de um leque de cuidados necessários para resolver seu problema de saúde.

Essa linha de cuidado foi construída de forma participativa, baseada na multiplicidade de saberes e conhecimentos e na perspectiva de que os serviços de saúde fossem organizados para garantir o acesso, acolher, identificar e cuidar dos trabalhadores com LER/DORT. As somas de todas as atribuições buscaram atender as necessidades do trabalhador nos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, e cuidados paliativos em todos os pontos de atenção à saúde, buscando construir a responsabilização da rede de serviços de saúde pela integralidade da atenção à saúde do trabalhador. .

Ressaltamos que o caminhar desse trabalhador pela linha de cuidado não deve ser feito de modo impessoal e mecânico onde a responsabilidade dos serviços de saúde e da gestão do sistema seja traduzida, apenas, na garantia de ferramentas de referência e contra referência e sistemas informatizados. Os participantes do grupo de pesquisa destacaram um ponto fundamental que é o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado. Dessa forma, pretendemos que a APS seja capaz de garantir o cuidado contínuo ao trabalhador no Sistema Único de Saúde, fortalecendo vínculos entre a população e os pontos de atenção da rede de serviços. Enfatizamos a importância da criação de dispositivos que ampliem a comunicação entre os profissionais e os serviços de saúde, possibilitando a prestação de ações cuidadoras integrais e resolutivas.

Entre as limitações desse estudo cabe destacar que a linha de cuidado apresentada não pode ser generalizada para todo o País, pois os serviços apresentados nesse estudo possuem contextos distintos da realidade de diversos municípios. Porém, pode funcionar como um modelo que pode ser moldado conforme o contexto município o região à qual se pretende adaptar. Ressaltamos que embora a linha de cuidado seja considerada por alguns autores como um modelo ideal de organização assistencial com vistas à integralidade, ainda se faz necessário a realização de estudos avaliativos que comprovem o impacto desse arranjo organizacional na qualidade da atenção a saúde da população.

Destacamos também que esta linha corre o risco dos fluxos e das atribuições apresentadas serem interrompidas e fragmentadas. A proposta da linha foi construída, mas quem define de fato o perfil desse cuidado são os profissionais que atendem aos usuários e que fazem e decidem como essa linha vai funcionar. Para que essa linha se efetive também é fundamental que ocorra a colaboração entre a gestão, profissionais e usuários. O passo seguinte será implantar e avaliar a linha de cuidado proposta em Sobral. Outros trabalhos futuros podem complementar os resultados encontrados, sobretudo no tocante à necessidade de complementação da efetivação da linha de cuidado.

As discussões para implantação dessa linha de cuidado tiveram início durante a campanha de LER/DORT. Uma das ações da campanha envolveu a apresentação e debate da linha de cuidado durante um momento teórico conceitual com os gerentes dos CSF sobre a temática. Como encaminhamento desse momento foi sugerido a realização de um momento de Educação Permanente sobre LER/DORT para as equipes do CSF onde fosse apresentada a linha de cuidado e trabalhado na APS estratégias para sua efetivação. Acreditamos que esse momento foi um passo fundamental visto que os profissionais da APS é que dialogam com todos os serviços, num cenário de diversidades, criando possibilidades, abrindo caminhos, buscando alternativas e estabelecendo diálogos com os demais serviços do SUS e com a gestão.

Destacamos também o papel da gestão de facilitar o dialogo entre os serviços, suprir e dotar as estruturas com recursos suficientes para essa linha funcionar. Por tanto sugerimos também fazer uma reunião com o Secretario de Saúde, coordenadores e gerentes da gestão municipal e com o conselho municipal de saúde para apresentação da linha de cuidado

e pactuação das ações a serem implementadas para o desenvolvimento e efetivação da linha de cuidado em LER/DORT no município.

O desenvolvimento deste trabalho constituiu-se numa experiência de valorização do trabalho dos profissionais do SUS, pois permitiu o diálogo e possibilitou a identificação de conceitos, instrumentos e saberes que podem auxiliar no desenvolvimento de ações mais resolutivas no que se refere ao cuidado do usuário trabalhador.

Esperamos que este estudo seja utilizado como ferramenta de apoio para garantir uma melhor atenção ao trabalhador com LER/DORT e para a organização do fluxo e fortalecimento das ações de saúde do trabalhador em Sobral. Sabemos que os desafios para efetivação dessa linha de cuidado serão grandiosos, mas também estimulantes e precisam ser enfrentados com compromisso e determinação.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B.; CABRAL, M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do Trabalhador. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v 17, p. 03-10, 2003.

ADELL, C. N.; ECHEVARRIA, C. R.; BENTZ, R. M. B. Desarrollo de competencia en atención primariade salud. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v.26, n.2, 2009.

ALMA-ATA, Declaração. In: **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**, 1978, Alma-Alta, URSS, 1978.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 286-298. fev 2010.

ALMEIDA, R. **Histórias de trabalho: Relações de acidentes e a expressão do processo de trabalho em uma empresa pública**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. 171 p.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção primaria a saúde :estratégia para potencializar a coordenação de cuidados. **Rev.Panamericana de Salud Publica.**, v.29, n.2, p.84-95, 2011.

