

ELISABETE DE FÁTIMA POLO DE ALMEIDA NUNES

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 18 de Fevereiro de 2004.

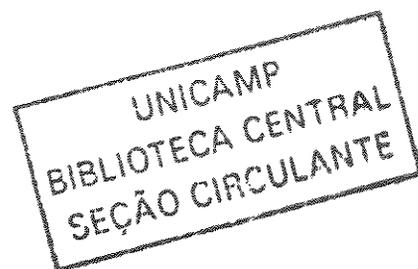
Prof. Dr. José Inácio de Oliveira
Orientador

**A SAÚDE DO TRABALHADOR NA REDE DE ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE:
CONSTRUINDO VIABILIDADES A PARTIR DE UM PROJETO
PEDAGÓGICO**

CAMPINAS

2004

i



ELISABETE DE FÁTIMA POLO DE ALMEIDA NUNES

**A SAÚDE DO TRABALHADOR NA REDE DE ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE:
CONSTRUINDO VIABILIDADES A PARTIR DE UM PROJETO
PEDAGÓGICO**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do Título de
Doutor em Saúde Coletiva.*

Orientador: Prof. Dr. José Inácio de Oliveira

Co-orientadora: Profª. Drª. Helena Amaral da Fontoura

CAMPINAS

2004

UNIDADE	PC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	N922s
V	EX
TOMBO BC	57930
PROC.	16 P/117/04
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	24/5/04
Nº CPD	

CM00197026-5

BIB ID 316071

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida

N922s

A saúde do trabalhador na rede de atenção básica de saúde: construindo viabilidades a partir de um projeto pedagógico. / Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientadores : José Inácio de Oliveira; Helena Amaral da Fontoura

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde e trabalho. 2. Educação Permanente. 3. Sistema Único de Saúde. I. José Inácio de Oliveira. II. Helena Amaral da Fontoura. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. José Inácio de Oliveira

Membros:

1. Prof. Dr. José Inácio de Oliveira

2. Profa. Dra. Nádia Aparecida de Souza

3. Prof. Dr. Paulo Roberto Gutierrez

4. Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre

5. Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/02/2004

DEDICATÓRIA

*Ao meu José,
companheiro de todas as horas
e que tanto me fortaleceu nos momentos
de ganhos e perdas que vivi neste processo.*

*Aos meus filhos Thiago, Thayana e Netto
que me fazem acreditar que é possível
e necessário construir um mundo melhor.*

AOS QUE SE FORAM NESTE PERÍODO:

*A quem amo e tenho certeza me amavam
Papai, Mamãe e
minha grande amiga Ana Ito.*

Este é um espaço do meu trabalho que anseio muito por escrevê-lo. Talvez porque seja a atividade que nos sinaliza que estamos chegando na reta final, mas também, porque é o momento de resgatar a nossa trajetória vivida neste período e rever todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para esta caminhada.

Foram muitas...

O pessoal envolvido nos Cursos de Saúde do Trabalhador que vim a conhecer por este Brasil afora e que de alguma forma estão contemplados nas minhas reflexões: o grupo de João Pessoa, Salvador, Campo Grande, Cuiabá, Belém, Cajazeiras, Macapá, Brasília, Rondonópolis e Londrina.

O pessoal do PROFAE, da Agência Regional, dos NADs, que me fizeram acreditar, aprender e apaixonar pela educação; reiterando a minha compreensão sobre os processos vividos nesta área e a importância de enquanto profissionais de saúde estarmos também nos formando enquanto potenciais educadores.

Meus amigos do nosso tão batalhado Departamento de Saúde Coletiva/DESC, que me pouparam de participar em uma série de atividades importantes e quem sabe determinantes para os nossos cursos de Graduação. Meus agradecimentos e pedido de desculpas por esta ausência.

Minha amiga Vera Menezes, que me ensinou muito do que eu sei sobre a arte da interação e das relações interpessoais

Mas há pessoas de quem sentimos necessidade de, além de agradecer, também dizer: “Olha se não fosse você este trabalho poderia não sair!”

Ao meu orientador, José Inácio, que me permitiu mudar de rota durante o caminho.

À Helena, amiga que descobri nesta caminhada e que, com suas orientações e contribuições, descomplicava o que eu complicava.

À Nádia, que, mesmo com seus inúmeros afazeres, sempre achava um tempo para contribuir e me dar direção. Ao Paulinho que acreditou na minha paixão pela educação e abriu as portas para o meu envolvimento com a área.

Ao Fernando Pedrotti, pelo companheirismo, amizade e valiosa colaboração.

À Jacinta que mesmo em toda a situação adversa no Ministério da Saúde, deu força para realização do Projeto; à Gláucia, ao Fadel e tantos outros que me apoiaram e com quem tanto aprendi.

À Mara Ribeiro, Brígida, Rosangela Alvanhan, à toda equipe da Autarquia Municipal de Saúde (AMS) de Londrina, que acreditaram na proposta e que desbravaram espaços para a realização deste trabalho, trabalhando comigo.

Aos professores Sergio de Lucca e Solange L'Abbatte, pelas contribuições e sugestões por ocasião do Exame de Qualificação.

Aos professores José Inácio de Oliveira, Sergio de Lucca, Neuza Maria Costa Alexandre, Nadia de Souza, Paulo Roberto Gutierrez,

Luiz Cordoni Júnior pela disponibilidade de participarem da Banca Examinadora desta tese e pelas valiosas contribuições e sugestões.

Ao Programa Institucional de Capacitação Docente (PICD/UEL/CAPES) e a Unicamp pelo suporte financeiro à concretização desta tese.

Por fim, a todos que de alguma formacolaboraram com a produção e organização deste trabalho.

Construção de um Projeto na Área de Saúde do Trabalhador

*Um projeto de Saúde do Trabalhador
não é um caminho, não é um lugar,
Tem uma direção, um sentido,
um para quê e tem um objetivo,
Um projeto de Saúde do Trabalhador
é construído no caminho, no caminhar,
Ele não é, pois, implantado, mas...
Plantado, enraizando-se,
enfrentando problemas de diversos tipos.
Todo projeto tem uma história que precisa ser
contada...
Já que fazer história supõe contar história
Tanto para conceber um projeto quanto
para implementá-lo e/ou transformá-lo,
É preciso resgatar o que já foi feito...
Pois o conhecimento de hoje exige
que seja colocado no centro de cena,
Assim como o projeto que delineia o que fazer amanhã
Precisa considerar o que existe e o que já foi realizado
Todo projeto contém uma aposta
Ele simultaneamente se fundamenta
e se volta para um determinado tipo de sociedade,
De conceito de homem,
de infância, de adolescência
e de trabalhador*

Texto adaptado de Kramer (1997)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
1- INTRODUÇÃO	37
2- A DISCUSSÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: DO CENÁRIO NACIONAL AO LOCAL	49
2.1- A Saúde do Trabalhador no SUS.....	55
2.2- Contextualizando o Local de Realização do Estudo.....	58
2.2.1- O município de Londrina.....	58
3- O SUPORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA CONSTRUÇÃO DO MÓDULO DE SAÚDE DO TRABALHADOR	69
3.1- Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador.....	74
3.2- Pressupostos Filosóficos, Pedagógicos e Psicológicos da Proposta Pedagógica do Módulo.....	81
3.3- Construindo o Módulo.....	84
4- O CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO	97
4.1- Sobre Pesquisa Qualitativa.....	99
4.2- A Pesquisa.....	104
4.3- Primeiro Momento: Avaliando o Processo Através da Realização da Capacitação das Equipes e Coordenadoras Locais.....	108
4.4- Segundo Momento: Avaliando as Repercussões a Partir do Processo da Aplicação do Módulo.....	109
4.5- Sobre os instrumentos.....	110
4.5.1- Observação.....	110
4.5.2- Registros Avaliativos dos alunos sobre o Módulo (Frases e Cartas)..	111
4.5.3- Entrevistas.....	112

4.5.4- Formulário de Levantamento Sobre a Concordância das Atribuições Estabelecidas para Profissionais de Saúde que Atuam na Rede Básica de Saúde.....	116
4.6- Sobre o Processo de Análise dos Dados.....	117
5- PRIMEIRO MOMENTO: — O MÓDULO — AVALIANDO O PROCESSO.....	119
5.1- Desvelando a área de S.T.....	123
5.1.1- Aquisição de Novos Conhecimentos.....	129
5.1.2- Sensibilização.....	131
5.2- Repensar Sobre o Processo de Trabalho e Visualizar Novas Práticas.....	133
5.3- Projetando o Futuro.....	139
6- SEGUNDO MOMENTO: IDENTIFICANDO AS REPERCUSSÕES —AVALIANDO OS RESULTADOS.....	143
6.1- O Olhar do ator local.....	145
6.1.1- Processo de Trabalho das UBS.....	146
6.1.2- Descontinuidade dos Processos.....	150
6.1.3- Direcionalidade Institucional x Autonomia Local.....	152
6.2- O Olhar da Equipe de Dirigentes.....	155
6.2.1- Formação dos Profissionais de Saúde.....	156
6.2.2- Complexidade dos Processos de Intervenção na Área de S.T./ Intersetorialidade.....	158
6.2.3- Sistema de Informação.....	160
6.2.4- A Promoção à Saúde e (Des)Articulação dos Serviços de Apoio e Vigilâncias.....	161
6.3- Entrecruzando os Olhares.....	163
6.4- Resultados Visualizados com o Processo e Formação em S.T.....	165
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	177
9-APÊNDICES	187

Apêndice 1-Instrumento de Pesquisa de Avaliação dos Profissionais de Saúde Capacitados na Área de Saúde do Trabalhador.....	189
Apêndice 2-Módulo Instrucional para Capacitação da Rede Básica de Saúde do SUS em Saúde do Trabalhador (para instrutores).....	219

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A.T.	Acidente de Trabalho
MAS	Autarquia do Municipal de Saúde do Município de Londrina
CADRHU	Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CIST	Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
COSAT	Coordenadoria de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
FUNDACENTRO	Fundação Nacional Centro de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho
GERHUS	Capacitação em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário
HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
M.T.	Medicina do Trabalho
MAPP	Método Altadir de Planejamento e Programação
MS	Ministério da Saúde
NIM	Núcleo de Informação em Mortalidade
NOB/SUS	Norma Operacional Básicas do SUS
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PAIST	Programa de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto Interno Bruto

PML	Prefeitura Municipal de Londrina
PSF	Programa de Saúde da Família
RABS	Rede de Atenção à Saúde
S.T.	Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SES-Pr	Secretaria do Estado da Saúde do Paraná
SISHIPERDIA	Sistema de Informação em Hipertensão e Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE TABELAS

	<i>PÁG.</i>
TABELA 1- População Economicamente Ativa — PEA — e % da PEA sobre a população do município de Londrina, 1980, 1991 e 2000	61
TABELA 2- Coeficiente de mortalidade infantil/1000nv, ano de 1999, 2000 e 2001. Brasil, Paraná, Londrina.....	61
TABELA 3- Mortalidade proporcional, segundo grupo de causas, segundo CID 10, ano de 2000, 2001 e 2002. Londrina – Paraná.....	62
TABELA 4- Número de acidentes de trabalho notificados através da CAT, por setor produtivo (Indústria, prestação de serviços/comércio; agricultura; construção civil). Londrina, 1998 e 1999.....	63
TABELA 5- Número de Recursos Humanos na Autarquia do Serviço de Saúde Municipal de Londrina/Pr, lotados nas Unidades Básicas de Saúde, 2003.....	65

	<i>PÁG.</i>
FIGURA 1- Mapa do Município de Londrina.....	59
FIGURA 2- Mapa da distribuição das UBS na região urbana do município de Londrina, 2003.....	64
FIGURA 3- O Método do Arco de Maguerez.....	89
FIGURA 4- Percentual de concordância dos profissionais da RABS sobre as ações esperadas na área de S.T. para a atenção básica antes e após o curso/20.....	128
FIGURA 5- Mapeamento dos espaços laborais das áreas de Abrangência das Equipes de Saúde da Família. Londrina, 2003.....	130
FIGURA 6- Mapeamento dos espaços laborais das áreas de Abrangência das Equipes de Saúde da Família. Londrina, 2003.....	131

RESUMO

NUNES, E. de F. P. de A. **A saúde do trabalhador na rede de atenção básica de saúde: construindo viabilidades a partir de um projeto pedagógico.** Campinas-SP, 2004. 227p. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Este trabalho analisa o projeto pedagógico de formação dos profissionais da rede de atenção básica de saúde, na área de saúde do trabalhador, desenvolvido com equipes de Saúde da Família que atuam na Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina. A investigação foi realizada em dois momentos: O primeiro momento foi desenvolvido durante a aplicação do Módulo Instrucional para Capacitação da rede básica de saúde do SUS em saúde do trabalhador, proposto pela Coordenadoria de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Durante o curso foram utilizados diferentes instrumentos de coleta de dados (observação, análise de cartas, frases). O segundo momento, desenvolvido alguns meses após o curso, foi para a realização de entrevistas com membros da equipe de dirigentes da referida autarquia e grupo focal com os profissionais da equipe local que participaram do curso. Para verificar o grau de concordância sobre as atribuições referentes à área de saúde do trabalhador estabelecidas para a rede de atenção básica de saúde foi aplicado um formulário, antes e após o curso. Os alunos/profissionais manifestaram-se sensibilizados para o tema, adquirindo conhecimentos pouco ou nunca discutidos e visualizaram diversas ações possíveis de serem realizadas. A concepção pedagógica, a partir dos referenciais de Paulo Freire, Vygotsky, e as estratégias de ensino aprendizagem que embasaram a operacionalização do módulo, mostraram-se favoráveis ao desenvolvimento da análise crítica sobre a situação de saúde dos trabalhadores e da sua própria condição de trabalhador. Como limites para a incorporação destas ações foram pontuados pelos profissionais da atenção básica: a organização do processo de trabalho nas UBS, a descontinuidade dos processos de mudança e pela equipe de dirigentes foram os referentes à inexistência de um sistema de informação que dê visibilidade aos problemas de S.T.; ao perfil e a formação dos profissionais de saúde, a desarticulação entre os serviços de apoio e as vigilâncias. O Módulo mostrou-se, enquanto uma ferramenta que permitiu

ampliar a discussão e o debate com os atores locais e centrais sobre a incorporação da S.T. na rede de atenção básica, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde e trabalho. Educação permanente. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

NUNES, E. de F. P. de A. **The Professional's Health in the Basic Health Care Network: building viabilities from a pedagogical project.** Campinas-SP, 2004. 227p. Thesis (Doctor's in Collective Health) – Medical Science College from State University of Campinas.

This is an analysis of the Pedagogical Project for the education of professionals from the basic health care network, in the area of worker's health, as developed with Teams of Family Health from the Municipal Health Services Division in Londrina. The research work was developed in two phases: The first phase was carried out during the application of the Instructional Module for Qualification of the Basic Health Care network in Worker's Health, as proposed by the Ministry of Health Coordination of Worker's Health. During that course several instruments for data collection were used (observation, analysis of letters, statements). The second phase, developed during some months after the course, comprehended interviews with the leading members of the municipal division and with a focal group formed by professionals from the local team who had attended the course. In order to verify the level of agreement on the duties pertaining to the area of worker's health as established by the basic health care division, a form was applied before and after the course. The students/professionals claimed to have become considerate in regards to the issue, while acquiring knowledge either little or never discussed before and to have visualized actions diverse and likely to be taken. The pedagogical conception from Paulo Freire's and Vigotsky's referentials, the teaching and learning strategies that were used as the basis for the module, proved favorable to the development of a critical analysis on the health status and own conditions of the workers. As limits for the incorporation of these actions, the basic health care professionals highlighted: the organization of the working process in the Basic Health Units, the discontinuity of the changing processes, whereas the leading team referred to the inexistence of an information system to make clear the problems of the Worker's Health, the profile and formation of the health professionals, the disarticulation between support services and surveillances. The Module was considered as a tool for an expansion of the discussion and debate with local and central agents on the

incorporation of the worker's health to the basic health care, in consonance with the principles and guidelines of the National Unified Health System.

KEY WORDS: Health and Work. Permanent Education. National Unified Health System.

1- INTRODUÇÃO

*Não há amanhã sem projeto, sem sonho, sem utopia,
sem esperança, sem o trabalho de criação
e desenvolvimento de possibilidades que
viabilizem sua concretização*

Freire, 2001, p. 85.

Esta pesquisa constitui-se em um estudo sobre avaliação do Módulo Instrucional (Apêndice 1) na área de Saúde do Trabalhador — S.T. —, aplicado para profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde — U.B.S —.

O desejo de realizar o presente estudo¹, nasceu do meu envolvimento, em todo o processo de discussão e elaboração do material de formação para a área de S.T., proposto pelo Ministério da Saúde, denominado MÓDULO INSTRUCIONAL PARA CAPACITAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM S.T. — SUS — (BRASIL, 2002a), como também da sua aplicação, formando instrutores em diversas localidades.

A participação no processo de construção e avaliação desse Módulo Instrucional, da sua discussão com especialistas da área em reuniões em Brasília e, principalmente, ter vivenciado sua aplicação em diversas localidades como Campo Grande, João Pessoa, Salvador, Macapá, Cuiabá, Belém, trazia-me a certeza de que, pelo olhar apaixonado dos que já militavam na área, sonhar era possível (BRASIL, 2002d).

As frases dos alunos que participavam do processo de capacitação como instrutores eram alentadoras: “esperança em construir com êxito a S.T. no SUS; o início de uma grande transformação social; integração e vontade de fazer acontecer; um momento de encontro e reencontro para uma bela proposta de trabalho; disponibilização e vontade das pessoas para trabalhar em prol do mesmo objetivo comum” (CURSISTAS).