AMORIM, C. R. *et al.* Acidentes de trabalho com mototaxistas. **Rev Bras Epidemiol**, v.15, n.1, p.25-37, 2012.

ANDRADE, L. O. M. Redes Assistenciais, inteligência epidemiológica e inteligência de gestão para tomada de decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. In: FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.783-836.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C; COELHO, L. C. A. A. Estratégia Saúde da Família e o Sus. In: ROUQUEIROL, Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**.7.ed. Med Book 2013 Rio de Janeiro.

AUGUSTO, V.G. *et al.* Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.12, n.1, p.49-56, 2008.

BARBOSA M.S.A; SANTOS R.M; TREZZA, M.C.S.F A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT) **Revista Brasileira de Enfermagem** , Brasília. 2007 set-out; 60(5):491-6.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n.2, p.555-560, 2012.

BRASIL. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1987.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Portaria do MS n.3.908/98, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 nov. 1998, n.215-E, Seção 1, p.17.

_____. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 182, 20 set. 1990.

_____. **Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 249, 31 dez. 1990.

_____. **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**, 2,1994, Brasília. Anais. [Série D. Reuniões e Conferências]. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 de 1996**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082. Disponível em: <[http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/cns/1996/res0196_10_10_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/cns/1996/res0196_10_10_1996.html)>. Acesso em: 5 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 3.120, de 1o de julho de 1998**. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, n. 124, 2 jul. 1998. Seção 1. p. 36-38.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, n. 215-E, 10 nov. 1998. Seção 1. p. 17-18.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Segurança e Medicina do Trabalho.** Manuais de Legislação. V.16; 44ª ed. ATLAS; 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999.** Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Diário Oficial da União, Brasília, n.221-E, 19 nov. 1999. Seção 1, p. 21-29.

_____. Ministério da Educação (BR). **Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico.** Área Profissional: Saúde. Brasília (DF); 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília. cap. 18. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114). 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.679/GM, 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, Brasília, n. 183, 20 set. 2002. Seção 1. p. 53-56.

_____. Ministério da Previdência Social. **Instrução Normativa n.º 98, de 5 de dezembro de 2003.** Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos-LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho–DORT. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 19 fev 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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.** Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 777/GM, de 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador na rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, n. 81, 29 abril 2004. Seção 1. p. 37-38.

_____. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação.** Brasília (F); 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.125/GM, de 6 de julho de 2005.** Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Diário Oficial da União, Brasília, n. 129, 7 jul. 2005. Seção 1. p. 49.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.437/GM, 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, Brasília, n. 236, 9 dez. 2005. Seção 1. p. 78-80.

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

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador – COSAT. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Manual de Gestão e Gerenciamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde.** – 3. ed. ampl.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Sistematização de Guidelines e Caracterização das Respektivas Linhas de Cuidado.** Produto I - Relatório técnico contendo a análise crítica dos guidelines selecionados e a respectiva sistematização proposta. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.956, de 14 de agosto de 2007.** Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 157, 15 ago. 2007. Seção 1, p. 30.

_____. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde:** contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. Brasil, nov. 2008.

_____. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

_____. **Decreto n.º 6.957, de 9 de setembro de 2009.** Altera o Regulamento da Previdência social, no uso da atribuição pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação no Fator Acidentário de Prevenção - FAP. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 3.252, de 22 de dezembro de 2009.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 245, 23 dez. 2009. Seção 1. p. 65-69.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 216, 12 nov. 2009. Seção 1. p. 75-77.

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

_____. **Decreto federal 7508 de 28 de junho de 2011.** Regulamentação da lei 8080/90. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Aprova a política nacional da atenção básica.** Portaria MG/GM 2488 de 21 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 20 Jan. 2012.

_____. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8080/1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Diário Oficial da União, Brasília, 24 ago. 2012a, p. 46-51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de atenção a saúde do trabalhador.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30546&janela=1. Acesso em: 20 mar 2013.

BRUNO, C.T.S. **A linha de cuidado do idoso nas redes assistenciais de Fortaleza –CE: Visão dos gestores.** 2009 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará Fortaleza, 2009.

BURTON, J.; BUTCHER, F.; WHATMAN, R. **Evaluating the social and economic consequences of workplace injury and illness.** New Zealand : workplace Safety and health, 2002.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: SALTMAN, R.S.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W, editors. **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care.** Berkshire: Open University Press, p. 85-104, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 23, n. 2, p. 399-407. Fev. 2007

CAMPOS, G. V. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2.ed. São Paulo. Hucitec, 2010

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CARDOSO, A. Transições da Escola para o Trabalho no Brasil: Persistência da Desigualdade e Frustração de Expectativa. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, nº 3, 2008, pp. 569 a 616.

CARVALHO, S. R; CUNHA, G. T. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In. GASTÃO, W de S. C. *et.al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**: São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 837-868.

CECÍLIO L.C. O, MERHY, E.E. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate.**, v.22, n.64, p.: 110-22, 2003.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org) **A construção da integralidade: cotidiano: saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 197-210.

CHAGAS, A. M. R.; SALIN, C. A.; SANTOS, L. M. Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Capítulo 3. Ministério da saúde: a institucionalidade da saúde do trabalhador no sistema único de saúde. In: SOUZA, C. A. A.; MACHADO, J. M. H. M. **Saúde e segurança no trabalho no Brasil**. Servo. – Brasília: IPEA, 2011 396 p.

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

CORDEIRO, R. *et al.* O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v.21, n.5, p. 1574-1583, 2005.

CRUZ, D. F.; PRADO, R. L. R.; VALENÇA, A. M. G.; MACHADO, L. S. A Linha do Cuidado em Saúde Bucal no Município de João Pessoa: Uma Análise de Indicadores. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, No 2 291-295, 2011.

CUTOLO, L. R. A. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In: SAUPE, R.; WENDAUSEN. A.L.P. (Orgs.) **Interdisciplinaridade e saúde**. Itajaí: Universidade Itajaí, 2007.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, I. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2006.

DIAS, E. C. **Conceitos e instrumentos facilitadores para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**. Relatório técnico-científico. Belo Horizonte, 2010.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, p.817-827, 2005.

DIAS, E. C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidade e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, E. C. *et al.* Desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no SUS:A estratégia da rede nacional de atenção integral a Saúde do trabalhador(RENAST). *In:* GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L.(org). **Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2011.

DIAS, E. C. (Coord.); RIBEIRO, E. E. N. (Coord.). Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Belo Horizonte, 2011.

DIAS, M. D. A; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 137-148, mar./jun.2011.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. **Saúde do Trabalhador na Atenção primaria a saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; ALMEIDA, M. H. C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.: 15-24.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 137-148,mar./jun.2011.

ELMS, J. *et al.* The perceptions of occupational health in primary care. **Occupational Medicine**, v.55, p.:523–527, 2005. Disponível em: <<http://occmed.oxfordjournals.org>>. Acessado em :12/02/2013.

FACCHINI, L. A. *et al.* Sistema de Informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 857-67, 2005.

FARIA, H. P., *et al.* Unidade Didática I: **Organização do Processo de Trabalho da Atenção Básica a Saúde**. Módulo 2: Modelo Assistencial e Atenção Básica a Saúde, 2009, 64p.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p.129-138, 2009.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde.** 2011. Disponível em <www.professores.uff.br/.../linhacuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2012.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** 3. Ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, JR. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, 2008.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, R. C. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado** [Dissertação]. Campinas (SP):Universidade Estadual de Campinas, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, C. M. de PORTO. M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GARBIN, A. C. A. Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. **Revista instituinte.** Disponível em: <<http://www.ibecscomunidadeetica.org.br/instituinte>>.2012.

GOMES, V. G.; CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP.** Campinas, SP, 2006. Trabalho de Conclusão do Curso de Aprimoramento em Saúde Mental – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

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

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Ribeirão Preto São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.228 p. : il. ; 30 cm.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 5331-5336, 2004.

HOEFEL, M.G; DIAS, E.C, SILVA, J.M. **A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta da RENAST** In: Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de textos. Brasília; 2005. p. 61-67.

HOEFEL, Maria da Graça et al. Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. **Cad. psicol. soc. trab.** [online]. 2004, vol.7, pp. 31-39. ISSN 1516-3717.

HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.

IRAZOQUI, M. C. **A equipe multiprofissional dos centros de referência em saúde do trabalhador do rio grande do sul**: processo de trabalho e os desafios para a efetivação da política de saúde do trabalhador. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre .2011.

IVANOV, I. D. **Occupational Health World Health Organization. Workers' health and primary health care**. GOHNET Newsletter Number 15 - Spring 2009. http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/newsletter_15_regions/en/index.htm/Acessado em:12 fev 2013.

JAKES, C. C. **Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST**. 2009.p.92. Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde Pública e Meio Ambiente). Fiocruz, Rio de Janeiro. Fiocruz,2009.

JORDI ,Castejón. Enfermedades relacionadas con el trabajo: un reto para la atención primaria? **Aten Primaria**. v.40, n.9, p.:439-46, 2008.

KOERICH, M. S. *et al.* Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.3, p.:717-723, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>>.Acesso em: 12 fev 2013.

LACAZ, F. A. C. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas de sobre as relações trabalho-saúde. **Cad Saúde Pública.**, v.23, n.4, p.:757-766, 2007.

LACAZ, F. A. C.; SANTOS, A. P. L. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. **Revista Medica de Minas Gerais**,v.20, n.2 Supl 2, 2010.

LACERDA & SILVA, T. **Atenção Primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais**- Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

LE BOTERF, Guy. **Construire les compétences individuelles et collectives. Éditions deOrganisation**. 4 éditio mise à jour et complete. 2005

LEÃO, L. H. C; VASCONCELOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.1, p.85-100, jan-mar 2011.

MAEDA, S. T. **Gestão da referência e contra referência na atenção ao ciclo grávido puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã**. 2002. Tese. (Doutorado) .Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MAENO, M. **As lesões por esforços repetitivos (LER). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. In R. C. Ruiz (Org.), Um mundo sem LER é possível (pp. 81-110). Montevideo: Rel/UITA, 2003.