Ao longo da minha vida profissional, sempre estive ligada à rede de atenção básica à saúde — RABS —, como profissional inserida no quadro funcional dos serviços ou como docente acompanhando alunos, realizando pesquisas, participando de discussões

¹ Por tratar-se de um estudo qualitativo, que exige envolvimento e participação do pesquisador junto ao grupo, optou-se por fazer uso da primeira pessoa na redação, por compreender que desta forma explicitava as características e natureza do estudo.

sobre os processos de trabalhos da rede, em processos de educação continuada. Isto me fazia acreditar que o conteúdo da área de S.T. contribuiria na formação dos profissionais de saúde inseridos neste nível de assistência.

Ainda assim surgiram dúvidas quanto à efetiva contribuição deste processo para incorporação da área de S.T. na RABS. Em que medida os atores locais, que saíam de suas atividades cotidianas durante alguns dias, para participar de um curso de capacitação que demandava tempo e recursos, estavam dispostos a rever sua prática, incorporar novos olhares e contribuir na construção da área na rede de serviços de saúde local? Quais as possibilidades e limites para a efetivação da área, considerando que, segundo a Constituição de 1988, a inserção da S.T. está prevista em todos os níveis de assistência, mas, na prática, ainda se restringe a um pequeno grupo de profissionais que se enquadram como especialistas?

Atuar no curso de formação de instrutores não me dava estas respostas, pois as pessoas que participavam enquanto alunos eram muitas vezes especialistas na área de S.T., muitos não atuavam na rede local e o curso era realizado de forma mais concentrada, sendo suprimidas as atividades de campo previstas entre uma unidade do curso e outra, o que era visto como fundamental, pois considerava-se que estas atividades permitiriam maior reflexão sobre a prática ao favorecerem relações com a teoria que estava sendo objeto de discussão e análise.

Mas o fato de estar participando da formação de instrutores da área de S.T., que tinha como pré-requisito alguma aproximação com o conteúdo da área, fazia com que vislumbrasse a oportunidade de estar contribuindo para um dos grandes anseios dos denominados *guerreiros da Reforma Sanitária*, que estão na luta para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Os processos educativos de tendência crítica, compreendem a educação como mediação de um projeto social. A educação,

... por si, nem redime nem reproduz a sociedade, mas serve de meio, ao lado de outros meios para realizar um projeto de sociedade; projeto que pode ser conservador ou transformador [...] não cede ao ilusório otimismo, quando na medida em que interpreta a educação dimensionada dentro dos determinantes sociais, com possibilidades de agir estrategicamente (LUCKESI, 1994, p.49).

Não se tem a visão ingênua que um curso de breve duração, mesmo vinculado às questões do dia a dia dos profissionais envolvidos, possa estar transformando profundamente práticas cristalizadas há muito. Assim, a questão que surgia era: em que medida um movimento iniciado a partir de um processo educativo, poderia contribuir na formação de sujeitos sociais articuladores de ações de S.T. na RABS?

Responder à questão proposta solicitava a apreciação profunda do processo desencadeado. Todavia, havia a preocupação de enquanto co-autora do Módulo Instrucional estar possuída de uma certa *cegueira*, que impedisse a realização de uma análise crítica ou que levasse ao conformismo frente ao efetivado e à reprodução mecânica da experiência, mesmo quando diante de situações diversas, sem considerar o contexto e os sujeitos a quem o curso se dirigia.

Havia necessidade de avaliar a implementação do Módulo Instrucional, enquanto instrumento e enquanto processo, no intuito de precisar sua efetividade e/ou levantar indicadores que permitissem o delineamento de novos rumos, o estabelecimento de trilhas, a construção de novos percursos.

Mas este processo de avaliação não poderia ser informal, não poderia verificar-se de maneira natural, instintiva e assistemática. Era necessário um processo avaliativo com características distintas: planejado, instituído, sistemático, fundamentado em critérios precisos e que, conseqüentemente, permitisse a compreensão de todas as dimensões e implicações da atividade, de todos os fatos que envolviam a proposta. Era necessário desencadear a avaliação como

[...] um processo sistemático de análise de uma atividade, fatos ou coisas que permite compreender, de forma contextualizada, todas as suas dimensões e implicações, com vistas a estimular o seu aperfeiçoamento (BELLONI et al., 2000, p.15).

Para a realização do trabalho, os sujeitos da pesquisa deveriam ser os atores locais, profissionais de nível superior, que passariam pelo processo de capacitação proposto em todas as suas etapas e que retornariam, posteriormente, para o seu campo de trabalho nas U.B.S., desenvolvendo ações locais. Assim, precisava-se dispor de um tempo maior junto àqueles que participariam do Módulo Instrucional — um tempo e um espaço que

previam o próprio processo de capacitação e, ainda, o retorno de informações sobre as ações desencadeadas em nível local.

A ampliação de tempo e do espaço demandava gerar viabilidades.

Só acreditar no material produzido não era suficiente, era necessário despertar o interesse em pessoas que pudessem estar abrindo os espaços e propiciando os tempos essenciais ao avançar na caminhada.

O momento se revelou propício, pois o Município de Londrina, estava passando por um momento importante — mudança de gestão — e as pessoas que haviam assumido cargos de direção estavam abertas a novos projetos, favorecendo espaços para a discussão e análise do curso. Descerrava-se uma janela para o desenvolvimento do projeto.

Procurou-se então a Coordenação de S.T., da Autarquia Municipal de Saúde do Município de Londrina — AMS —, apresentou-se o Módulo Instrucional para Capacitação da Rede Básica de Saúde do SUS em S.T., e verificamos a possibilidade de realizá-lo. O entusiasmo para a proposição do curso foi grande, mas alguns limites foram enunciados:

- A coordenação de S.T. não dispunha de recursos específicos para capacitação nessa área;
- A demanda existente era mais favorável para a implantação de outros projetos, para os quais recursos haviam sido disponibilizados e que eram considerados prioritários, como: AIDS, Tuberculose, Dengue etc.
- A decisão de realizar novas capacitações para os profissionais da rede passava pela consulta da agenda de treinamentos previstos, considerando que as prioridades eram os cursos introdutórios realizados para as Equipes de Saúde da Família e que estavam sendo iniciados.

Superar as barreiras impostas exigia ações imediatas: discutir com a Direção de Atenção Básica, responsável pelos serviços de Atenção Primária da rede, a agenda de cursos a serem promovidos, elaborar projetos para viabilizar recursos para a realização do curso e, finalmente, solicitar apoio do Ministério da Saúde para sua realização no município.

Tudo que se revelou necessário foi efetivado e, finalmente, decidiu-se iniciar o processo, formar instrutores e, posteriormente, trabalhar com os profissionais de nível superior de algumas equipes de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família, no município, estava sendo implantado com a proposta de reorganização do modelo assistencial a partir de uma nova configuração da atenção básica. A perspectiva era de se instituir um modelo voltado à Promoção da Saúde, alicerçado nos princípios e diretrizes do SUS, e com base na Vigilância à Saúde, que preconiza a atenção à saúde e não à doença, tendo como ênfase a integralidade² e intersetorialidade³ das ações, compreendendo o ser humano como um todo no seu contexto socioeconômico-cultural. Este modelo previa a oferta programada de atenção para grupos mais expostos ao risco de adoecer/morrer.

Para dar concretude a estas propostas que vinham sendo discutidas desde a década de 70, capitaneadas pelo movimento da Reforma Sanitária⁴, algumas questões necessitavam ser melhor esclarecidas, algumas barreiras precisavam ser superadas. Assim, era necessário fazer com que os profissionais: passassem a olhar além das quatro paredes que os Serviços Básicos de Saúde apresentam; conhecessem o seu território, a sua população — como ela vive, mora, trabalha —; identificassem os recursos que esta comunidade, em sua territorialidade, possui — indústrias, fábricas, comércio, escolas; e, finalmente, determinassem ações a serem desenvolvidas com lideranças e instituições locais, o que demandava um conhecimento mais profundo da área de trabalho desses profissionais, bem como exigia uma nova (re)visão dos determinantes do processo saúde-doença.

² **Integralidade** – atenção às várias situações que interferem com a saúde (biológicas, mentais, sociais), nas várias fases da vida e nas diversas situações de risco. Representa um dos pilares do SUS, explicitado pelos artigos 196 e 198, da Constituição Federal (BRASIL, 2001b).

³ **Intersetorialidade** – a palavra setor, neste termo, tem significado macro-político, ou seja, procura superar a perspectiva isolada de formulação de políticas com base apenas no setor saúde e passa a incorporar o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de política pública. O sentido é, portanto, de ação integrada entre os vários componentes do governo (BRASIL, 2001b).

⁴ **Reforma Sanitária** – constitui-se em um movimento político em torno da necessária e urgente remodelação do sistema de atenção à saúde, introduzindo ao mesmo tempo a questão da saúde enquanto um direito de cidadania. Um dos méritos deste projeto reformista é ter conseguido aglutinar uma diversidade de atores, formando uma ampla coalizão política em torno dos princípios que sustentaram a criação do SUS (BURLANDY e BODSTEIN, 1998).

Os objetivos do processo de capacitação em S.T. estavam em consonância com os propósitos da estratégia de Saúde da Família, na medida em que neste curso estava previsto este olhar sobre o trabalho e sobre o trabalhador (BRASIL, 2002c).

Havia um diagnóstico prévio de que: nenhuma ou que poucas ações eram realizadas na área de S.T. na rede básica; que a formação acadêmica dos profissionais de saúde privilegiava o Modelo Hospitalocêntrico, voltado para especialidades; que os agravos relacionados ao trabalho eram subnotificados; e finalmente, que poucos profissionais realizavam a relação saúde-trabalho no dia a dia de atendimento.

No entanto, não se pode negar as conquistas no campo da saúde, a partir da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, que abriram espaço para o movimento de descentralização da saúde na perspectiva da municipalização. Levando-se em conta os princípios e diretrizes do SUS, o Programa de Saúde da Família passa a ser uma das estratégias de fortalecimento do nível local.

Ao se delinear uma nova conformação para as redes de atenção básica à saúde, com a incorporação das equipes de Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde, o núcleo domiciliar torna-se o foco dos serviços de atenção à saúde.

O trabalho sem vínculo formal, em tempo parcial, no domicílio — envolvendo mulheres, crianças e adolescentes — é hoje uma realidade nacional, seja nos grandes, médios e pequenos centros urbanos, ou nas localidades rurais. O domicílio é então visto, enquanto o locus principal e o espaço para a compreensão, identificação e enfrentamento dos agravos de saúde relacionados à saúde destes trabalhadores (LACAZ, 2000).

A categoria trabalho, considerada o elemento central para a compreensão da sociedade moderna e contemporânea, por distintos clássicos da teoria social como Marx, Durkeim e Weber, tem sido pouco explorada nas estratégias de transformação das práticas sanitárias.

DIAS (1994) reconhece que as ações de S.T. apresentam algumas características comuns: a complexidade, a diversidade e a natureza contraditória, conflituosa, imprevisível, exigindo a abordagem transdisciplinar, interinstitucional e que o trabalhador nas ações de saúde seja considerado parceiro. Ao mesmo tempo, verifica-se que

a área de S.T. apresenta muitas particularidades por instituir práticas inovadoras, práticas essas que, em verdade, estão em construção.

LACAZ (1997) afirma que falar sobre a Saúde dos Trabalhadores é abordar um tema que ainda não atingiu a adolescência, mas que precisa ser discutido para encontrar os caminhos que levem a uma maturidade saudável e duradoura.

NOBRE (1999), no Encontro Nacional de S.T., sinaliza que esta área persegue a integralidade da atenção à saúde e a modificação de uma situação dada conseguindo, muitas vezes, desfazer a dicotomia existente entre assistência individual e coletiva, entre vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, entre ações preventivas e curativas. Além disso, traz em sua trajetória a busca da participação e do controle social por parte dos trabalhadores e suas organizações. Na realidade, é uma área que se instaura, desde o início, a partir da mobilização e luta dos trabalhadores pela saúde no trabalho. O exercício da intersectorialidade é também uma característica fundamental das práticas em S.T.

A mesma autora refere como nó crítico para o desenvolvimento do setor, o modelo de saúde vigente, no qual as ações na área de S.T. estão localizadas fundamentalmente nos Centros de Referência ou Unidades de Referência que se tornaram **ilhas autônomas** (grifo da autora), marginais ao restante do SUS, não estando incorporadas nas ações do cotidiano dos profissionais de Saúde da RABS.

Como a inserção da área de S.T., em todos os níveis de assistência, tem sido objeto de discussão em diversos fóruns, o processo de formação proposto seria mais uma ferramenta que traz, como intenção, sua contribuição na construção desta área na rede básica.

Portanto, o projeto não se restringia a efetivar o processo de formação, mas se fazia necessário acompanhar estes profissionais por um determinado período para identificar as repercussões desencadeadas, no contexto em que eles atuam. E trazia como objetivos:

OBJETIVO GERAL

Avaliar o projeto pedagógico de formação dos profissionais da RABS, na área de S.T., enquanto ferramenta de construção de práticas de atenção à S.T. na atenção básica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 📍 Identificar o grau de concordância dos participantes quanto às atribuições estabelecidas para os profissionais da RABS, no início e após o processo de capacitação.
- 📍 Verificar a avaliação dos alunos/profissionais da rede básica sobre o processo de formação na área de S.T.
- 📍 Relacionar os limites e possibilidades dos temas e aspectos estruturais do Módulo Instrucional para profissionais da RABS, na área de S.T.
- 📍 Identificar os fatores que favorecem e os que dificultam a incorporação da área de S.T. pelos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família da RABS do Município de Londrina.

E qual método poderia estar sendo aplicado a este processo investigativo?

LALANDE [s.d.] assinala que método pode ser definido como o esforço para atingir um fim, caminho pelo qual se chega a um determinado resultado, programa que regula antecipadamente uma seqüência de operações a executar, assinalando certos erros a evitar, o que seria uma estrada, uma direção a seguir. O método seria um percurso escolhido entre outros possíveis.

As leituras e os estudos realizados indicavam como sendo a escolha mais adequada, em função do que se queria e da forma como se queria investigar, a pesquisa qualitativa.

Havia a certeza de que este era o caminho, de que esta era a melhor opção. Havia clareza que a preocupação maior no estudo era com o processo, em entender como este processo se manifestaria nas atividades que seriam realizadas, observadas, nos procedimentos desencadeados e nas interações cotidianas.

Para a apresentação do trabalho desenvolvido, inicialmente julgamos importante contextualizar a inserção da discussão sobre a S.T. no cenário nacional e que garantiu em lei a atenção à saúde do trabalhador em todos os níveis de assistência, o cenário e o contexto local onde foi realizado o presente estudo.

No segundo capítulo, discute-se as concepções teóricas de educação e de S.T. que deram suporte à construção do Módulo.

No terceiro capítulo, é apresentado o delineamento utilizado para a realização do presente trabalho, ou seja, os pressupostos metodológicos utilizados, o universo da pesquisa, as formas de coleta e de análise de dados.

No quarto capítulo, relata-se o processo vivido durante o desenvolvimento do Módulo Instrucional e a avaliação dos alunos/profissionais envolvidos no processo.

No quinto capítulo, transcorrido alguns meses após a realização do curso, são apresentados o relato dos alunos/profissionais que participaram do curso sobre as possibilidades, os limites e as perspectivas de inserção da área de S.T., sob o olhar destes atores e também dos dirigentes institucionais.

Por fim, no sexto capítulo são apresentadas considerações finais sobre o processo vivido durante meses de trabalho e estudo sobre o referido tema.

***2- A DISCUSSÃO DA SAÚDE
DO TRABALHADOR:
DO CENÁRIO NACIONAL AO
LOCAL***

*No mundo há sempre coisas escondidas,
na vida há sempre coisas escondidas,
e um dos papéis da educadora é
chamar a atenção para estas coisas.*

Freire, 2001, p.108.

A inserção de ações relacionadas à S.T. em todos os níveis de assistência tem sido objeto de lutas e reflexões há algumas décadas.

MENDES (1986), em sua tese de livre docência, utilizou-se da coerência e da racionalização como linhas mestras a favor da integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde. Coerência, por ser o fator ocupação ou trabalho determinante da distribuição da saúde e da doença na população e racionalização, pelo fato da rede de serviços de saúde possuir uma infraestrutura que, mesmo com as deficiências conhecidas, é o espaço que mais se aproxima “de onde as pessoas vivem e trabalham” (OMS, 1978), expressão esta já utilizada na conferência de Alma-ata, referindo-se aos cuidados primários de saúde.

Na década de 80 iniciaram-se, em algumas instituições de ensino, nos serviços dos estados e de alguns municípios, os Programas de S.T. que tinham em geral dois objetivos básicos a serem alcançados: primeiro, o de oferecer serviços assistenciais aos portadores de doenças do trabalho e segundo, o de desenvolver atividades de intervenção nos ambientes de trabalho para o controle de fatores de risco, mediante a atuação de técnicos e trabalhadores. Estas experiências acumuladas desencadearam um movimento mais consistente no sentido de se inserir institucionalmente, nos diversos níveis de assistência do setor público, as ações de S.T. por meio de políticas públicas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, e a I Conferência Nacional de S.T., que teve lugar em dezembro do mesmo ano, reuniram estado, trabalhadores e empregadores em um mesmo espaço ampliado de debates e favoreceram a formulação de diretrizes das políticas públicas que serviram de referência para o processo de elaboração da Constituição de 1988, configurando-se assim, em marcos históricos da luta pela defesa da saúde como direito assegurado pelo SUS (BRASIL, 2001d).

A Constituição de 1988 incorporou uma compreensão ampliada do conceito de saúde, entendendo-a como resultado das condições de vida da população, considerando-a como bem público. A regulamentação constitucional do setor saúde representou um ganho jurídico legal e político, uma vez que no tocante às políticas sociais foi o primeiro setor a ter a sua regulamentação inscrita na Carta Magna e, ainda, com uma proposição da possibilidade de construção de um sistema mais comprometido com a vida das pessoas (BRASIL, 2001a, b).