MAENO, M.; CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec; 2005.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte** [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2006.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS; CEPSC/IMS/UERJ; 2006. p. 51-63.

MAGALHÃES, L.V. **A dor da gente: representações sociais sobre as LER**. Tese (Doutorado) – Faculdades de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.:433-444, 2004.

MARQUES, C. M. S.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.:187-93, 2011. Disponível em: <hppt://www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 12 fev 2013.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, mimeo, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, L. F.; LANCMAN, S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 35 (121): 23-32, 2010.

MENDES, L. F.; LANCMAN, S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**. São Paulo, v.35, n.121, p.: 23-32, 2010.

MENDES, M. R. J. Seminário Estadual sobre LER/DORT: Conflitos e novas perspectivas: um balanço do evento. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v.19, n.1, jan./jun. 2005.

MENEZES, I. V. Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica? In: CODO, W. (Org.). **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis: Vozes, 2004.

MERHY EE, FRANCO TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**. v.27, n.65, p.:257-277, 2003.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde** In: Merhy E.E; Onocko, R. (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Unicamp, Campinas. Mimeo, 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. de S.; GOMBERG, E.(org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Aracaju: Editora da UFS, 2009.

MINAS GERAIS. **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Secretaria de Saúde do Estado, Minas Gerais, 2011.

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

MINAYO-GOMEZ, C, LACAZ, F.A.C. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. **Revista Ciências e saúde coletiva**, v.10, p.:797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad Saúde Pública**. v.13, n.2, p.: 21-32, 1997.

MOLINA; R. A. **Pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa**. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2007.

NEHMY, M. Q.; DIAS, E. C. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.2 Supl 2, 2010.

NEVES, I. R. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.:1257-1265, jun, 2006.

NUNES, C. M. P.; ANDRADE, A. G. M. Terapia ocupacional e dor no campo das relações entre saúde e trabalho. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. (Org.). **Dor e cuidados paliativos – terapia ocupacional e interdisciplinaridade**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 210-257.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**. v. 20, p.485-95, 2006.

OIT. **Certificação de competências profissionais: discussões** Brasília: OIT, MTE/FAT, 1999.

OLIVEIRA, R. M. R. **Abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/ DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CEREST**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2000

ORLANDI, E. P. **Cidade atravessada:** os sentidos públicos no espaço urbano. Campinas. SP: Pontes, 2001.

ORLANDI, E. P. **Interpretação:** autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 4.ed. Campinas (SP): Pontes; 2004.

PÊCHEUX, M. **O Discurso:** estrutura ou acontecimento. 3.ed. Campinas (SP): Pontes, 2002.

PESSOA, V. M. **Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Fortaleza, CE.2010.

PIGNATI,W. A.; MACIEL, R. H. M. O.; RIGOTTO, R. M. Saúde do trabalhador In: ROUQUEIROL, Z. M.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde.** 7.ed. Rio de janeiro: Med Book,2013.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ; 2006. p. 67-114.

PINHEIRO, T. M. M. *et al.* **Saúde no Campo.** Brasília-DF, 2009. cadernos Texto da 1º Conferencia Nacional de Saúde Ambiental. 2009.

RAMAZZINI, B. De Morbis Artificum Diatriba (Tratado sobre as Doenças dos Trabalhadores), Módena, 1700. Tradução Raimundo Estrela. São Paulo: Fundacentro; 1971. [reimpressão em 2000].

RANGEL, V.C; MEDEIROS, G.D.S. Acidente no trabalho e a importância da reabilitação profissional. **Revista Perspectivas Online.** v.2, n.8, p. 125-137, 2008.

RIBEIRO, H. P. Lesões por esforços repetitivos: uma doença emblemática. **Cad. Saúde Pública,** v.13, n.2, p.85-93, 1997.

RIGOTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. **Rev. Bras. Epidemiol.,** v. 6, n. 4, p. 388- 404, 2003.

RODRIGUES, R. M; RAIMUNDO, C. B; SILVA, K. C. Satisfação dos usuários dos serviços privados de fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes/RJ. **Rev Perspectivas Online,** v.4, n.14, p.163-180. 2010.

ROZEMBREG, B. Comunicação e Participação em Saúde. In. GASTÃO, W de S. C. et.al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 741-766.

RUIZ, R. C. (2003) Ideias iniciais. In R. C. Ruiz (Org.), **Um mundo sem LER é possível** (pp. 9-58). Montevideo: Rel/UITA.

SANTANA, V. S.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, p.:797-811.2004.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 175-204 (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.5, p. 1143-1150.2012.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.:1143-1150, 2012.

SANTOS, L. Saúde do trabalhador. **Rev. Direito do trabalho**. nº 99. São Paulo: IDISA, 2005.

SANTOS, P. R. **Saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em ciências na área da Saúde pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aroca- ENSP, Rio de Janeiro, 2010. 175 f.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização**: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011.