Os princípios norteadores do SUS, decorrentes da Constituição de 88, contemplam a universalização do atendimento, garantindo acesso a toda e qualquer pessoa em todo e qualquer serviço de saúde, público ou contratado pelo poder público; equidade de acesso por necessidade a todos os cidadãos; integralidade da assistência, abrangendo a totalidade orgânica e social como um todo indivisível; assim como um sistema estruturado em uma rede de serviços hierarquizados, regionalizados com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, descentralização financeira e de poder com autonomia aos municípios para gestão em nível local, participação e controle social, entendidos como espaços de problematização e negociação dos setores representativos da sociedade (como as associações de moradores e de sindicatos de profissionais) e complementaridade do setor privado de serviços, quando da insuficiência do setor público (CARVALHO et al., 2001).

Após a promulgação da Constituição de 88, é editada a Lei Orgânica da Saúde — LOS —, que é o conjunto de duas leis federais que estabelecem como devem ser reguladas, fiscalizadas e controladas as ações e os serviços de saúde, conforme o mandamento constitucional. São elas as Leis Federais nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Conforme já definido na Constituição de 88, a Lei Federal nº 8080 insere a S.T. como campo de atuação do SUS e estabelece o que se entende por esta área. Reitera os princípios e diretrizes do SUS, definindo as competências comuns e complementares nos âmbitos federal, estadual e municipal, especificando o campo da S.T. em cada um deles. No artigo 2º, no artigo 5º – item 1, e no artigo 6º – itens de I a VIII, foram definidos como atribuição do SUS (BRASIL, 2001a, d):

Art. 2º – A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 5º – São objetivos do SUS

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

Art. 6º – Estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: I - a execução de ações: S.T.

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 S.T.;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e 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;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de S.T. 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.

A Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e enuncia outras providências. Esta lei cria as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde.

Em novembro de 1996 é editada a Norma Operacional Básicas do SUS (NOB/SUS 01/96), que instaura novas bases de relação entre União, estados e municípios no processo de municipalização das ações de saúde, especialmente daquelas relativas ao financiamento das ações. A área de S.T. é remetida para normatização posterior, quando então surge a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador — NOST — (BRASIL, 2001c).

A NOST, editada através da portaria MS nº 3908, de 30 de outubro de 1998, estabelece procedimentos para orientar e instrumentar as ações e serviços de S.T. no SUS, definindo o elenco mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal, habilitados nas condições de gestão previstas na NOB/SUS 01/96.

No plano jurídico, a Constituição de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB) decorrentes, viabilizaram o processo de implantação da descentralização dos serviços de saúde. Um dos grandes desafios atuais é exequibilidade de ações que efetivamente operacionalizem os pressupostos norteadores do SUS, já que a concretização dos mesmos, só é possível na ação executada/vivenciada por ocasião do atendimento.

O Ministério da Saúde, através da publicação do *Caderno de S.T. – Legislação*, registra que a atenção ao trabalhador está garantida em lei em todos os níveis da Rede de Serviços de Saúde. Embora isto esteja escrito, a sua operacionalização encontra resistências e dificuldades (BRASIL, 2001c)

Por ser um campo de práticas, de competências e de atribuições novo e por ser seu objeto — a S.T. em referência ao processo produtivo, necessariamente um objeto complexo, dado seus aspectos socioculturais, políticos e econômicos com interfaces institucionais diversas, estados e municípios têm enfrentado embates importantes a caminho da consolidação da área da S.T. no SUS.

O arcabouço jurídico que dispõe sobre a S.T. no SUS é um dos pilares fundamentais para que estados e municípios exerçam sua competência e cumpram suas atribuições, diminuindo áreas de atrito e direcionando suas ações no sentido de proporcionar ações efetivas de promoção e proteção da saúde, e prevenção dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Além da complexidade do campo e de novas atribuições e competências na área de S.T., os municípios que apresentam alguma experiência neste campo estão mais direcionados à atuação em nível secundário e terciário de assistência e há, conforme alguns autores, dificuldades quanto à formação dos profissionais de saúde que não estão sensibilizados para os problemas de saúde que acometem os trabalhadores.

2.1-A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

A atenção à saúde da classe trabalhadora, no Brasil, desenvolveu-se a partir do modelo excludente, que mantinha a iniquidade, subordinada aos interesses do capital e com os objetivos centrados na manutenção e reposição da força de trabalho. Nessa lógica, o controle sobre o ambiente de trabalho sempre esteve dissociado da assistência médica, que se caracterizava por ser predominantemente individual e curativa.

Até a década de 1980, a assistência médica para os trabalhadores com vínculo formal de emprego, isto é, com Carteira de Trabalho e Previdência Social assinada era prestada pelo Ministério da Previdência Social, através de serviços próprios contratadas ou conveniados e as ações relativas a higiene e segurança do trabalho ficavam sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho. Os trabalhadores pertencentes ao mercado informal ficavam excluídos dessa assistência, tendo que recorrer basicamente à filantropia. Os serviços públicos e ou municipais existentes, como Centros ou Postos de Saúde, não priorizavam o atendimento à população adulta. As ações desenvolvidas por esses serviços eram predominantemente de caráter preventivo e voltadas à criança e à mulher (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989; CAMPOS, 1992).

Foi ainda nessa época, que o governo militar regulamentou a criação dos serviços de empresa, o Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), como parte de sua política para controlar o crescente número de acidentes do trabalho. É importante registrar que naquele momento o Brasil despontava como um dos recordistas mundiais em acidentes de trabalho. Em relação ao caráter desse serviço, embora tenha sido concebido para atender os trabalhadores, era vinculado e subordinado organicamente à estrutura da empresa, sendo ainda restrito às grandes empresas, sem qualquer relação com o sistema de saúde.

No final da década de 70, algumas iniciativas tentaram introduzir um novo modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, limitada ao âmbito de alguns poucos serviços e municípios (ambulatórios universitários, centros de referência), que traziam como subsídios as discussões e contribuições adquiridas através dos movimentos da Reforma Sanitária e do Modelo Operário Italiano (DIAS, 1994).

Neste período, o movimento sindical, também se organizava e se fortalecia na luta contra a ditadura militar e tinha como uma das suas bandeiras a questão da saúde no trabalho, apoiado por técnicos da saúde.

Então, eram realizadas semanas de saúde do trabalhador, seminários, encontros e foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho — DIESAT —, que tiveram importante papel na crítica à tradicional e restrita política de higiene e segurança no trabalho implementada pelo estado brasileiro. Além da crítica ao modelo hegemônico, propunha-se a construção de um novo modelo de atuação do Estado e dos trabalhadores.

Na década de 80, associadas ao movimento sindical e ao processo de redemocratização do país, as experiências nessa área ganham maior expressão no cenário político brasileiro enquanto parte do movimento da Reforma Sanitária brasileira. Incorporavam o referencial teórico da determinação social do processo saúde doença e uma nova forma de prática para as questões da relação trabalho-saúde, levando a questionamentos dos tradicionais modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, amplamente discutidos nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências de Saúde do Trabalhador (MENDES e DIAS, 1993; DIAS, 1994; LACAZ, 1994).

O modelo de atenção proposto deveria ser coordenado pela saúde, integrando-se com os demais setores do trabalho e da previdência, de modo a articular ações e evitar duplicidade de competências, desencadeando um trabalho intersetorial, embora o que se verifique até o momento sejam ações dispersas e desarticuladas, implementadas pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social.

O modelo de atenção proposto pretende articular prevenção com a cura, o individual com o coletivo, conformando uma desejada atenção integral aos trabalhadores, importante desafio do SUS. Verifica-se que as ações que vêm sendo implementadas são

quase que exclusivamente realizadas por meio de serviços especializados, sem o efetivo envolvimento da rede básica de serviços e que a vigilância em saúde, nessa área, ainda não foi efetivamente assumida enquanto eixo estruturado das ações desse modelo.

Verifica-se que alguns municípios e estados ao desenvolverem ações em S.T., implantando serviços especializados ou centros de referência, ao invés de servirem de estratégia para implantar ações em toda a rede de serviços do SUS, estariam reforçando a concepção de que a saúde do trabalhador é um campo complexo que necessita de serviços e recursos humanos altamente especializados para o seu desenvolvimento. A complexidade do campo é real, porém ela se situa muito mais no campo político do que no técnico (SPEDO, 1998).

As ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis, localizando este campo de atuação em saúde com fortes interfaces com o sistema produtivo, a geração da riqueza nacional, a formação e preparo da força de trabalho, a questões ambientais, a seguridade social e o próprio desenvolvimento do país, além do grande impacto causado sobre o setor assistencial da saúde, questão ainda não devidamente dimensionada.

Por suas características, enfrenta de forma mais direta o conflito capital/trabalho. Como o caráter técnico das ações nessa área é dado pelos referenciais da Saúde Coletiva, toda a rede de serviços de saúde do SUS poderia incorporar, em sua prática, ações de saúde do trabalhador, reconhecendo o trabalho enquanto categoria central na determinação do processo saúde-doença, seja para suspeitar de diagnósticos, ou seja para avaliar situações de risco em ambientes específicos. Essa área não difere de qualquer outra, cujo modelo de atenção busca a integralidade, prevendo-se para isto serviços com distintos níveis de complexidade e de atenção.

É importante reconhecer que existe uma certa especificidade do campo e que, tanto para desenvolver as ações assistenciais, ou ações de vigilância, os serviços e os profissionais ainda não estão devidamente capacitados. Contudo, esse fato, por si só, não justifica a concentração dessas ações em um único serviço, ao invés de se investir na capacitação e disseminação desses conhecimentos de forma mais ampla.

Nesse sentido, deveriam ser pensados caminhos para estruturar um programa de atenção em saúde do trabalhador em todos os níveis de assistência.

Quando a NOST, que considerou a implantação de serviços especializados, indicava que estes deveriam assumir o papel de retaguarda para os demais serviços de saúde, destacou que:

Deve considerar-se ainda que, dentro do campo de interesses do SUS, a caracterização de agravos relacionados ao trabalho é mais abrangente que a simples definição de doenças ocupacionais clássicas. Sinais e sintomas (desgaste, cansaço crônico, envelhecimento precoce e outros), ainda que incipientes, podem estar relacionados com atividade laborativa atual e/ou pregressa, não se restringindo ao conceito denexo causal tradicionalmente utilizado (...) [Deve-se] introduzir como prática sistemática e obrigatória na assistência médica a adultos, a anamnese profissional, visando utilização pelo profissional de saúde que atende o paciente (BRASIL, 2002b, p.180).

Em relação à integralidade das ações, a NOST salientava a necessidade de mudança do modelo assistencial, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas e preventivas. A vigilância em saúde é considerada a *essência do modelo proposto*. Era, ainda, ressaltada a necessidade de se superar as antigas dicotomias individual/coletivo, biológico/social, assistência/ vigilância, e de ultrapassar os limites institucionais das vigilâncias sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2002b).

2.2-CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

2.2.1-O Município de Londrina

O município de Londrina foi criado e instalado em dezembro de 1934, situa-se na região norte do Paraná, sul do Brasil e fica, aproximadamente, a quatrocentos quilômetros da capital do estado. Além da sede, o município encontra-se dividido em oito distritos administrativos: Warta, Maravilha, Irerê, Paiquerê, Lerroville, Guaravera, São Luis e Espírito Santo. É a terceira cidade do sul do país e a segunda cidade do estado em termos populacionais, sendo o principal ponto de referência do norte do estado (Figura 1).

A história do município esteve extremamente vinculada à expansão da economia do café, em razão dos altos preços atingidos pelo produto no mercado internacional, após a Primeira Guerra Mundial, e do declínio da produção cafeeira do Estado de São Paulo. A qualidade de suas terras, aliada a outros fatores, como o projeto imobiliário desenvolvido pela Companhia de Terras do Norte do Paraná, subsidiária do *Brazil Plantations*, com sede na Inglaterra, determinaram um rápido crescimento econômico e demográfico, atraindo migrantes de diversas regiões do Brasil, principalmente dos Estados de São Paulo e Minas Gerais, bem como imigrantes de vários países.

A partir da década de 60, com a decadência da cultura cafeeira e, posteriormente, acompanhando a tendência nacional de expulsão do homem do campo, pelas profundas alterações econômico-sociais que ocorreram, Londrina passa a apresentar uma taxa de urbanização crescente. No ano de 1997, a composição do Produto Interno Bruto-PIB encontrava-se assim dividida: agropecuária 3,10%; indústria 21,12% e setor de serviços 75,68%. Neste contexto, o setor terciário torna-se o principal gerador de rendas para o município, seguido do setor secundário e, posteriormente, do setor primário (LONDRINA, 1998).

Em relação à população economicamente ativa⁵ (PEA), segundo os dados dos censos, verifica-se que aumentou de 41,24%, em 1980, para 42,9%, em 2000 (Tabela 1). Quanto à situação ocupacional dos londrinenses, a Secretaria de Planejamento do Município estima a existência de 90.553 empregos. A renda mensal familiar gira em torno de 4,90 salários mínimos (LONDRINA, 2003).

⁵ População Economicamente Ativa – Pessoas de 10 anos e mais que durante todos os 12 meses anteriores à data do Censo ou parte deles, exerceram trabalho remunerado, em dinheiro e/ou produtos ou mercadorias, inclusive as licenciadas, com remuneração, por doença, com bolsas de estudo etc, e as sem remuneração que trabalharam habitualmente 15 horas ou mais por semana numa atividade econômica ajudando à pessoa com quem residiam ou à instituição de caridade, beneficente ou de cooperativismo ou, ainda, como aprendizes, estagiárias, etc. Também foram consideradas nesta condição as pessoas de 10 anos ou mais de idade que não trabalharam nos 12 meses anteriores à data de referência do Censo, mas que nos últimos dois meses em relação a essa data tomaram alguma providência para encontrar trabalho (Censo Demográfico – IBGE – 2000).

Tabela 1-População Economicamente Ativa — PEA — e % da PEA sobre a população do município de Londrina, 1980, 1991 e 2000.

Ano	População Total do Município	PEA	% PEA Sobre a População
1980 (1)	301.711	124.426	41,2
1991 (1)	390.100	168.562	43,2
2000 (1)	447.065	192.022 (2)	42,9

Fonte:PML/SEPLAN – Gerência de Pesquisas e Informações (2003).

(1) Censos Demográficos.

(2) Dados de 1997.

a) Alguns Indicadores de Saúde

Estudos evidenciam uma redução da mortalidade provocada pelas doenças infecciosas e parasitárias, bem como da mortalidade infantil. O coeficiente de mortalidade infantil apresenta uma redução ao longo dos anos, com taxas inferiores ao Estado do Paraná e ao Brasil (Tabela 2).

Tabela 2-Coeficiente de mortalidade infantil/1000nv, ano de 1999, 2000 e 2001. Brasil, Paraná, Londrina.

Coeficiente de Mortalidade			
Infantil	1999	2000	2001
Londrina	13,5	14,2	11,1
Paraná	19,5	19,4	17,4
Brasil*	30,7	29,6	—

Fonte: SIM/DIS/MAS/PML (2003).

*IBGE – Dados preliminares do Censo Demográfico de 2000.

No estudo de mortalidade por grupo de causas, verifica-se um aumento das doenças do aparelho respiratório, neoplasias e por causas externas (Tabela 3).

Tabela 3-Mortalidade proporcional segundo grupo de causas, conforme CID 10, ano de 2000, 2001 e 2002. Londrina – Paraná.

Grupo de Causas	2000	2001	2002
I. Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias	5,9	4,3	3,5
II. Neoplasias (Tumores)	18,5	18,4	18,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	32,4	32,0	32,1
X. Doenças do aparelho respiratório	9,1	9,9	10,3
XVI. Algumas Afecções originadas no período perinatal	4,8	3,4	3,8
XX. Causas Externas	10,1	11,6	12,3
Demais causas definidas	19,2	20,4	19,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte:SIM/DIS/AMS/PML (2003).

As informações relativas aos agravos relacionados ao trabalho foram obtidas a partir da Comunicação de Acidente de Trabalho — CAT — que abrange somente os trabalhadores do mercado formal, com carteira assinada. Estas informações não são obtidas e analisadas de forma contínua e sistemática e os trabalhadores do mercado informal, que representam mais de 50% do total de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, não aparecem nas estatísticas (LONDRINA, 2003).

Além disso, sabe-se que mesmo para os trabalhadores do mercado formal há uma grande subnotificação e dificuldade de acompanhar o encaminhamento das CATs emitidas, fato este sinalizado em diversos documentos. Na análise das CATs do Município de Londrina, verificou-se que no ano de 1998 ocorreram 183 acidentes de trabalho, enquanto que em 1999 foram registrados 409, destes 76% e 79%, respectivamente, ocorreram com pessoas do sexo masculino.

Ao se analisar os acidentes de trabalho por setor produtivo, encontra-se uma diferença quantitativa significativa entre os dados dos anos de 1998 e 1999, que estão disponíveis. A análise destes dados evidencia que o perfil dos acidentes acompanha o perfil econômico do município, com um maior número de acidentes ocorrendo no setor terciário — comércio e prestação de serviços (Tabela 4).

Tabela 4—Número de acidentes de trabalho notificados através da CAT, por setor produtivo (indústria, prestação de serviços/comércio; agricultura; construção civil). Londrina, 1998 e 1999.

Grupos por Setor Produtivo	1998		1999	
	n	%	n	%
Indústria/metallurgia	42	22,9	108	26,4
Comércio e prestação de serviços	77	42,1	249	60,1
Agricultura	6	3,3	11	0,3
Construção civil	21	11,5	26	6,4
Registros incompletos	37	20,2	15	3,7
TOTAL	183	100,0	409	100,0

Fonte: SESA (2003).