SCHRAMM; F.R, KOTTOW; M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Caderno de Saúde Pública**. v.17, n.4, p.: 949-56, 2001.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.:2753-2762, 2011

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.:2753-2762, 2011

SILVA, T. L. e; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface Comunicação saúde educação** v.15, n.38, p.859-70, jul./set. 2011.

SILVEIRA, A. M.; RIBEIRO, F. S. N.; LINO, A. F. P. F. **O controle social no SUS e a RENAST. 3a conferência Nacional de saúde do trabalhador: Trabalhar sim! Adoecer não!** Coletânea de Texto. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social . Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

SIQUEIRA, A. R.; QUEIROZ, M. F. F. **Abordagem grupal em saúde do trabalhador. Revista o mundo da saúde.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 411-419, 2001.

SOBRAL, Secretaria da Saúde e Ação Social. Núcleo de vigilância Epidemiológica. **SINAN NET**, 2011.

SOBRAL, Secretaria da Saúde e Ação Social. **Plano municipal de saúde competência 2009-2013.** Sobral, 2009.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas** . São Paulo: Cortez, 1999.

TAMBELLINI, A. M. T; CÂMARA, V. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1998.

THIOLLENT; M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 17.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T.; AMESTOY, S. C. Construtivismo: experiência metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem.** v.21, n.2, p.312-316, 2008.

TRIPP; D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Revista Educação e Pesquisa**, ; v.31, n.3, p.:443-466, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:** apontamentos para uma política de Estado. 2007. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F. L.; ALMEIDA, C. V. B.; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 445-462, nov.2009/fev.2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

VERONESI JUNIOR, J. R. **Fisioterapia do trabalho: cuidando da saúde funcional do trabalhador.** São Paulo, 2008.360 p. Editora Andreoli.

VIEIRA, M. C. F. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009.** Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sou **Amélia Romana Almeida Torres**, Enfermeira, Mestranda em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa é intitulada “**Linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador: Uma tecnologia para organização do cuidado ao trabalhador com LER/DORT**” e tem como objetivo “Construir participativamente uma linha de cuidado integral para LER/DORT no âmbito do SUS a partir da experiência dos profissionais que compõe a rede de apoio em saúde do trabalhador. A pesquisa será realizada com os profissionais que compõe a rede de apoio ao trabalhador com LER/DORT de Sobral-CE. A pesquisa limita-se a coleta e avaliação de dados, não causando nenhum prejuízo e risco ao entrevistado. A sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo os dados utilizados apenas para fins científicos. A sua participação nesta pesquisa é voluntária, e você terá liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. A fim de não restar dúvidas quantos aos procedimentos adotados nesta pesquisa, sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta que desejar. Em nenhum momento haverá ônus financeiro para você, assim como sua saúde não estará exposta a riscos ou desconforto ao participar da pesquisa. Também não haverá compensação financeira condicionada à sua participação.

Se necessário favor entrar em contato:

Nome: Amélia Romana Almeida Torres

Endereço: Rua Cel Antônio Mendes Carneiro, 816, Sobral, Ceará. CEP: 62.010.160

Telefones p/contato: (88) 99274608. Email: ameliaromana@bol.com.br

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo Telefone: 3366.8344

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Local: Sobral, ____ de ____ de ____.

Assinatura (ou digital)
do(a) voluntário(a)

Amélia Romana Almeida Torres
Pesquisador Responsável

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

APÊNDICE 2 – MATRIZ DE VALIDAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE

Para cada uma das atribuições listadas CIRCULE apenas uma alternativa, na escala numérica de 1 a 5 indicando o seu nível de concordância/discordância ou a ausência de opinião, frente a atribuição listada.

Atribuições	Nível de concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1.Mapear as atividades produtivas do território e identificar os potenciais riscos a saúde advindos do trabalho.	1	2	3	4	5
2.Acompanhar o trabalhador em todas as etapas do tratamento buscando a integralidade da atenção	1	2	3	4	5
3.Atender e reconhecer o usuário como trabalhador durante o acolhimento buscando estabelecer relação entre as queixas e ou sintomas apresentados pelo usuário e o trabalho que ele desenvolve.					
4. Reconhecer os trabalhadores de maior risco, para priorizar o atendimento e encaminhamento aos serviços de apoio e especializados da rede SUS.	1	2	3	4	5
5.Realizar atividades educativas com os trabalhadores do seu território de abrangência para auxiliar na prevenção das LER/DORT.					
6. Realizar referência e contra referência articuladas entre os serviços da rede SUS que atendem o trabalhador.	1	2	3	4	5

7.Utilizar as informações epidemiológicas para nortear as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador.	1	2	3	4	5
8.Notificação da doença no SINAN.	1	2	3	4	5
9.Desenvolver grupos de auto cuidado e apoio aos trabalhadores com LER/DORT.	1	2	3	4	5
10.Incorporar a temática LER/DORT nos momentos de roda, capacitação e educação permanente.	1	2	3	4	5
11.Disseminar informações na mídia sobre as ações desenvolvidas pelos CSF na atenção ao trabalhador com LER/DORT.	1	2	3	4	5
12.Articular a equipe do CEREST para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial.	1	2	3	4	5
13.Realizar atendimento aos trabalhadores no terceiro turno.	1	2	3	4	5

APÊNDICE 2: MATRIZ DE VALIDAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.