A análise dos dados referente a agravos relacionados ao trabalho no município de Londrina não é realizada sistematicamente e quando são solicitadas informações referentes à morbidade ou mortalidade, estas são realizadas pontualmente, não existindo um acompanhamento dos registros da situação de S.T. no município que possibilite dimensionar a magnitude e relevância dos agravos relacionados ao trabalho.

Em 2000, a Coordenadoria do Núcleo de Informações em Mortalidade — NIM —, realizou análise dos dados de óbito referente ao ano de 1999 e verificou que, do total de óbitos por causas externas, 10,7% foram por acidentes de trabalho e destes 64% ocorridos no trânsito.

b) Quanto à Organização dos Serviços

Londrina foi o primeiro município do Estado a assumir a municipalização da saúde, conforme o proposto pela Norma Operacional Básica — NOB/93, tendo sido enquadrada na condição de gestão semi-plena em dezembro de 1995 e, com a edição da NOB/96, o município habilitou-se para a gestão plena do Sistema Municipal, a partir de maio de 1998, reafirmando sua responsabilidade pela gestão de todo o sistema municipal de saúde, desde o planejamento e programação de ações, à contratação de serviços, o acompanhamento e controle das ações, até o pagamento das mesmas.

Para assistir à população municipal e regional, Londrina conta com uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares, sendo que a rede de atenção básica dos serviços de saúde do município abrange 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas na área urbana e rural do município (Figura 2).

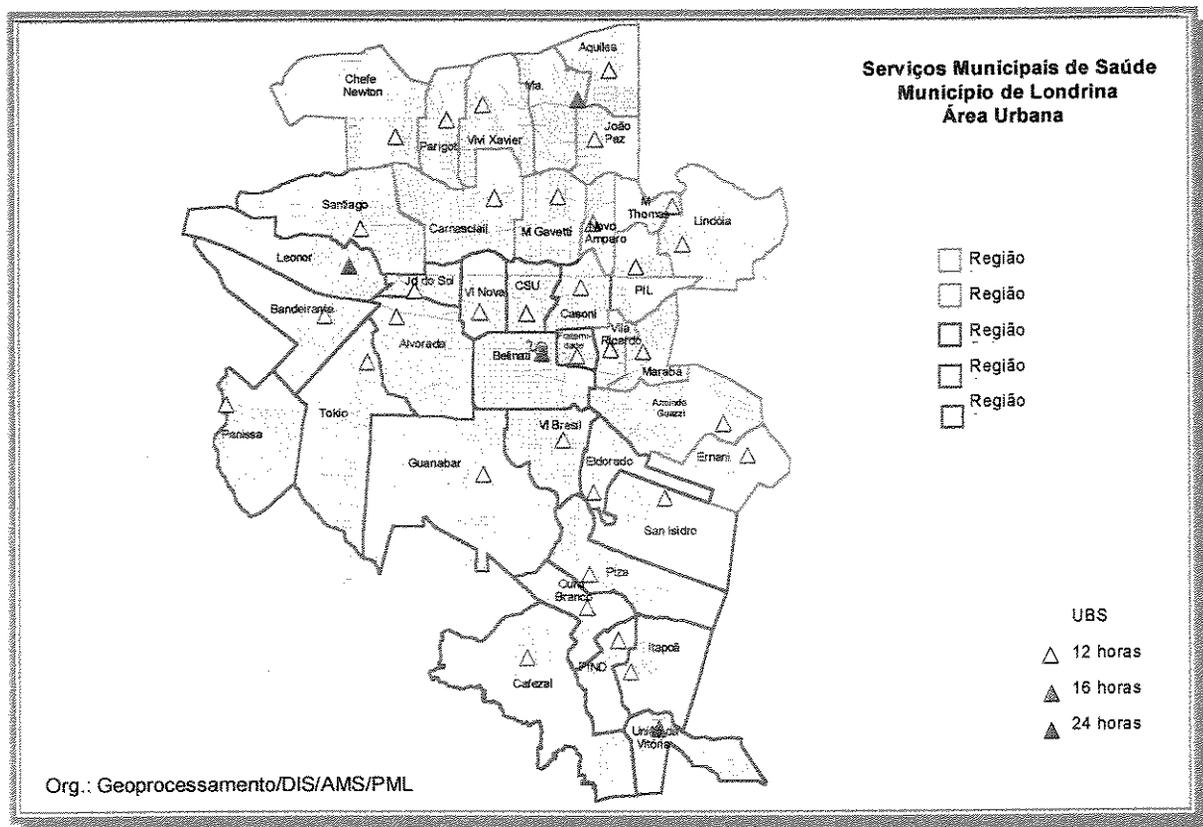


Figura 2-Mapa da distribuição das UBS na região urbana do município de Londrina, 2003.

Londrina adotou a estratégia de Saúde da Família como política pública, incorporando 90 equipes, compostas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e de quatro a cinco agentes comunitários de saúde nas UBS que passaram a denominar-se Unidades Básicas de Saúde da Família. Este serviço se propõe a atender 70% da população do município.

Compõe o quadro de Recursos Humanos da AMS de Londrina 1593 profissionais que estão lotados nas UBS, de diferentes categorias profissionais, embora a representação profissional esteja polarizada entre os profissionais de enfermagem e médicos. Os agentes comunitários passaram a representar 24,6% do total de trabalhadores de Saúde, após a incorporação das equipes de Saúde da Família na RABS (Tabela 5).

Tabela 5-Número de Recursos Humanos na Autarquia do Serviço de Saúde Municipal de Londrina/Pr, lotados nas Unidades Básicas de Saúde, 2003.

Recursos Humanos/AMS	n	%
Administrativo	72	4,5
Auxiliar de Enfermagem	486	30,5
Auxiliar de Odontologia	116	7,3
Auxiliar de Serviços	85	5,3
Cirurgião dentista	73	4,6
Enfermeiro	123	7,7
Médico	204	12,8
Técnico de Higiene Dental (THD)	38	2,4
Agente Comunitário de Saúde	392	24,6
Agente de Farmácia	4	0,3
TOTAL	1593	100,0

Fonte: AMS (2003).

c) A Área de Saúde do Trabalhador

No Estado do Paraná, as ações de S.T. eram de responsabilidade da Secretaria do Estado da Saúde, estando vinculadas ao Setor de Vigilância Sanitária. Por proposta da Equipe Técnica de Coordenação da SES-PR foram implantados programas de S.T. em todas as Regionais de Saúde do estado, tendo como objetivo a redução dos índices de acidentes do trabalho e a assistência e prevenção das doenças profissionais, através de ações voltadas para o atendimento ao trabalhador doente ou acidentado e ações preventivas nos ambientes de trabalho, eliminando e controlando os riscos para a saúde dos trabalhadores. A opção pela equipe foi de não implementar centros de referência, entendendo que as atividades de atenção aos trabalhadores deveriam ser absorvidas integralmente pela rede de serviços de saúde.

Em Londrina, o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina mantinha um ambulatório de atendimento a doenças ocupacionais e o município desenvolveu atividades de cadastramento sanitário de suas empresas, além de criar o Programa de Atenção Integral à S.T. — PAIST —, que não se efetivou.

Mas, as ações de S.T., até 1994, eram de responsabilidade da Regional de Saúde e só a partir de então o serviço foi municipalizado com a criação do setor de S.T., vinculado ao Departamento de Vigilância Sanitária da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Foram alocados para este setor dois médicos que passaram a estruturar o serviço, realizando atividades para organização do sistema de informação em saúde do trabalho, bem como atividades de vigilância e assistência.

O registro dos dados relacionados aos acidentes de trabalho era uma preocupação e por isto iniciou-se um programa para melhorar a notificação de acidentes de trabalho nos pronto-socorros de Londrina e a orientá-los quanto aos procedimentos a serem adotados nos serviços de pronto-atendimentos frente a um acidente de trabalho. As comunicações de acidente de trabalho passaram, então, a serem digitadas pelo Serviço Municipal.

O atendimento médico no Ambulatório de Doenças Ocupacionais do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), que antes era realizado por um docente da Universidade, passou a ser realizado pelos médicos alocados no Setor de S.T. da AMS, duas vezes por semana.

Além disso, esses profissionais respondiam a demandas vindas por parte dos sindicatos e trabalhadores, relacionadas às condições de trabalho, realizando inspeções e atendendo a reclamações. O trabalho mais sistematizado com sindicatos aconteceu visando o controle e prevenção de intoxicações por chumbo em fábricas e reformadoras de baterias.

Alguns aparelhos foram adquiridos para o monitoramento de ambiente de trabalho como bomba de detecção de gases, luxímetro, termômetro de bulbo e decibelímetro.

A partir de 1997, o setor reduz o seu quadro médico, passando a atuar com um médico e dois auxiliares de enfermagem capacitados em vigilância sanitária. Foi então interrompido o serviço de assistência médica no Ambulatório de Doenças Ocupacionais.

Em 1998, a equipe de nível médio é reduzida para uma pessoa, as CATs deixam de ser digitadas e passa a ser priorizado apenas o atendimento de investigação de acidentes de trabalho graves, inspeções sanitárias nos locais de trabalho, algumas ações pontuais de vigilância e capacitação de profissionais da equipe de Vigilância Sanitária para intervirem em serviços de radiodiagnóstico médico, e odontologia.

Visando ampliar a discussão sobre a área e fazer crescer o número de atores envolvidos, em 2000 houve um empenho na reestruturação da Comissão Interinstitucional de S.T. — CIST —, uma câmara técnica ligada ao Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de ampliar o debate sobre o tema com diversos atores.

Participam desta comissão, representantes indicados por instituições que desenvolvem ações relacionadas ao trabalho e representantes de trabalhadores. Esta comissão tem estatuto próprio, reúne-se mensalmente e é coordenada por técnico da área de S.T. do município, tem um caráter propositivo e articulador, levando temas e assuntos relevantes a serem discutidos no Conselho Municipal de Saúde.

Como se pode verificar, a área de S.T. no município de Londrina, embora tenha uma história recente, enquanto responsabilidade do Setor Saúde, é desenvolvida por um pequeno número de técnicos, de forma centralizada e marginal e a CIST tem se mostrado como um importante espaço político de discussão na área.

***3- O SUPORTE
TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA
CONSTRUÇÃO DO MÓDULO DE
SAÚDE DO TRABALHADOR***

*Os indivíduos conhecem, pensam e
agem segundo paradigmas inscritos
culturalmente neles*

Morin, 2002, p.25.

A decisão de desenvolver um material para capacitação dos profissionais que atuam na rede básica dos serviços de saúde surgiu no final da década de 90 e começo de 2000 quando estava em discussão e desenvolvimento pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família, enquanto estratégia setorial à reorientação do modelo tradicional vigente e que, para sua efetivação, haveria necessidade de contar com profissionais de saúde comprometidos com os objetivos estabelecidos para esta proposta.

As equipes de Saúde da Família, segundo orientações do Ministério da Saúde, deveriam ser formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, que assumiriam a responsabilidade pelo atendimento de uma determinada comunidade, de 2400 a 4500 pessoas. Outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos poderiam ser incorporados às equipes de apoio. Entretanto o que se tem verificado é que compõe a maioria das equipes apenas o corpo mínimo estabelecido, ou seja: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em alguns locais, o odontólogo.

Na perspectiva de organização da atenção básica (BRASIL, 2001b), as equipes locais deveriam estar capacitadas para:

- ▲ Conhecer a realidade das famílias pelas quais está responsável, através do cadastramento e do diagnóstico social, demográfico e epidemiológico da sua comunidade;
- ▲ Identificar os principais problemas de saúde e as situações de risco a que a população está exposta;
- ▲ Desenvolver planejamento local, com a participação da comunidade, na busca de estratégias para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde doença;

- ▲ Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial;
- ▲ Desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde já identificados.

A proposta de estruturação PSF é que esta deveria se dar a partir da Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, que assumiria a responsabilidade por uma população a ela vinculada, com o objetivo de substituir as práticas convencionais de assistência por novos processos de trabalho, cujo eixo central seria a vigilância à saúde e a participação da comunidade. As Unidades deveriam compor a parte orgânica do sistema de saúde, dentro do princípio da integralidade e hierarquização, por isso, sua vinculação à rede de serviços como forma de garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, os encaminhamentos para atendimentos de média e alta complexidade, sempre que necessários. Seu funcionamento dar-se-ia em um determinado território, com uma área de abrangência definida, estabelecendo-se o princípio da responsabilidade e vínculo com a comunidade pertencente a este território (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002c).

A Saúde da Família passou a ser para o Ministério da Saúde uma das estratégias fundamentais para o processo de reorganização da atenção básica de saúde, deixando de ser considerado como um programa e passando a ser visto como uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo de saúde vigente. Através de novas dimensões técnica, política e administrativa, a estratégia da Saúde da Família trabalha na perspectiva da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e da organização geral dos serviços, pela reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 2001b).

Um dos problemas mais importantes que a estratégia tem enfrentado para sua consolidação e ampliação reside na área de recursos humanos, configurando-se, reiteradamente, em diversos fóruns, como um dos *nós* para sua efetivação, questões como a inexistência de profissionais com o perfil adequado, com as competências e habilidades necessárias.

A formação dos profissionais de saúde influenciada pelo Modelo Flexneriano¹ caracteriza-se por favorecer uma visão fragmentada da realidade e dos problemas relativos à saúde e à doença, reforçando uma prática de saúde taylorista, biologicista, centrada em intervenção curativa através de um modelo de saúde hospitalocêntrico. Este tipo de formação fortalece a compreensão do corpo humano como uma máquina complexa, que precisa constantemente da inspeção de um especialista, ignorando os condicionantes sociopolíticos e culturais que envolvem a saúde da população.

Visando contrapor este modelo, também conceituado como mecanicista/funcionalista, a Constituição Brasileira/1988 garantiu a partir de sua promulgação, um conceito ampliado de saúde, segundo o qual esta é tida como resultante da convergência de múltiplos fatores integrados e não somente da atuação dos serviços médicos hospitalares.

Esta concepção traz à tona a necessidade dos profissionais de saúde compreenderem o fenômeno saúde-doença enquanto decorrente da produção social e que, para intervir no modelo vigente, os processos de formação profissional devem superar a visão fragmentária do mundo, proporcionando a preparação para um trabalho interdisciplinar, com vistas a instituir uma nova práxis, para que se constitua em um novo paradigma para a saúde.

A emergência deste novo paradigma denominado de Promoção de Saúde pretende reorientar práticas e saberes para o reconhecimento de que há uma necessidade crescente de intervenção sobre determinantes e fatores de risco e não apenas sobre os danos à saúde. Com isto, reforçava-se a idéia de desencadear processos de formação que propiciassem a discussão sobre a relação saúde-trabalho e ações a serem incorporadas pela RABS na área de S.T.

A Diretoria de Atenção Básica de Saúde (Ministério da Saúde) que estava constituindo-se em 1998 traz para discussão a necessidade das áreas técnicas estarem se organizando para atuarem na atenção básica.

¹ Modelo Flexneriano – Modelo relativo a Abraham Flexner, autor do Relatório de 1910, financiado pela Fundação Carnegie, cujas recomendações fixam as linhas mestras em que se basearam as iniciativas posteriores de “aperfeiçoar” a educação médica nos Estados Unidos, com repercussões em diversos países. Os elementos estruturais da medicina flexneriana são: mecanicismo; biologismo; individualismo; especialização; exclusão de práticas alternativas; tecnificação do ato médico; ênfase na medicina curativa; concentração de recursos (MENDES, 1996).

Embora existam críticas à estratégia da Saúde da Família, e sem querer considerá-la como “a panacéia e o único caminho a ser trilhado para a organização do SUS” (LACAZ, 2002, p.9), não há como negar que, para os municípios de menor porte, ela tem sido uma forma de fortalecimento de ações na atenção básica e que ao se planejar a estruturação da área de saúde do trabalhador no SUS, tem que se pensar nestes atores sociais envolvidos na reorganização dos serviços de saúde.

O diagnóstico da necessidade de formação dos profissionais da Rede Básica na área de S.T., pontuado por diversos autores (LACAZ, 1997; MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997; DIAS, 1994), fez com que a área Técnica de S.T. do MS elencasse, como um dos eixos prioritários, a necessidade de oportunizar o desenvolvimento de profissionais do setor saúde na área.

E de qual concepção à atenção ao trabalhador está se falando?

A saúde do trabalhador surgiu como um campo transformador, contra-hegemônico, tentando superar a medicina do trabalho e a saúde ocupacional (MENDES, 1986; MENDES e DIAS, 1991; LACAZ, 1996). No entanto, este movimento de superação de um campo para outro não é linear e sabe-se que esses campos coexistem até hoje.

3.1-MEDICINA DO TRABALHO, SAÚDE OCUPACIONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

Embora desde a Antiguidade a relação entre o trabalho e a saúde-doença seja conhecida, nem sempre se constitui enquanto foco de atenção.

Com a Revolução Industrial, no século XIX, na Inglaterra, surge a Medicina do Trabalho (M.T.), inserindo o médico no interior das fábricas como forma de se detectar processos danosos à saúde e garantir a recuperação do trabalhador, para o seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. Desde seu início, portanto, a M.T. esteve atrelada aos interesses do capital, controlando diretamente a força de trabalho.

No Brasil, que teve uma industrialização mais tardia, o primeiro serviço médico voltado exclusivamente aos trabalhadores, foi criado somente em 1920, por um empresário. Com o decorrer do tempo, foram surgindo outros serviços médicos em empresas que, no

entanto, não valorizavam a relação entre trabalho e saúde, até porque os médicos atendiam os trabalhadores como um *bico*, e apenas procuravam tratar as doenças comuns que os trabalhadores apresentavam, tendo como uma de suas missões, verificar as condições de saúde que provocavam faltas ao serviço (NOGUEIRA, 1995).

A medicina do trabalho, mantida até hoje enquanto especialidade médica, está voltada fundamentalmente para o tratamento da doença (efeito) e a recuperação da saúde do indivíduo. Utiliza-se do referencial da medicina clínica, prática empirista e positivista, centrada na figura do médico, enfocando os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho como problemas individuais, sob uma visão eminentemente biológica. Orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, há um agente etiológico. O foco central desta medicina é a patologia do trabalho, os entraves para a produção e, portanto, não é a saúde do trabalhador, que é visto como mero paciente e objeto de ação e não possuidor de poder e ou saberes (MENDES e OLIVEIRA, 1995; MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997).

Segundo LAURELL e NORIEGA (1989), o método da medicina do trabalho tem como dominante o pensamento médico, baseia-se em grande medida nas reduções sucessivas do objeto de estudo particular, delimitando componentes cada vez menos complexos e estudando-os isoladamente. Sua fragilidade reside, entretanto, em supor a possibilidade de entender o conjunto a partir do somatório de suas partes.

No país, a medicina do trabalho só se firma como especialidade médica após a criação da Fundação Nacional Centro de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), órgão do Ministério do Trabalho, responsável pela organização e realização dos primeiros cursos de especialização em medicina do trabalho. A estrutura destes cursos perpetua-se praticamente sem alterações até o presente, determinando repercussões importantes no perfil desses profissionais (SPEDO, 1998).

Com o desenvolvimento da industrialização, a utilização de novas tecnologias e as mudanças ocorridas nos processos de produção, particularmente após a II Guerra Mundial, surgiram novos problemas de saúde para os trabalhadores. Nesse contexto, além da insatisfação dos trabalhadores, o capital mais uma vez se reorganiza, intervindo na situação que lhe representava risco.

A saúde ocupacional surge como uma proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho e corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, que passa a ser a resposta racional, *científica* e aparentemente inquestionável, da ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões (MENDES e DIAS, 1991).

A saúde ocupacional diferencia-se da medicina do trabalho por incorporar a atuação de uma equipe multiprofissional, com a finalidade de controlar riscos ambientais, a serem avaliados através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Dessa forma, a saúde ocupacional engloba em seu campo, de um lado, a própria medicina do trabalho e, de outro, a higiene e a segurança do trabalho (MENDES, 1980).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho — OIT — a saúde ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção, entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma, a adequação do trabalho ao homem e de cada homem à sua atividade (MENDES, 1980).

Na saúde ocupacional, o trabalhador continua sendo objeto das ações, adaptado às necessidades da produção, do capital. O uso da higiene do trabalho possibilitou a quantificação dos riscos, por meio da utilização dos polêmicos limites de tolerância, conferindo um caráter mais científico (positivista) para esse campo.

Com o aumento da complexidade das relações trabalho-saúde-doença, essas novas aquisições foram insuficientes para dar respostas aos problemas de saúde enfrentados pelos trabalhadores. Essa preocupação aparece em nível internacional, inclusive sendo tema de encontros e documentos da Organização Mundial de Saúde — OMS — e da Organização Panamericana de Saúde — OPS.

No início da década de 80, os documentos dessas organizações assumem um enfoque mais globalizante sobre a relação trabalho-saúde, mudando inclusive a denominação do programa de saúde ocupacional para saúde dos trabalhadores, apontando, ainda, as vantagens de incorporar e operacionalizar essa nova abordagem no âmbito dos serviços de saúde (MENDES, 1986).

Segundo a OPS (1983), o enfoque de saúde dos trabalhadores inclui os da saúde ocupacional, concentrados tradicionalmente na identificação e no controle dos riscos profissionais dentro dos ambientes de trabalho, porém acrescenta a compreensão das relações trabalho-saúde, uma visão do tipo estrutural de ocupação como determinante social deste processo. Contempla os trabalhadores enquanto categoria ou grupo da comunidade e a saúde como um todo indivisível.

No Brasil, nesse mesmo período, profissionais de saúde vinculados a universidades e a serviços, em aliança com parte do movimento sindical, forjaram um movimento buscando superar a visão e a capacidade de intervenção da saúde ocupacional e da medicina do trabalho, com os referenciais da S.T.

Esse campo emerge, em nosso país, num contexto de lutas sociais por uma sociedade mais democrática e busca da cidadania, em particular a luta pela Reforma Sanitária, que tinha como principal diretriz a saúde como direito do cidadão. O referencial teórico para sua constituição foi o da medicina social latino-americana, que situa o trabalho como categoria fundamental na determinação social do processo saúde-doença, incorporando a concepção de trabalhador-sujeito da ação. O modelo operário italiano e as conquistas do movimento sindical italiano também exerceram papel paradigmático na construção dos referenciais da S.T. (DIAS, 1994; LACAZ, 1996; MINAYO-GOMES e; THEDIM-COSTA, 1997).

Essa nova prática aparece como contra-hegemônica aos modelos tradicionais da medicina do trabalho e da saúde ocupacional que, sendo centrados no médico e controlados direta ou indiretamente pelo capital, têm o trabalhador como objeto central e passivo de suas ações e não têm sido capazes de transformar substancialmente a realidade: trabalhadores continuam adoecendo e morrendo por doenças conhecidas desde a antigüidade (DIAS, 1995).

Dessa forma, a saúde do trabalhador se constitui como um campo de teoria e práticas que mantem a medicina e incorpora, além do saber do trabalhador, outras ciências, particularmente as ciências sociais. Esse campo assume com o trabalhador o compromisso de resgatar e preservar sua saúde, intervindo e modificando o ambiente e a organização do trabalho.

Associada às diretrizes da atenção primária em saúde (OMS, 1978), essa concepção orientou as iniciativas que buscavam organizar a atenção à S.T. na rede pública de serviços de saúde no Brasil. Isso representou uma ruptura importante no modelo hegemônico até então, as tradicionais áreas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

LACAZ (1997) sinaliza a S.T. como um campo que busca construir um conhecimento transformador visando uma nova prática, que contribua na análise das relações entre saúde e trabalho e promova modificações significativas na saúde das coletividades de trabalhadores, embora considere esta “uma tarefa bastante ousada no sentido de deslocar uma longa tradição da medicina no trato das questões relacionadas ao trabalho” (p.15).

DIAS (1995) afirma que a área de S.T. aparece como uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores e, por extensão, à da população em geral. Para isto, segundo a autora, há necessidade de ampliar a compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços e com o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprias deste momento da história humana.

A partir da leitura de TAMBELLINI (1986), MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA (1997) e DIAS (1994), apresenta-se no quadro abaixo (Quadro 1) as diferenças quanto à atuação profissional, ao objeto de atenção à saúde, às ferramentas de apoio à atuação profissional, às formas de organização dos serviços, ao sistema de informação e à concepção saúde doença, nas concepções do campo da medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador.

Quadro 1-Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador.

PREDOMÍNIO	MÉDICA DO TRABALHO	SAÚDE OCUPACIONAL	SAÚDE DO TRABALHADOR
Atuação profissional	Especialistas (médicos, enfermeiros, atendente do trabalho)	Especialistas (sanitarista)	Equipes de profissionais de saúde (várias profissões de especializações diversas), Agentes de saúde (trabalhadores)
Objeto de atenção da saúde	Indivíduo: Trabalhadores sob a ação de agentes patogênicos no micro ambiente de trabalho	Grupo de risco: grupos de trabalhadores expostos e não expostos a agentes patogênicos no micro ambiente de trabalho	Classes sociais e frações de classes de trabalhadores industriais, agrícolas e de serviços. Grupos de trabalhadores organizados política e economicamente
Ferramentas de apoio à atuação profissional	Empírico. Técnica a serviço dos setores dominantes. Clínica e terapêutica	Empírico. Técnica a serviço dos setores dominantes. Ênfase na Epidemiologia.	Empírico conceitual. Técnica a serviço dos trabalhadores. Saúde coletiva. Clínica, epidemiologia, planejamento, engenharia, ciências sociais, pedagógicas e políticas.

Continua....

continuação....

<p>Atenção em: todos os níveis de prevenção. Manutenção dos determinantes de saúde na sociedade sob o controle do trabalhador, objetivando a defesa de sua saúde. Conhecimento mais integrado da realidade, ainda que permaneça ideologizado.</p>	<p>Atenção de: nível secundário e terciário de atenção. Doença mantida sobre controle do capital, objetivando a produção. Manutenção de doenças e acidentes em condição com a produção. Atuação técnica autoritária dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho e fora Conhecimento fragmentado e ideologizado da realidade</p>	<p>Atenção de: nível secundário e terciário de atenção. Atuação técnica autoritária dos administradores do trabalho restrita aos micro-ambientes de trabalho. Conhecimento fragmentado e ideologizado da realidade</p>	<p>Formas de organização dos serviços</p>
<p>Condições de saúde compatíveis com os avanços técnicos. Maiores níveis de consciência sanitária e política. Conhecimento compartilhado – plena informação. Maior poder dos trabalhadores organizados. Atuação democrática dos profissionais (técnica e política) atendidos como trabalhadores especializados e cidadãos. Atenção aos trabalhadores no Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Condições de saúde variáveis. Informação restrita e ideologizada. Maior poder corporativo dos técnicos em relação ao capital e aos trabalhadores. Atuação técnica autoritária dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho e fora</p>	<p>Condições de saúde precárias. Doença mantida sobre controle do capital, objetivando a produção. Informação deformada sobre a realidade. Alienação do trabalhador-desinformação. Maior poder do capital sobre a Força de Trabalho.</p>	<p>Sistema de informação</p>
<p>Determinação social do Processo Saúde Doença (categorias explicativas: processo de trabalho e classe social)</p>	<p>Multicausal</p>	<p>Unicausal</p>	<p>Concepção predominante saúde doença</p>

3.2-PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS, PEDAGÓGICOS E PSICOLÓGICOS DA PROPOSTA PEDAGÓGICA DO MÓDULO

Como estruturar uma proposta pedagógica que favorecesse a compreensão técnica, política e social que norteia a área de Saúde do Trabalhador? Que conteúdos e conceitos deveriam ser trabalhados? Que concepção pedagógica poderia dar suporte para o curso a ser realizado para os profissionais da RABS?

Os profissionais que integravam o grupo responsável pela elaboração da proposta, embora atuassem como docentes em instituições de nível superior, traziam de sua trajetória profissional pouco acúmulo teórico sobre processos de ensino e aprendizagem, pois a formação principal dos membros do equipe era enquanto técnicos formados para atuar na área médica — como médicos, enfermeiros.

As atividades desenvolvidas, enquanto docentes, eram realizadas a partir das experiências individuais dos membros, apresentando maior preocupação com o conteúdo a ser *repassado*, do que com questões como: quem são os alunos com os quais se trabalha, como eles aprendem, o que é aprendizagem significativa, como desenvolver procedimentos de ensino aprendizagem que favoreçam análise crítica e reflexões que estimulem estratégias de enfrentamento dos problemas a partir de sua realidade (BRASIL , 2003a).

Segundo MIZUKAMI (1986), uma abordagem cognitivista implica em estudar cientificamente a aprendizagem como um produto resultante do ambiente, das pessoas ou de fatores externos a ela. Como as pessoas lidam com estímulos ambientais, organizam dados, sentem e resolvem problemas, adquirem conceitos e empregam símbolos, constituem, pois, questões importantes ao se pensar em processos educativos. Estudar, refletir, analisar, buscar estratégias de ensino passaram a ser questões que nos inquietavam e motivavam durante a elaboração do Módulo e sua aplicação.

Os alunos com quem estaríamos trabalhando seriam adultos, com nível instrucional elevado, e os processos de construção de conhecimento e efetivação da aprendizagem para grupos com esse perfil são pouco explorados pela literatura. O adulto, inserido no mundo do trabalho e das relações interpessoais traz consigo uma história mais longa e, às vezes, mais complexa de experiências e saberes acumulados, de reflexões sobre o mundo externo, sobre si mesmo e sobre as outras pessoas. A inserção do adulto em

situações de aprendizagem faz com que ele traga consigo diferentes habilidades e dificuldades (em comparação à criança) e, provavelmente, maior capacidade de reflexão sobre o conhecimento e sobre seus próprios processos de aprendizagem (OLIVEIRA, 1999).

Mas, ao se falar do processo de aprendizagem do grupo de alunos que estaríamos trabalhando — adulto com um nível instrucional elevado — inserido no mundo do trabalho em uma ocupação razoavelmente qualificada, torna-se ainda mais complexo até pela ausência de uma teoria consistente sobre os processos intelectuais por eles vivenciados, face as experiências sociais, culturais, profissionais e acadêmicas que acumulam (OLIVEIRA, 1999).

Vários cientistas, entre eles, médicos psiquiatras, psicólogos e lingüistas se aventuraram na tarefa de compreender o funcionamento da mente e a constituição da subjetividade humana. Embora muito se tenha avançado na direção de se entender a constituição subjetiva do ser humano, ainda há muito a se discutir sobre o modo como o homem constrói seu conhecimento.

Em busca desta árdua tarefa, no início do século XX, um autor que trouxe contribuições originais para a compreensão da constituição do sujeito epistêmico e sua compreensão da realidade social foi o filólogo e psicólogo russo Lev Semenovich Vygotsky — 1896-1934 — (OLIVEIRA, 1997; VYGOSTKY, 2003).

Os trabalhos de Vygotsky centram-se principalmente na origem social da inteligência e no estudo dos processos sociocognitivos. Sua arquitetura teórica procura estabelecer unicidade entre os processos psicológicos superiores, em uma perspectiva marxista-dialética do funcionamento intelectual humano, que favorece o estudo de todos os fenômenos como processos em movimento e em mudança.

A partir das idéias do filósofo alemão Karl Marx (1818-1883), em que mudanças históricas na sociedade e na vida material produzem mudanças na natureza humana (consciência e comportamento), Vygotsky tentou correlacioná-las às questões psicológicas concretas. Através da teoria de Friedrich Engels (1820-1895), na qual o homem com o seu trabalho transforma a natureza, através do uso de instrumentos e, ao

fazê-lo, transforma a si mesmo, Vygotsky vislumbrou nesses instrumentos a função de mediação entre o homem e a natureza.

Ao enfatizar as origens sociais da linguagem e do pensamento, brilhantemente Vygotsky transplantou o conceito de mediação na interação homem/natureza, através de instrumentos, presente na teoria marxista, para a interação homem/cultura através do uso de signos.

Os signos são interpretáveis como representação da realidade e podem referir-se a elementos ausentes do espaço e do tempo presentes, representando ou expressando outros objetos, eventos e situações.

Na tentativa de desfazer equívocos inerentes à coincidência/similitude entre ambos os termos, Vygotsky aponta algumas semelhanças e diferenças entre eles.

Entre as suas semelhanças, tanto signo quanto instrumento se caracterizam pela função mediadora. O primeiro media a relação do homem com sua cultura e o segundo media a relação do homem com a natureza.

Já a diferença mais essencial entre signo e instrumento consiste nas variadas maneiras em que eles orientam o comportamento humano. O instrumento é orientado externamente, para a ação do homem sobre o objeto, levando a mudanças nesse objeto. O signo, por outro lado, não modifica em nada o objeto da operação psicológica, constituindo um meio orientado internamente, para o controle do comportamento do próprio indivíduo.

VYGOTSKY (2003) ressalta, entretanto, que tanto o signo quanto o instrumento modificam o comportamento humano. Escreve sobre as primeiras interações das crianças com seu meio natural e social e que estas são mediadas por signos externos. Com o desenvolvimento, essas operações sofrem uma interiorização e começam a agir como processos puramente internos. Ao contribuírem na ampliação das funções psicológicas, tanto signo quanto instrumento auxiliam na constituição das funções mentais superiores.

VYGOTSKY (2003) defende o caráter prioritário da dimensão social e cultural da consciência e admite o caráter secundário da dimensão individual na formação desta mesma consciência. Sustenta, ainda, que o desenvolvimento humano exige a apropriação de instrumentos e signos em um contexto de relação e interação com os outros. Segundo este

autor, o desenvolvimento humano não pode ser explicado tão somente por fatores de caráter biológico, até porque,

A participação em atividades (...) em que companheiros mais experientes e capazes culturalmente transmitem – ou tentam transmitir – os instrumentos e os recursos que mediatizam e amplificam as capacidades humanas (isto é, em atividades educativas) é quase imprescindível na explicação do processo de desenvolvimento (VYGOSTKY, 2003 p.78).

Por suas idéias é possível inferir a importância que atribui à educação para o desenvolvimento humano.

3.3-CONSTRUINDO O MÓDULO

Ao se pensar em um projeto de formação que atendesse o campo de saúde do trabalhador era necessário ir além da simples discussão de conteúdo a ser ministrado em um curso. Era necessário discutir que conceitos e concepções deveriam ser trabalhados, como articular a área clínica à saúde coletiva, que atribuições e competências deveriam estar sendo analisadas e implementadas, que proposta metodológica deveria ser adotada no processo de formação dos profissionais de saúde, qual a clientela a ser focada.

Estas e outras indagações foram objeto de inúmeras discussões entre especialistas da área, do setor específico de S.T. do MS e o grupo designado para a elaboração da proposta de formação.

A inexistência de ações na rede básica, a especificidade e a pouca apropriação dos trabalhadores de saúde sobre o tema e o desejo de realizar um curso que permitisse a construção coletiva dos conhecimentos na área, fez com que a análise da estruturação da proposta, desde a concepção pedagógica que daria suporte ao processo até os procedimentos pedagógicos, fossem ampla e coletivamente analisados.

Por ser o campo de trabalho em saúde altamente complexo e dinâmico, constituindo-se de múltiplos processos de trabalho, é preciso reconhecer os sujeitos do ensino-aprendizagem e suas relações frente às diferentes inserções e situações que têm em mente uma mesma prática social.