Para cada uma das atribuições listadas CIRCULE apenas uma alternativa, na escala numérica de 1 a 5 indicando o seu nível de concordância/discordância ou a ausência de opinião, frente a atribuição listada.

Atribuições	Nível de concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalment
1. Atender o trabalhador e relacionar a queixa referida pelo usuário com o trabalho, para favorecer o diagnóstico, condutas terapêuticas e orientação ao trabalhador.	1	2	3	4	5
2. Notificação da doença no SINAN.	1	2	3	4	5
3.Orientar o trabalhador adoecido sobre como melhor realizar suas atividades de vida diária (AVD) e o auto cuidado.	1	2	3	4	5
4.Referenciar e contar referenciar o trabalhador para fins de continuidade do acompanhamento e tratamento em todos os serviços do SUS.	1	2	3	4	5
5.Estabelecer os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador para facilitar a comunicação entre os serviços.	1	2	3	4	5
6.Realizar ações de matriciamento na APS.	1	2	3	4	5
7.Criar uma comissão de atenção aos casos de LER/DORT.	1	2	3	4	5
8.Acionar a equipe do CEREST sempre	1	2	3	4	5

que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial.					
9.Realizar acolhimento, diagnostico, tratamento e solicitação de exames complementares aos trabalhadores com LER/DORT.	1	2	3	4	5
10.Incorporar a temática LER/DORT nas estratégias de capacitação e de educação permanente.	1	2	3	4	5
11.Preencher o laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes.	1	2	3	4	5
12.Realizar reabilitação física dos trabalhadores doentes(específico para o serviço de reabilitação).	1	2	3	4	5

APÊNDICE 2: MATRIZ DE VALIDAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA – PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Para cada uma das atribuições listadas CIRCULE apenas uma alternativa, na escala numérica de 1 a 5 indicando o seu nível de concordância/discordância ou a ausência de opinião, frente a atribuição listada.

Atribuições	Nível de concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1.Atender o trabalhador de forma interdisciplinar e realizar uma anamnese ocupacional detalhada.	1	2	3	4	5
2.Articular a rede de apoio intersetorial e intrasetorial para resolução dos casos de maior complexidade.	1	2	3	4	5
3.Identificar a relação entre o trabalho e o adoecimento do usuário, com decorrente notificação da doença no SINAN.	1	2	3	4	5
4.Auxiliar os serviços de saúde que atendem o trabalhador com LER/DORT, através de apoio matricial nas ações de atenção a saúde incluindo: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, notificação e vigilância.	1	2	3	4	5
5.Realizar ações de vigilância em ambientes de trabalho nos processos produtivos que oferecem riscos para desenvolvimento de LER/DORT	1	2	3	4	5

baseadas em prioridades.					
6.Analisar e divulgar as informações epidemiológicas relacionadas a LER/DORT para subsidiar as ações de atenção a saúde do trabalhador.	1	2	3	4	5
7. Capacitar os profissionais do SUS sobre as ações de saúde do trabalhador com ênfase na temática LER/DORT.	1	2	3	4	5
8.Realizar ações de educação em saúde para os trabalhadores expostos a riscos ergonômicos.	1	2	3	4	5
9.Sistematizar e analisar as informações dos processos produtivos identificados e mapeados e dos riscos relacionados ao trabalho, para subsidiar as ações de ST às necessidades identificadas no territórios.	1	2	3	4	5
10.Preencher a CAT nos casos pertinentes.					

APÊNDICE 2 - MATRIZ DE VALIDAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para cada uma das atribuições listadas CIRCULE apenas uma alternativa, na escala numérica de 1 a 5 indicando o seu nível de concordância/discordância ou a ausência de opinião, frente a atribuição listada.

Atribuições	Nível de concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1.Atender o trabalhador e relacionar a queixa referida pelo usuário com o trabalho, para favorecer o diagnóstico e orientação ao trabalhador.	1	2	3	4	5
2. Notificação da doença no SINAN.	1	2	3	4	5
3.Preencher o laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes.	1	2	3	4	5
4.Realizar contra referência para dar continuidade ao tratamento e acompanhamento.	1	2	3	4	5
5.Articular a equipe do CEREST para a prestação de retaguarda técnica, capacitação e apoio matricial.	1	2	3	4	5

APÊNDICE 3 - ATRIBUIÇÕES VALIDADAS

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

1. Mapear as atividades produtivas do território e identificar os potenciais riscos a saúde advindos do trabalho.
2. Acompanhar o trabalhador em todas as etapas do tratamento buscando a integralidade da atenção
3. Atender e reconhecer o usuário como trabalhador durante o acolhimento buscando estabelecer relação entre as queixas e ou sintomas apresentados pelo usuário e o trabalho que ele desenvolve.
4. Reconhecer os trabalhadores de maior risco, para priorizar o atendimento e encaminhamento aos serviços de apoio e especializados da rede SUS.
5. Realizar atividades educativas com os trabalhadores do seu território de abrangência para auxiliar na prevenção das LER/DORT.
6. Realizar referência e contra referência articuladas entre os serviços da rede SUS que atendem o trabalhador.
7. Utilizar as informações epidemiológicas para nortear as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador.
8. Notificação da doença no SINAN.
9. Desenvolver grupos de auto cuidado e apoio aos trabalhadores com LER/DORT.
10. Incorporar a temática LER/DORT nos momentos de roda, capacitação e educação permanente.
11. Articular a equipe do CEREST para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