No cotidiano dos serviços encontramos muitas vezes uma marcante rigidez no estabelecimento de tarefas e rotinas; a separação das atividades de planejamento, execução, avaliação do trabalho; a fragmentação do fazer por diversos trabalhadores, o que faz com que na forma como são estabelecidas as atividades, na rotina de atendimento e no ambiente de trabalho, se perca a visão do todo, ou da parte de uma totalidade assistencial, institucional e social.

Por sua vez, há uma marcante hierarquia entre as pessoas que compartilham o mesmo trabalho, o que favorece a alienação de grande parte dos membros da equipe, dificultando sua inserção consciente no processo.

Ao se estruturar uma proposta pedagógica há que se considerar que é importante conhecer e entender que, embora os alunos do curso não dominem todos os conteúdos necessários à ST, não se pode afirmar que o objeto seja de todo estranho a eles. Muito do que estaria sendo trabalhado já era de conhecimento dos participantes, adquirido de forma empírica ou fragmentada, e este seria um elemento da prática pedagógica — a mediação sujeito-objeto² (BRASIL,2003a).

O que se pretendia com o curso era proporcionar uma (re)aproximação com o objeto da S.T, para que este objeto fosse (re)admirado, passando a ser visto com outros olhos. Por ganhar um novo significado, esperar-se-ia que este objeto passasse a ter, para os alunos/profissionais, um outro sentido.

O grande desafio da relação pedagógica é encontrar a mediação sujeito-objeto capaz de estabelecer um ponto de conexão entre os significados presentes na experiência pessoal dos alunos e aqueles que o conhecimento sistematizado e em bases científicas define como necessários para sua efetivação (BRASIL, 2003a).

Segundo FREIRE (1979), a tarefa fundamental do trabalhador social é ser sujeito e não objeto de transformação. Para isto, exige-se deste trabalhador sua ação sobre a realidade e um aprofundamento da sua tomada de consciência desta realidade. Havia a

² Mediação – intermediação entre termos ou seres. Representa especificamente as relações concretas que se estabelecem entre os fenômenos e suas articulações. A educação possui um caráter mediador.

Sujeito – O indivíduo real, que é portador de determinações e que é capaz de propor objetivos e praticar ações.

Objeto – Caracteriza-se por ser distinto do sujeito, pois designa tudo o que constitui a base de uma experiência efetiva ou possível, tudo aquilo que pode ser pensado ou representado, distintamente do próprio ato de pensar (BRASIL, 2003a).

intenção de que os profissionais de saúde, a partir do curso, tomassem consciência da realidade do trabalhador que vive e mora na área em que atua e, ainda, que — em conseqüência, atuassem como elementos de transformação em seus contextos de ação específica.

Era necessário desenvolver estratégias de problematização da realidade, visando a interação entre sujeito (aluno) e objeto (conteúdo), considerando as formas de aprender do sujeito e recortes do objeto que permitissem, a partir do seu referencial de percepção da realidade, a reconstrução dos conhecimentos sobre a realidade, tornando-o elemento ativo nas transformações necessárias ao setor saúde, rumo a melhores condições de vida do trabalhador e da população em geral.

Para a construção da proposta pedagógica para a área de saúde do trabalhador havia a preocupação com a metodologia, além do conteúdo e dos alunos/profissionais que estariam participando do curso.

Segundo LUCKESI (1994), a metodologia traz sempre implícita uma visão de mundo que se expressa no processo pedagógico e que, portanto, não é revestida de neutralidade, mas está sempre marcada por posições ideológicas e contém na sua essência valores que norteiam a ação em um determinado projeto histórico. Isto implica uma direcionalidade a ser dada para transformar ou manter uma dada realidade.

A indissociável relação entre conteúdo e método e as tendências pedagógicas sugerem estratégias didáticas, retratam uma visão de mundo e de educação e nelas esta implícito o papel do professor, do aluno e dos conteúdos.

O mesmo autor aponta, ainda, duas perspectivas de compreensão de método: sob a ótica teórico-metodológica e sob a ótica técnico-metodológica.

Sob a ótica teórico-metodológica, o método significa o modo de abordar a realidade, seja para a produção de conhecimento seja para o encaminhamento das ações. Tanto em um como em outro enfoque, ao se enfrentar a realidade, assumimos uma visão que nos permite tratá-la sob determinado ponto de vista (LUCKESI, 1994).

Sob a ótica técnico-metodológica, o método é a definição dos modos de se atingir resultados desejados, os objetivos definidos (LUCKESI, 1994).

Como um modo operacional de agir ou de fazer alguma coisa, o método não existe num vácuo teórico, mas sim articulado com uma visão de realidade. Desta forma, sob a ótica técnico-metodológica, manifesta-se como meios — técnicas e procedimentos adotados na ação — pelos quais se atinge fins pedagógicos próximos e articulados com fins políticos mais distantes (BRASIL, 2003a).

Como esses fins pedagógicos e políticos (explícitos ou não, conscientes ou não) estão presentes nas crenças que subsidiam a nossa ação, a articulação entre ambas as óticas resgata a totalidade da opção em termos teóricos e técnicos, integralizando o método utilizado.

Então, para se compreender as bases teórico-metodológicas, cumpre perguntar: quais concepções de saúde, saúde do trabalhador, educação, trabalho, ensino, aprendizagem, prática, estão por trás dessas ações pedagógicas? Que prática profissional na área de saúde do trabalhador queremos consolidar? Como são os profissionais que atuam na rede de atenção básica, como os alunos submetidos ao curso, irão expressar-se no seu cotidiano?

Para identificar as bases técnico-metodológicas que deveriam ser utilizadas, foram propostos questionamentos que se afiguravam mais significativos para então: que procedimentos metodológicos poderíamos estar utilizando? Como estabelecer a relação entre os objetivos pedagógicos e as técnicas utilizadas em cada momento? Qual a compreensão que os profissionais da rede básica têm das competências esperadas para a rede básica na área de S.T?

Este esforço de interpretação, análise e aplicação do ato educativo de forma crítica, tem feito com que os profissionais de saúde envolvidos com processos educativos se aproximem da área da educação. Já na década de 80, influenciados pelas concepções pedagógicas problematizadoras propostas por Paulo Freire, diversos cursos passaram a ser realizados visando superar as práticas de ensino de natureza liberal, até então vigentes.

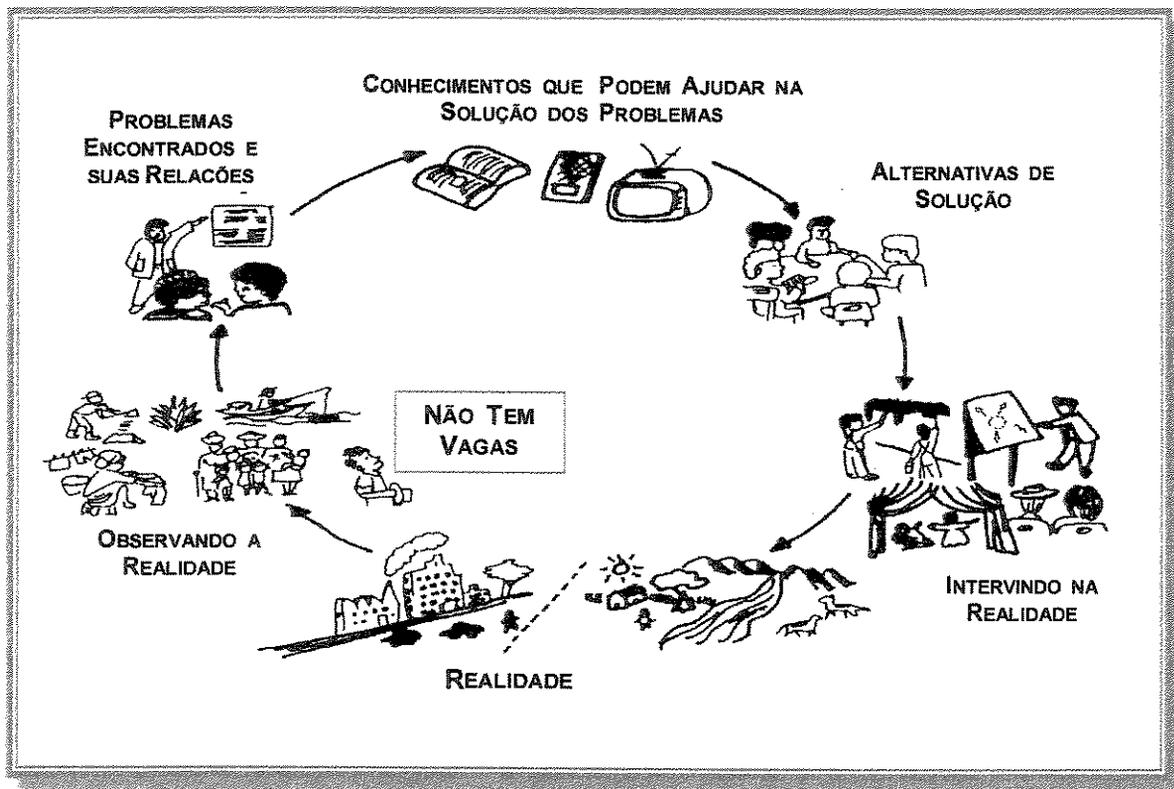
As propostas pedagógicas mais progressistas têm por objetivo contribuir para a formação da cidadania, desenvolver nos educandos condições de criticidade, o que significa conhecimento e comprometimento político. Considera que dentro de condições histórico-sociais determinadas os conteúdos a serem trabalhados têm que ser significativos.

As teorias psicológicas amparadas por esta visão epistemológica preocupam-se em estudar como se dá o processo de aprendizagem, quais os determinantes que o afetam, de que forma o meio cultural influencia as aprendizagens. Vygostky foi um dos teóricos que estudou a relação do ambiente sociocultural no processo de construção do conhecimento.

Sabe-se que um número cada vez maior de cursos na área da saúde vem construindo suas propostas visando ir além da prática transmissora, tecnicista e, atualmente, aprofundam-se na discussão sobre as possibilidades e limites das pedagogias mais progressistas. Estas experiências têm promovido algumas mudanças importantes nas propostas e nas relações pedagógicas, tais como: a valorização do conhecimento trazido pelo aluno-sujeito, a consideração da realidade como ponto de partida para a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, o estímulo à busca de soluções dos problemas da prática em saúde visando a transformação dos serviços.

A vivência, seja como aluna, seja como instrutora, em práticas pedagógicas que se utilizavam da problematização enquanto abordagem educativa em diversos cursos como Projeto Gerhus, Projeto Larga Escala, Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos — CADRHU —, Currículo do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Curso de Formação Pedagógica em Saúde: enfermagem/PROFAE, foram subsídios para o início dos trabalhos (ITO et al., 1997).

Como referência para a aplicação da concepção problematizadora, muitas destas experiências utilizaram-se do diagrama de Charles Maguerez — o método do arco — citado como uma representação do processo problematizador pelo professor Juan Dias Bordenave, segundo o qual a ênfase se dá nas etapas do Arco: observação da realidade; problema; ponto-chave; teorização; hipótese de solução; aplicação da realidade — prática modificada — (DIAZ BORDENAVE e PEREIRA, 1994).



Fonte: SÃO PAULO (1997) — Figura adaptada de Charles Magueréz.

Figura 3-O Método do Arco de Magueréz.

Conforme o representado na Figura 3, na educação problematizadora, o processo de ensino e aprendizagem inicia-se por uma visão sincrética ou global da realidade, quando as pessoas expressam suas idéias, opiniões, fazendo assim sua primeira leitura da situação concreta. Em um segundo momento, as pessoas/grupos selecionam e analisam as informações, identificam os pontos-chave do(s) problema(s) levantando suas relações/variáveis que determinaram a situação encontrada. A utilização da teorização possibilita uma síntese provisória, que equivale à compreensão. Desta apreensão ampla e profunda da estrutura do problema e de suas conseqüências nascem as hipóteses de solução, ou de enfrentamento dos problemas, que obrigam a uma seleção das soluções mais viáveis. A síntese tem continuidade na práxis (SÃO PAULO,1997).

Esta opção pedagógica tem como ênfase o próprio processo, destacando a transformação das pessoas, grupos e comunidade e propõe-se a dar direcionalidade na

construção do conhecimento, preservando a capacidade de pensar do aluno através de atividades de representação, relação e ação na busca da transformação da realidade.

As nossas experiências no campo educacional tanto enquanto alunos como enquanto professores foram marcadas, predominantemente, pelas abordagens tradicional (método transmissor/expositivo) e tecnicista (método mecanicista/condicionado), que terminam por impor-se também nas nossas relações profissionais.

A abordagem tradicional, nascida e sistematizada no contexto da Revolução Francesa (1789), politicamente, destinava-se à equalização social, pela promoção de indivíduos preparados em condições iguais, de tal forma que pudessem lutar por seus direitos na sociedade. As idéias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação com ênfase no conteúdo.

Segundo esta concepção, os conhecimentos e valores sociais acumulados são repassados para os alunos como verdades, de forma que não desenvolve as habilidades intelectuais do indivíduo e não favorece o diálogo entre os saberes que as diferentes experiências dos membros da equipe e população podem promover. As práticas pedagógicas centram-se predominantemente na exposição oral, no comunicado do conhecimento que se deseja transmitir, considerando o aluno ou profissional de saúde como uma *tábula rasa*, sem nenhuma contribuição a dar sobre o assunto.

A abordagem tecnicista chega ao Brasil no final dos anos 60, especialmente a partir dos Acordos MEC/USAID (acordos de cooperação técnica e científica na área de educação, realizados entre governo brasileiro e governo norte-americano). Tem por objetivo formar profissionais para atender carências de mão-de-obra para o processo de industrialização multinacional e nacional na aquisição de conhecimentos e habilidades restritos a essa necessidade específica. Embora tenha sido gestada para os ensinos profissionalizantes, teve forte influência na formação dos profissionais de saúde, nos treinamentos em serviço e também nos cursos de graduação (LUCKESI, 1994).

Neste tipo de abordagem tecnicista, os resultados comportamentais são os pontos mais importantes da educação e sua ênfase é no condicionamento, partindo-se do pressuposto de que para o aluno aprender deve-se centrar esforços na repetição da associação de estímulos, respostas e recompensas ou reforços. Desta forma, não se

desenvolvem as habilidades intelectuais do indivíduo, fazendo com que haja aquisição de comportamentos sem reflexão. A teoria da aprendizagem que representa esta corrente é a comportamentalista/behaviorista, principalmente elaborada por Skinner (SÃO PAULO, 1997).

Os métodos de ensino — tradicional e tecnicista — de tendência liberal, são vistos como produtores de limitações significativas, principalmente quando exercidos de maneira dominante na formação. Eles se pautam no reiterado exercício do modo de agir (procedimentos técnicos, condicionamentos de postura e hábitos), que são transferidos aos alunos aprendizes, com base em conhecimentos meramente suficientes para aplicá-los sem reflexão crítica.

Do ponto de vista das repercussões, os métodos promovem a modelagem de comportamentos padronizados, a automatização eficiente da aprendizagem, sem questionamento das circunstâncias em que as situações-problema acontecem. Na verdade, tornam esse agir ineficiente em novas circunstâncias, uma vez que procedimentos condicionados não podem ser mobilizados/transferidos para as múltiplas e complexas situações que envolvem a assistência à saúde, contemporaneamente.

Estes métodos tradicionais³ não auxiliam aos profissionais de saúde a desenvolverem o questionamento crítico em relação ao que está sendo ensinado e ao que está sendo vivenciado nas reais condições de trabalho nos serviços de saúde; eles dificilmente conseguem buscar, de forma coletiva e organizada, a coerência e pertinência entre teoria e prática e tampouco contribuem para a compreensão crítica das tecnologias usadas nos serviços de saúde, inibindo o desenvolvimento da autonomia e a capacidade de propor novas formas de pensar/agir frente a situações não rotineiras (LIBÂNEO, 1994).

Observa-se que tais métodos acabam freqüentemente padronizando a compreensão, a capacidade de observação, análise e avaliação em relação ao contexto e às condições de trabalho, de saúde e de doenças que afligem a maioria da população brasileira.

As tendências pedagógicas progressistas encontram três vertentes: a Libertária, Libertadora e a Crítico social dos conteúdos (LIBÂNEO, 1994).

³ Segundo Libâneo as pedagogias de natureza liberal são: a tradicional; a renovada progressivista; renovada não-diretiva; tecnicista.

A pedagogia libertária traduz os propósitos políticos do anarquismo e tem como objetivo político formar os jovens e as crianças para a auto-gestão individual e coletiva. O conteúdo que permite atender esse objetivo é o interesse e a decisão do grupo. Não existe um conteúdo definido e o grupo decide o que fazer e o como fazer.

A pedagogia libertadora (concepção problematizadora), resultante da obra pedagógica de Paulo Freire, tem por objetivo político a emancipação organizada das camadas populares. É fundamentalmente uma proposta para a educação de adultos, sujeitos que não tiveram acesso à escola na faixa etária regular da infância e adolescência. Nesta pedagogia, o conteúdo da prática educativa surge da reflexão coletiva, dialogada e conscientizada sobre a cultura cotidiana do povo.

A Pedagogia crítico social dos conteúdos, tem por objetivo contribuir para a formação da cidadania, desenvolver nos educandos condições de criticidade, o que significa conhecimento e comprometimento político. Considera que dentro de condições histórico-sociais determinadas os conteúdos a serem trabalhados têm que ser significativos. As teorias psicológicas amparadas por esta visão epistemológica preocupam-se em estudar como se dá o processo de aprendizagem, quais os determinantes que o afetam, de que forma o meio cultural influencia as aprendizagens. Vigostky, foi um dos teóricos que estudou a relação do ambiente sócio cultural no processo de construção do conhecimento.

Havia a preocupação em não reduzir a metodologia do curso ao método do arco, situação já vivenciada em experiências anteriores com alunos da graduação, quando a preocupação com o método fazia dele uma *camisa de força*, pouco favorecendo, assim, a reflexão crítica e contextualizada da área de saúde do trabalhador (BRASIL, 2003a).

Na discussão metodológica, o método representa o como e o conteúdo o quê, de maneira que um não existe independente do outro no processo educativo. À medida que se analisa o quê surgem elementos do como que, por sua vez, permitem novas abordagens do quê, configurando-se, dessa forma, uma interação dinâmica da qual emergem relações e subordinações mútuas.

A coerência pressupõe as relações entre o quê e o como, apontando para a totalidade do objeto em construção. O objeto em construção é a área do conhecimento que o processo educativo pretende superar. O método deve permitir visões globalizantes, para a construção de concepções sobre a totalidade e não apenas a edificação de um somatório de parcialidades (BRASIL, 2003a).

A indissociabilidade entre o método e o conteúdo deve ser estendida aos sujeitos do processo educativo. Como o aluno se apropria da estrutura do conteúdo talvez seja a questão mais importante da metodologia. Para que o aluno se aproprie do conhecimento, sem apenas memorizá-lo, construindo sua própria estrutura de pensamento, necessita que sejam respeitados o seu padrão cultural e formas de pensar. A metodologia deve permitir que o aluno possa, a partir de seus esquemas menos elaborados, abstrair as relações de causalidade e desenvolver esquemas mais elaborados e científicos de pensamento e compreensão da realidade.

O método deve facilitar a apreensão do objeto, tomando um referencial da problematização do mesmo e viabilizando o processo de abstração cada vez mais referenciado à totalidade. Por exemplo, é possível colocar para alguns trabalhadores de saúde a questão da causa de óbitos por acidentes de trabalho no seu município, na sua área de abrangência, a resposta inicial, provavelmente, corresponderá a uma visão do senso comum ou a simples constatação das *causas mortis* explicitadas nos atestados de óbito. Muitos processos educativos param aí, o que dificulta compreender e refletir sobre as estratégias de intervenção para evitar os diferentes tipos de acidentes de trabalho.

A metodologia deve acrescentar ao fenômeno singular da *causa mortis*, a possibilidade de análise cada vez mais elaborada, da qual seja possível abstrair todo o sentido da causalidade em suas dimensões dialéticas entre o biológico e o social.

O planejamento deve constituir a dinâmica de tomada de decisões para facilitar as ações no dia-a-dia e a cada momento, evitando o espontaneísmo, a improvisação de último momento e sobretudo garantindo a evolução do processo de forma democrática. À metodologia importa buscar e pensar situações e relações concretas, fatos e fenômenos reais, selecionando materiais adequados para o avanço do processo de aprendizagem.

Após muitas horas de trabalho e considerando as discussões e conhecimentos acumulados para a construção do campo de S.T., ao longo dos anos, por diferentes autores e especialistas da área, foi elaborada a proposta de formação pedagógica para os profissionais que atuam na RABS.

O Módulo foi organizado prevendo-se que nas seqüências de atividades didáticas o aluno realizasse operações de desenvolvimento intelectual, desde a descrição e definição de dados da realidade, a comparação, a discriminação e a relação entre fatos na tentativa de explicá-los para avançar na compreensão de suas determinações mais amplas, até o exercício de planejamento de ações concretas que incluem a definição de objetivos, a seleção de métodos e técnicas e as formas de controle e avaliação dos resultados. Em resumo, as atividades foram seqüenciadas de modo a permitir a interação gradual com o objeto e o desenvolvimento das capacidades de generalização e abstração.

A organização das unidades didáticas e das seqüências de atividades procurou utilizar-se de princípios pedagógicos que articulam conteúdos, métodos e técnicas de ensino aprendizagem. A opção da estruturação de módulo instrucional visou a facilitação da disseminação do curso.

Foram cinco unidades temáticas:

- 📍 **Primeira Unidade:** Que trabalhador é este?
- 📍 **Segunda Unidade:** Como investigar a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença;
- 📍 **Terceira Unidade:** Agravos relacionados ao trabalho;
- 📍 **Quarta Unidade:** A vigilância da saúde e o controle social em S.T. na perspectiva do SUS;
- 📍 **Quinta Unidade:** Tecendo a mudança.

O resultado obtido foi apresentado em reunião realizada em Brasília e que contou com a participação de técnicos que atuavam na área de S.T. em diversos estados, onde foram validados os conteúdos e os conceitos-chave a serem trabalhados durante o curso.

Nesta reunião alguns pontos foram amplamente debatidos entre os participantes: a necessidade de garantir espaços durante o curso para a realização de ações pertinentes à RABS e para especificação das atribuições dos profissionais neste nível de assistência.

Deveria também propiciar a discussão sobre o trabalho intersetorial, envolvendo Delegacia Regional do Trabalho, INSS, trabalhadores ou entidades que os representassem e a concepção do processo saúde doença que dá suporte à análise dos agravos decorrentes da relação saúde trabalho.

A decisão do grupo foi por realizar o curso para todos os profissionais de nível superior que atuam na RABS e que estes deveriam adaptar o conteúdo a ser aplicado para os demais membros da equipe de saúde da família (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Destaca-se que a integração de todos os membros da equipe é tida como aspecto imprescindível para o desenvolvimento de práticas sanitárias de S.T., coerentes com a proposta do SUS.

Mas, como os processos de formação institucionais não são espontâneos e solitários, ao contrário, são mediados por um sujeito-professor/instrutor que, movido por sua intencionalidade pedagógica, proporciona os procedimentos necessários para a apropriação ativa e significativa dos conhecimentos pelo sujeito-aluno, a operacionalização desta proposta de capacitação desdobrar-se-ia em dois momentos que são necessariamente distintos:

- 1-Formar instrutores: profissionais que já tivessem alguma aproximação com a área de ST, com curso de especialização nesta área ou em Saúde Coletiva. Estes atuariam como multiplicadores dos cursos a serem realizados para os profissionais lotados nos serviços da Rede Básica.
- 2-Formar os profissionais de nível superior da RABS.

A preparação de instrutores foi idealizada como estratégia para assegurar sua posterior atuação como multiplicadores, garantindo que os conteúdos discutidos fossem trabalhados e que refletissem a concepção técnico-pedagógica que norteou a construção do Módulo, na tentativa de possibilitar o desenvolvimento de processos de ensino e

aprendizagem que assegurassem tanto a integridade da proposta, como sua adaptação às diferentes situações e contextos nos quais fosse implementada.

Para a formação dos profissionais que atuaram como instrutores/multiplicadores, foi acrescentada a Unidade Pedagógica, que traz como reflexão à prática pedagógica e os pressupostos filosóficos, que deram suporte a esta proposta.

***4- O CAMINHO METODOLÓGICO
PERCORRIDO***

Um dos requisitos éticos que temos como seres históricos é a busca da coerência.

Freire, 2001, p.65.

4.1-SOBRE PESQUISA QUALITATIVA

A escolha por determinada metodologia de investigação aponta as potencialidades e limites para o conhecimento de determinada realidade.

MINAYO e SANCHES (1993), em artigo sobre as abordagens quantitativa e qualitativa, ressaltam que nenhuma delas é suficiente para a compreensão completa da realidade. Para se escolher determinada metodologia de investigação, deve-se conhecer os limites impostos por suas especificidades. Os autores enfatizam que as duas abordagens têm seus méritos e nenhuma delas, individualmente, pode responder pela solução de todas as questões de pesquisa, até porque,

uma das questões colocadas sobre a cientificidade das ciências sociais diz respeito à plausibilidade de se tratar de uma realidade na qual tanto investigadores como investigados são agentes: esta ordem de conhecimento não escaparia radicalmente a toda possibilidade de objetivação (MINAYO e SANCHES, 1993, p.243).

Segundo o texto do artigo supracitado, desde Durkheim e Weber, procura-se uma metodologia que dê conta de explicações para o comportamento humano. A corrente compreensiva, origem das abordagens qualitativas, foi ganhando legitimidade à medida que métodos e técnicas foram sendo aperfeiçoados para a abordagem dos comportamentos humanos e sociais.

A pesquisa qualitativa, segundo MINAYO (1993) objetiva o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes e valores, importantes para a descrição e a compreensão de fenômenos de uma determinada situação. O objeto e o sujeito de conhecimento são a sociedade e o homem. Este tipo de pesquisa tem sido tradicionalmente associada aos estudos nas áreas de antropologia, sociologia e psicologia. Contudo encontra-se em plena expansão na saúde pública onde predominam os estudos quantitativos.

BOGDAN e BIKLEN (1994) e LÜDKE e ANDRÉ (1986) apontam cinco características inerentes à pesquisa qualitativa. Assim:

1. a pesquisa qualitativa tem no ambiente natural a sua fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental: o estudo é desenvolvido onde o fenômeno ocorre naturalmente, sem que o pesquisador o manipule. Exige contato direto, constante e prolongado do pesquisador para captar as muitas influências que atuam sobre o que se quer investigar, pois as particularidades de um determinado objeto são essenciais para que se possa entendê-lo;
2. os dados coletados são predominantemente descritivos: o material coletado deve primar pela riqueza em descrições e anotações de fatos ou situações. Nenhum dado é considerado irrelevante. Questões aparentemente simples podem trazer elementos para melhor compreensão do que está sendo estudado. As entrevistas, os depoimentos, as fotografias, os desenhos, os extratos de vários tipos de documentos e as citações são utilizadas para dar suporte a uma afirmação ou para esclarecer um ponto de vista;
3. a preocupação com o processo (as pessoas e suas interações) é maior do que com o produto (enquanto resultado estanque);
4. o “significado” que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção: a interação do pesquisador com os participantes deve ser favorável para que possa motivar os sujeitos ao envolvimento, ao diálogo, de modo que possa captar as diferentes experiências, representações e significados que dão à realidade. Um cuidado especial é checar as percepções do pesquisador com o ponto de vista dos participantes, submetendo os registros, aos próprios autores, discutindo-os abertamente com eles ou confrontando as informações com outros pesquisadores para que possam ser ou não confirmadas;
5. a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo: não se busca comprovar hipóteses previamente definidas, mas formá-las a partir do confronto com os dados.

Segundo LÜDKE e ANDRÉ (1986) há muitas dúvidas sobre o que caracteriza uma pesquisa qualitativa, quando se coloca a questão do rigor científico neste tipo de pesquisa. O uso de termos como pesquisa qualitativa, etnográfica, naturalística, participante, estudo de caso, estudo de campo, são muitas vezes empregado indevidamente.

A minha opção foi por utilizar a denominação de pesquisa qualitativa por:apresentar as cinco características básicas deste tipo de estudo (BOGDAN e BIGKEN, 1994).

1. O estudo teve como fonte direta de dados o ambiente natural e houve um contato direto e prolongado desta pesquisadora com o ambiente e a situação que estava sendo investigada;
2. Os dados coletados foram predominantemente descritivos; ricos em descrições de situações, acontecimentos e depoimentos;
3. A preocupação foi mais em estudar o processo do que o produto;
4. Havia a tentativa de capturar a perspectiva dos participantes, isto é, o significado que as pessoas, os informantes atribuíam às questões que estavam sendo focalizadas, considerando os seus diferentes pontos de vista;
5. A análise de dados seguiu um processo indutivo, realizando um processo de inspeção dos dados de baixo para cima, tendo no início questões ou focos de interesses muito amplos que ao final tornaram-se mais diretos e específicos.

A investigação qualitativa assume variadas formas. Uma delas é o estudo de caso, que também tem sido amplamente utilizado na pesquisa educacional. Consiste na observação detalhada “de um caso particular levando em conta o seu contexto e sua complexidade“ (ANDRÉ, 1995, p. 50).

BOGDAN e BIKLEN (1994) comparam o estudo de caso a um funil, porque começando por um interesse amplo, vai estreitado-se à medida que a investigação avança. Sua característica especial é a flexibilidade, pois ao longo do estudo é possível ao pesquisador reexaminar o tema, modificar planos e selecionar outras estratégias. Não parte, portanto, de um roteiro rígido, há sempre a possibilidade de formulação de novas hipóteses, novas relações e novos encaminhamentos. E, ainda, os dados recolhidos e analisados podem servir, posteriormente, para estruturar investigações futuras.

O estudo de caso é uma “categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente” (TRIVIÑOS, 1987, p.133) e que visa examinar detalhadamente uma situação em particular ou um evento que só tem sentido no contexto em que acontece.

STAKE reconhece que¹ “os estudos de casos são extremamente úteis para conhecer os problemas e ajudar a entender a dinâmica da prática educativa”, pois tentam esclarecer porque uma decisão, ou um conjunto de decisões foram tomadas, como foram implementadas e quais os resultados alcançados.

LÜDKE e ANDRÉ (1986) apontam algumas características do estudo de caso, dentre elas:

- visa a descoberta: o conhecimento não é algo pronto e acabado, mas consiste numa construção e reconstrução contínua;
- enfatiza a interpretação do contexto: para compreensão do objeto investigado no universo no qual está situado;
- busca retratar a realidade de forma completa e profunda, procurando compreender o objeto como um todo e evidenciando as inter-relações entre os seus componentes;
- utiliza várias fontes de informações: a coleta de dados com variados instrumentos, em diferentes momentos e em variadas situações, possibilitando uma maior riqueza de dados.

Segundo as mesmas autoras, as fases para o desenvolvimento do estudo de caso são:

- definir o alvo e delimitar o caso, observando os aspectos e informações considerados mais relevantes;
- determinar a coleta de dados relevantes, assegurando que os aspectos e informações mais pertinentes ao estudo sejam contemplados;

¹ STAKE *apud* ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 1995, p.50.

- organizar, tratar os dados coletados e redigir as conclusões sobre o que se coletou, confrontando com o referencial teórico que oferece apoio ao estudo.

ANDRÉ (1995, p. 50-53) e TRIVIÑOS (1987), indicam algumas vantagens do método estudo de caso:

- a capacidade de retratar situações vivas do dia-a-dia, sem prejuízo de sua complexidade e de sua dinâmica natural;
- a chance de ampliar as experiências do pesquisador, pelo aprofundamento dos conhecimentos sobre o fenômeno estudado, levando-o a descobrir novos significados e estabelecer novas relações;
- a possibilidade em fornecer informações relevantes para tomada de decisões;
- a facilidade de compreensão dos relatos, por serem expressos em linguagem clara e acessível.

Não se deve, no entanto, perder de vista o que os mesmos autores apresentam como limitações para este tipo de pesquisa, quais sejam: demanda tempo, exige trabalho intenso e prolongado, requer muito cuidado para que o foco do trabalho não seja desviado para situações pitorescas, deixa margem à influência e subjetividade do pesquisador, necessita aprofundamento na investigação à medida que surgem elementos imprevistos.

Ao se decidir por esta categoria de pesquisa, o pesquisador deve ter em mente as limitações e tomar as precauções e cuidados para evitá-las ou para minimizar as suas conseqüências. Para atenuar estas limitações, os relatos constantes neste trabalho buscaram sempre a maior clareza possível, tanto das ações desencadeadas para a obtenção das informações, como para sua análise e apresentação dos resultados.

O método oferece significativas oportunidades para estudar questões referentes ao processo de formação utilizado nos serviços, pois retrata o cotidiano em sua riqueza, permitindo ampliar o entendimento sobre as questões referentes à prática dos profissionais de saúde e, ainda, fundamentando as tomadas de decisões, uma vez que, mais importante que perceber os problemas, é propor elementos que viabilizem a melhoria e aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde em suas múltiplas dimensões.

4.2-A PESQUISA

Era necessário pensar em uma metodologia investigativa que possibilitasse avaliar o processo durante e após o curso, daquilo que era o ideal que havia sido discutido e o que era possível realizar no campo de atuação destes profissionais.

A especificação dos aspectos relevantes numa avaliação de projeto torna-se uma tarefa consideravelmente difícil, pois, em qualquer proposta avaliativa, deve ser considerada uma multiplicidade de fatores envolvidos. (DONABEDIAN, 1969). E, em se tratando de uma análise na qual está envolvida uma interação social, não se dispõe de um caminho único ou mais científico, pelo qual se possa abordar a questão social. Assim, neste contexto de interação social, o termo qualidade incorpora diferentes dimensões, pois são várias as características desejáveis na operacionalização de um projeto (PINTO, 1986).

DONABEDIAN (1969, 1988, 1990) classifica a avaliação da qualidade em três grandes categorias: avaliação da estrutura, avaliação do processo e avaliação dos resultados.

Na avaliação da estrutura são considerados as características ou atributos do local no qual são desenvolvidas as ações. O objetivo dessa abordagem é avaliar os *inputs* relativos aos recursos técnico-materiais (equipamentos, aparelhos, capitais e outros), aos recursos humanos físicos (instalação, área física e outros), bem como, as características administrativas das organizações envolvidas.

Na avaliação do processo é analisado o desenvolvimento das atividades propostas. O julgamento aqui é baseado na coerência entre dados ou informações coletadas através de diferentes fontes e atores.

Na avaliação dos resultados são utilizados como indicadores o grau de satisfação dos atores envolvidos e o grau de mudanças positivas em termos de atitudes e comportamento. Assim, a avaliação dos resultados adota medidas quantitativas e qualitativas como base de análise, tais como: taxas, índices, no primeiro caso, e medidas de percepção, no segundo (PEIXOTO, 1990).

É importante, também, considerar o contexto do fenômeno avaliado representado pelos aspectos políticos, sociais, culturais dos cenários em que está inserido o projeto, identificando os fatores que facilitam e os que dificultam sua implementação.

Numa análise global das categorias de avaliação são enfatizados alguns pontos básicos: a interdependência e o inter-relacionamento entre as abordagens e a recomendação de que, em qualquer sistema operacional de avaliação, sejam incorporados elementos de todas as categorias de avaliação (DONABEDIAN, 1969; 1990; PEIXOTO, 1990).