1. Atender o trabalhador e relacionar a queixa referida pelo usuário com o trabalho, para favorecer o diagnóstico, condutas terapêuticas e orientação ao trabalhador.
2. Notificação da doença no SINAN.
3. Orientar o trabalhador adoecido sobre como melhor realizar suas atividades de vida diária (AVD) e o auto cuidado.
4. Referenciar e contar referenciar o trabalhador para fins de continuidade do acompanhamento e tratamento em todos os serviços do SUS.
5. Realizar ações de matriciamento na APS.
6. Acionar a equipe do CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial.
7. Realizar acolhimento, diagnóstico, tratamento e solicitação de exames complementares aos trabalhadores com LER/DORT.
8. Incorporar a temática LER/DORT nas estratégias de capacitação e de educação permanente.
9. Preencher o laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes.
10. Realizar reabilitação física dos trabalhadores doentes (específico para o serviço de reabilitação).

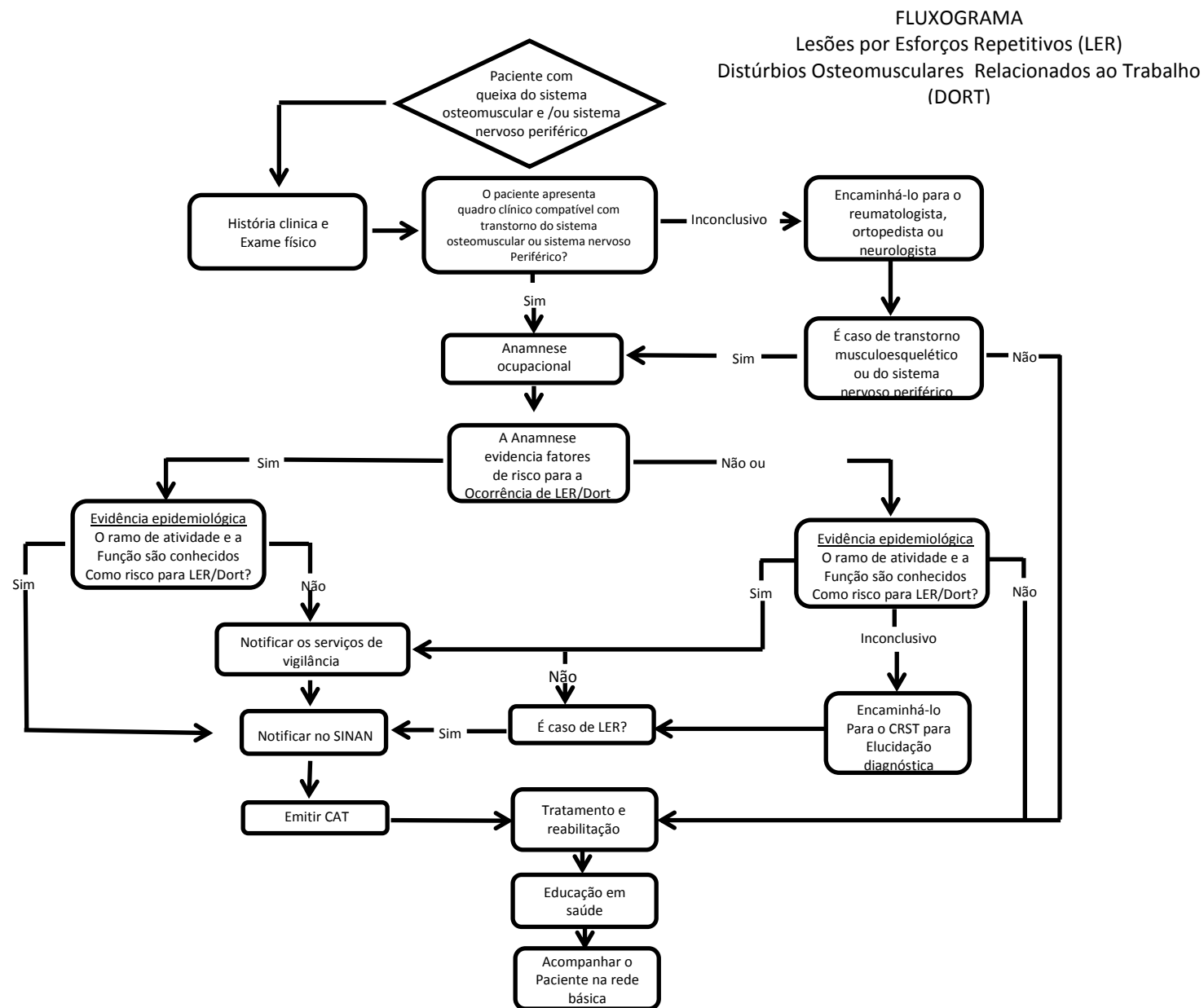
ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

1. Atender o trabalhador de forma interdisciplinar e realizar uma anamnese ocupacional detalhada.
2. Atender o trabalhador no caso de agravos urgentes e relacionar a queixa referida pelo usuário com o trabalho, para favorecer o diagnóstico e orientação ao trabalhador.
3. Articular a rede de apoio intersetorial e intrasetorial para resolução dos casos de maior complexidade.
4. Identificar a relação entre o trabalho e o adoecimento do usuário, com decorrente notificação da doença no SINAN.
5. Auxiliar os serviços de saúde que atendem o trabalhador com LER/DORT, através de apoio matricial nas ações de atenção a saúde incluindo: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, notificação e vigilância.
6. Realizar ações de vigilância em ambientes de trabalho nos processos produtivos que oferecem riscos para desenvolvimento de LER/DORT baseadas em prioridades.
7. Analisar e divulgar as informações epidemiológicas relacionadas a LER/DORT para subsidiar as ações de atenção a saúde do trabalhador.
8. Capacitar os profissionais do SUS sobre as ações de saúde do trabalhador com ênfase na temática LER/DORT.
9. Realizar ações de educação em saúde para os trabalhadores expostos a riscos ergonômicos.
10. Sistematizar e analisar as informações dos processos produtivos identificados e mapeados e dos riscos relacionados ao trabalho, para subsidiar as ações de ST às necessidades identificadas no territórios.
11. Preencher a CAT nos casos pertinentes.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Atender o trabalhador no caso de agravos urgentes e relacionar a queixa referida pelo usuário com o trabalho, para favorecer o diagnóstico e orientação ao trabalhador.
2. Notificação da doença no SINAN.
3. Preencher o laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes.
4. Realizar contra referência para dar continuidade ao tratamento e acompanhamento.
5. Articular a equipe do CEREST para a prestação de retaguarda técnica, capacitação e apoio matricial.

ANEXO-1



ANEXO-2

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador: Uma tecnologia para a organização do cuidado ao trabalhador com LER/DORT

Pesquisado Amélia Romana Almeida Torres

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08156412.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 163.996

Data da Relatoria: 05/12/2012

Apresentação do projeto

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado na área da saúde do trabalhador sendo justificada considerando que o desenvolvimento das ações de Saúde do trabalhador ainda acontece de forma silenciosa e restrita a grupos mínimos de profissionais, contrapondo o que fala a Constituição Federal, que insere a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde-SUS. O que vem chamando atenção da pesquisadora é o aumento das doenças ocupacionais e a sua repercussão na vida do trabalhador, nesse contexto destacamos as LER/DORT, uma dessas doenças que mais ocasionam lesões e sofrimento ao trabalhador, a família e a quem está ao seu redor, apresentando-se hoje como um grave problema de saúde pública.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo geral construir participativamente uma linha de cuidado integral para LER/DORT no âmbito do SUS a partir da experiência dos profissionais que compõem a rede de apoio em saúde do trabalhador. Como específicos: Identificar por meio de pesquisa participante com profissionais dos serviços que atendem os trabalhadores com LER/DORT, as ações de responsabilidade das redes assistenciais: Estratégia Saúde da Família, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Saúde Mental; Elaborar uma proposta de

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

Município: SOBRAL

Telefone: (883)677--4255

Fax: (883)677--4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

linha de cuidado para Ler/DORT com base nas ações identificadas; Investigar a concordância de gestores do SUS com a linha de cuidado proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora não identifica riscos aos sujeitos participantes do estudo. Quanto aos benefícios aponta: Proporcionar a articulação de políticas e programas voltados ao enfrentamento da realidade do trabalhador, bem como aprofundar a atenção que tem sido dispensada aos trabalhadores com LER/DORT nos serviços de saúde. Busca contribuir com a integralidade da atenção a saúde do trabalhador no município de Sobral, sendo nesse contexto, que pretende redescobrir novas tecnologias para inserir ações de saúde do trabalhador nas práticas dos trabalhadores do SUS afim de que, os profissionais incorporem no seu cotidiano estratégias que garantam atenção integral à saúde dos trabalhadores, que vão desde a percepção do usuário como trabalhador, do reconhecimento do papel do trabalho na determinação do processo saúde doença, identificação dos riscos decorrentes dos processos produtivos, à construção de um plano de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o sistema de saúde local, estando bem delineado metodologicamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os elementos de apresentação obrigatória para apreciação ética: Folha de rosto preenchida adequadamente, TCLE, orçamento, cronograma, carta de anuência devidamente assinada e em papel timbrado e instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Encaminhar relatórios parciais e final ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão da relatoria, aprovou o parecer que classifica o protocolo de pesquisa como Aprovado.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

Município: SOBRAL

Telefone: (883)677--4255

Fax: (883)677--4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

Município: SOBRAL

Telefone: (883)677--4255

Fax: (883)677--4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com