O início da caminhada seria desencadear junto aos atores locais, sujeitos definidos como clientela alvo, o curso, para que se pudesse avaliar como este processo seria percebido e acolhido por estes sujeitos.

A avaliação era, então, um instrumento para verificar as possibilidades de um processo de formação provocar mudanças nos sujeitos envolvidos.

A avaliação proposta deveria levar em consideração a análise dos contextos específicos e geral que envolviam a formação do profissionais da RABS. Além disso, deveria sistematizar a experiência que os atores envolvidos acumularam e as lições decorrentes dessa apreensão, norteadas a tomada de decisão no sentido de adequar metodologias, procedimentos e instrumentos.

A questão passou a ser: Como realizar o curso? Quantos profissionais deveriam participar? E quando realizar a capacitação? Qual o 'n' que seria necessário para tornar a pesquisa significativa?

Era, portanto, necessário definir qual seria o perfil das pessoas que estariam sendo convidadas a participar do curso, considerando a importância de se garantir a participação dos profissionais de uma mesma equipe da saúde da família.

A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com esta pesquisadora, ponderou que, como o Serviço Municipal de Saúde estava estruturando o Programa de Saúde da Família, as equipes estavam sendo constituídas e, pelo fato de não haver financiamento específico para a formação na área de S.T., dever-se-ia:

- Desenvolver o projeto de formação para cinco equipes (médico e enfermeiro da mesma equipe de Saúde da Família de cinco regiões do município) e cinco coordenadoras das Unidades de Saúde das localidades em que estas equipes estão alocadas. A decisão por incluir as coordenadoras locais (todas enfermeiras), foi por considerá-las pessoas estratégicas para o desenvolvimento da proposta, no

apoio às equipes de Saúde da Família e facilitando o envolvimento dos demais membros da equipe nas ações voltadas à área de S. T.

Para se viabilizar a participação destes profissionais, inclusive os profissionais médicos, que são os de menor adesão aos cursos oferecidos nos processos de educação continuada oferecidos pela AMS, segundo a percepção dos técnicos desta mesma secretaria, discutiu-se sobre a necessidade de realizar o processo de formação no horário de trabalho dos profissionais.

A própria definição dos profissionais que estariam participando não foi um processo simples, pois como as equipes estavam se constituindo, havia uma relativa mobilidade dos profissionais entre unidades e entre equipes, situação esta não desejada, pois a intenção era de que o curso fosse oferecido para médicos e enfermeiros da mesma equipe.

Foram então relacionadas as UBS que já tinham suas equipes constituídas e com estas foi realizado contato prévio, efetivado pela própria instituição e desta forma definidas as equipes que poderiam estar participando do curso no período proposto.

Os alunos/profissionais que participaram do curso passaram então a ser sujeitos da pesquisa enquanto profissionais que atuavam na RABS. O grupo era composto por: cinco médicos e cinco enfermeiras do programa de Saúde da Família e cinco coordenadoras locais, responsáveis pelas Unidades de Saúde nas quais esses profissionais estavam inseridos.

Para verificar como os representantes institucionais percebiam e analisavam a inserção da área na RABS, foram entrevistados seis técnicos do corpo dirigente da AMS: Diretora Executiva; Diretora do Departamento de Atenção à Saúde; Diretora de Epidemiologia e Saúde Ambiental; Gerência de Epidemiologia; Gerência de Ações sobre o Meio, onde está inserido a Coordenação de S.T; Coordenadora do Departamento de S.T.

No período de um ano, a partir do início do curso, houve quatro etapas de coleta de dados, durante os dois momentos estabelecidos para a pesquisa.

A apresentação do delineamento da presente pesquisa através da Quadro 2, foi baseada no esquema utilizado por L'ABBATTE (1999) para a pesquisa de acompanhamento e avaliação do curso de Especialização em Saúde Pública do

Quadro 2-Desenho da pesquisa de avaliação do Curso — Momentos da pesquisa.

	1º MOMENTO		2º MOMENTO	
	Avaliando o processo através da realização da Formação das Equipes e Coordenadoras Locais		Avaliando as repercussões após o processo de formação	
	INÍCIO DO CURSO	DURANTE O CURSO	4 MESES APÓS	1 ANO APÓS
OBJETO	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil da clientela - Expectativas em relação ao curso - Grau de concordância das atribuições estabelecidas para profissionais de Saúde que atuam na Rede Básica de Saúde antes do curso 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do dia - Compreensão dos conceitos - Possibilidades de incorporação da área na Rede de Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcance dos objetivos: Limites e Possibilidades - Grau de concordância das atribuições estabelecidas para profissionais de Saúde que atuam na Rede Básica de Saúde após o curso 	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalização da área – limites e possibilidades – o olhar do dirigente
INSTRUMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Formulário - Dinâmica 	<ul style="list-style-type: none"> - Frase diária - Carta - Observação 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo focal - Formulário 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista individual com os dirigentes

4.3-PRIMEIRO MOMENTO: AVALIANDO O PROCESSO ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DA CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES E COORDENADORAS LOCAIS

A aplicação do Módulo Instrucional em S.T. foi um momento de apresentação, aos sujeitos desta pesquisa, do conteúdo da área de S.T., dos conceitos-chave, que tinha como intenção possibilitar, segundo os especialistas da área, um novo enfoque, instrumentando-os para a inserção de ações de S.T. na RABS.

Atuaram, como instrutora e coordenadora do módulo, técnicos da Secretaria Municipal que haviam participado do curso de formação de multiplicadores realizado em Londrina, apoiados por um docente da Universidade que tinha o domínio da proposta metodológica e do conteúdo da área de S. T. A minha participação deu-se como observadora, acompanhando e registrando todo o desenvolvimento dos trabalhos.

Os profissionais que atuaram como instrutores/multiplicadores, haviam participado de uma unidade a mais que havia sido acrescentada — a Unidade Pedagógica — que os levava a refletir sobre a prática pedagógica e os pressupostos filosóficos que deram suporte à proposta.

O curso foi realizado durante dois meses em semanas alternadas no ano de 2002, com períodos de concentração, durante os quais os alunos em sala de aula realizavam estudos e reflexões sobre a área, e períodos de dispersão quando os alunos desenvolviam atividades referentes a S.T., previstas no Módulo, em seu espaço de trabalho, com a sua comunidade, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde onde estivesse alocado. Estas atividades de dispersão, realizadas entre uma unidade e outra, tinham como objetivo principal levar o profissional a refletir sobre a sua realidade, sobre os problemas que emergem com o trabalhador na sua área de abrangência e desenvolver ações pertinentes.

Com duração de 40 horas de atividades presenciais, também chamados períodos de concentração, os alunos/profissionais, reunidos em sala de aula, realizaram as atividades previstas nas cinco unidades temáticas que caracterizam a forma de organização do conteúdo. Estas unidades foram realizadas em semanas alternadas, para que os alunos, durante o retorno ao trabalho — nos períodos chamados de dispersão — os alunos/profissionais, desenvolvessem atividades previamente estabelecidas de

reconhecimento do seu território, da sua clientela, dos recursos existentes na área que subsidiaram as discussões das unidades subseqüentes.

Em sala de aula, nos períodos de concentração, foram realizadas atividades em grupo, dramatização, análise de filmes, leitura de textos, atividades ludo-pedagógicas, dentre outras, que tinham como objetivo mobilizar os alunos para o tema em discussão, ou criar um clima que favorecesse o relaxamento e a integração entre eles.

Durante o curso, foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados:

▲ Observação.

▲ Registros escritos dos alunos sobre o processo vivido, através de frases, carta, instrumentos de avaliação do curso.

Para verificar se havia por parte dos alunos/participantes resistências quanto às atribuições que constavam do Módulo, esperadas para serem desenvolvidas pelos profissionais que atuam na RABS, foi aplicado um Formulário sobre o grau de concordância dos participantes em relação às atribuições estabelecidas para os profissionais da RABS. Neste instrumento também foi verificado o perfil dos alunos que estavam sendo formados (Apêndice 2).

4.4-SEGUNDO MOMENTO: AVALIANDO AS REPERCUSSÕES A PARTIR DO PROCESSO DA APLICAÇÃO DO MÓDULO

Após o curso, transcorridos alguns meses, o desenho do projeto previa a avaliação dos resultados alcançados a partir do vivido pelos alunos e do olhar do dirigente institucional, como estes compreendiam a inserção da área de saúde do trabalhador na RABS. Para este momento foram utilizados como instrumentos de coleta de dados:

▲ Grupo focal com os alunos do curso;

▲ Entrevistas individuais com dirigentes institucionais.

A opção, por realizar grupo focal com os alunos do curso, foi por estes terem participado do processo de formação e apresentarem maior homogeneidade quanto ao objeto de trabalho local. Quanto à entrevista individual com os dirigentes institucionais foi

por ser esta uma opção metodológica que daria a percepção de profissionais que ocupavam cargos estratégicos na AMS, e que poderiam representar apoio ou resistência ao projeto.

Na ocasião da realização do grupo focal foi aplicado novamente, o formulário para verificar se haviam ocorrido mudanças quanto ao grau de concordância dos participantes em relação às atribuições estabelecidas para os profissionais da RABS.

4.5-SOBRE OS INSTRUMENTOS

4.5.1-Observação

A observação é uma sondagem que intenta recolher informações sobre o fenômeno que se quer investigar. Esta exploração supõe uma atividade de atenção voluntária voltada a recolher a informação bruta, isto é, da forma como se apresenta (DAMAS e DE KETELE, 1985).

Não é uma mera atividade, é um processo que consiste em familiarização com os acontecimentos rotineiros, em recolher as informações no tempo e no espaço em que acontecem, em selecioná-las, em descrevê-las, em analisá-las e em atribuir-lhes significados.

A observação consiste na aproximação do pesquisador ao objeto a ser investigado, em situação natural, possibilitando “um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 26). Portanto, a observação dita direta baseia-se na verificação *in loco* do que acontece no ambiente em que se desenvolve o estudo. O observador é uma espécie de testemunha, que se insere numa realidade para lançar sobre ela sua atenção, para fazer um levantamento sistemático de dados e registrar minuciosamente os eventos que ali ocorrem e para, posteriormente, ponderar sobre a profusão de informações, tratando-as à luz do referencial teórico.

Assim, conforme vai se familiarizando com a situação, o pesquisador adquire propriedade para compreender e interpretar o fluxo dos acontecimentos, para perceber as forças atuantes naquele contexto e para apreender o significado que os sujeitos “atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 26).

Esta técnica, a observação, requer qualidades pessoais do pesquisador tais como concentração, flexibilidade, integridade, paciência, bom humor entre outras (ANDRÉ, 1995). Assim, o investigador precisa: velar para que não seja influenciado pela situação

observada nem pelos comportamentos apresentados; manter relacionamento favorável e ético com os participantes; lidar com diferentes reações como curiosidade e suspeita; vencer o cansaço e o aborrecimento, o que pode afetar a consecução dos seus objetivos, deixando passar situações significativas ao problema que deseja investigar.

A observação, no caso da presente pesquisa, realizou-se de forma constante e direta durante os períodos de concentração do curso e de forma indireta, através de contactos telefônicos, reuniões com a equipe de direção da AMS após o curso. Nesta investigação, a observação da pesquisadora no processo de capacitação e nas reuniões com as equipes dirigentes, subsidiaram a análise dos dados.

As observações realizadas durante o processo de capacitação foram registradas na perspectiva da temática geral. As situações significativas, a ocorrência de eventos e as instâncias interativas foram anotadas para posterior desenvolvimento. Essas anotações, como demonstram outros autores, provaram sua utilidade, uma vez que sempre é possível voltar a elas para lembrar fatos e eventos, sem ter que contar apenas com a memória (FONTOURA, 1997).

A observação permitiu pensar os dados coletados à luz da experiência de estar no campo e presenciar o desenrolar dos eventos, em oposição a uma postura de pesquisa em que se fala sobre situações desconhecidas.

4.5.2-Registros Avaliativos dos Alunos sobre o Módulo (Frases e Carta)

Durante a realização do Curso foi solicitado aos participantes, ao final de cada Unidade do Módulo Instrucional, que registrassem, através de uma frase, sua percepção sobre a vivência do dia.

A opção por esta forma de registro deu-se pela utilização desta dinâmica, em diversos eventos e projetos nos quais esta pesquisadora atuou e que possibilita através dos registros dos participantes, uma avaliação do significado do momento vivido durante o curso (ITO et al., 1997).

Na última unidade didática em que o tema era Tecendo a Mudança, foi solicitado aos participantes que escrevessem uma carta, endereçada a eles mesmos. A

pergunta a ser respondida na carta era: O que espero que esteja acontecendo com a área de S.T. daqui a seis meses, no meu local de trabalho?

Os procedimentos escolhidos para coleta de dados durante a realização do curso, as frases e as cartas, apresentavam um retrato do momento a partir da percepção do aluno. As frases eram anônimas, permitindo que o aluno/profissional expressasse, sem se identificar, sua avaliação do *dia*. As cartas apresentavam o nome de quem as escreveu. Este material foi lido e relido, diversas vezes, para que se pudesse extrair subsídios para a elaboração das entrevistas e para a consecução do grupo focal.

4.5.3-Entrevistas

Foram realizadas entrevistas individuais e coletiva, formas de coleta de dados importantes por proporcionarem contatos preciosos com os profissionais capacitados e com os dirigentes envolvidos na proposta.

Entrevista é uma técnica que consiste numa conversa intencional (BOGDAN e BIKLEN, 1994), na qual o entrevistador tem por objetivo “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo-lhe desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira com os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p. 134). Corrobora esta idéia, DE KETELE; ROEGIERS (1999, p. 24) ao afirmarem que a “entrevista tem por objecto principal o discurso do sujeito”. Portanto, visa extrair informações sobre fatos e sobre as representações e percepções que os informantes têm de si e de suas experiências.

BOGDAN e BIKLEN (1994) e TRIVIÑOS (1987) assinalam que não há regras que se apliquem uniformemente a todas as situações e nem há um procedimento padrão para a realização de entrevistas (se no contato inicial, num momento livre ou formal, se é com indivíduos ou com grupos, se é necessário a tomada de entrevistas em diferentes fases do estudo, se é mais estruturada ou mais flexível). Estas questões decorrem da natureza e da adequação ao objeto de estudo.

Portanto, esta técnica, assim como qualquer outra deve estar subordinada aos objetivos que se procura alcançar e às contingências do objeto investigado. Seu valor está em captar “uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspectivas dos

respondentes” (BOGDAN e BIKLEN, 1984, p. 136) e por permitir “correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam sobremaneira eficaz na obtenção das informações desejadas” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 34).

As mesmas autoras assinalam que “dependendo das informações que se quer obter, os informantes que se quer contatar, são mais convenientemente abordáveis através de um instrumento mais flexível” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 34). Este tipo de entrevista é denominada semi-estruturada.

Neste estudo foi escolhida a entrevista semi-estruturada porque esta “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e [...] oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (TRIVIÑOS, 1987, p. 137). Dito de outra forma, caracteriza-se por um roteiro de perguntas ou questões que servem como ponto de referência para obtenção de informações sobre o objeto de interesse do pesquisador, e conforme se desenvolve, outras questões podem surgir. Por isso seu caráter de flexibilidade (TRIVIÑOS, 1995).

Segundo MINAYO (1993), a ordem dos assuntos abordados não obedece a uma seqüência rígida determinada freqüentemente pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão aos assuntos em pauta.

No caso deste trabalho, utilizou-se das observações e das percepções dos alunos expressas através dos instrumentos de avaliação utilizados durante o curso, para subsidiar as questões que serviriam de roteiro nas entrevistas individuais e com o grupo de alunos.

LÜDKE e ANDRÉ (1986), TRIVIÑOS (1987) e CHIZZOTTI (1998) definem alguns cuidados a serem tomados pelo pesquisador, antes e durante a realização da entrevista: definir horários e locais, respeitando a agenda do entrevistado; garantir e respeitar o anonimato; utilizar um vocabulário adequado; abster-se de exortar, aconselhar ou discordar dos informantes e não emitir juízo de valor ou pontos de vista pessoais sobre a questão tratada; possibilitar que fale naturalmente, como se estivesse numa conversa informal; ter aquiescência do entrevistado no caso do uso de instrumento de gravação, submeter a transcrição das informações aos próprios autores, para que verifiquem a

autenticidade dos seus depoimentos. O que deve prevalecer, acima de tudo, é uma relação de interação recíproca e saudável entre entrevistador e entrevistado.

A técnica ainda requer do entrevistador a capacidade de ouvir atentamente, ou seja, “manter-se na escuta ativa e com a atenção receptiva a todas as informações prestadas, quaisquer que sejam elas” (CHIZZOTTI, 1998, p. 93). Que tenha em conta as formas de comunicação verbais e não verbais (gestos, direção do olhar, movimentos, pausas). Que estimule e oriente discretamente o fluxo de informações, contudo, sem “forçar o rumo das respostas para determinada direção” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p.35). Que receba as informações com entusiasmo.

a) Entrevista Individual

A entrevista individual foi realizada com dirigentes da Secretaria Municipal da Saúde: Diretora Executiva, Diretora do Departamento de Atenção à Saúde, Diretora de Epidemiologia e Saúde Ambiental, Gerência de Epidemiologia, Gerência de Ações sobre o Meio, onde está inserido a Coordenação de S.T, Coordenadora do Departamento de S.T.

As entrevistas individuais realizadas com os dirigentes institucionais foram pré-agendadas, tiveram a duração de 20 a 30 minutos, onde no roteiro constavam as seguintes questões: as possibilidades e os limites da institucionalização da área de S.T. na RABS; as contribuições da aplicação do Módulo para a inserção das práticas de S. T. na atenção Básica.

As entrevistas mostraram-se ricas em matéria de informações para análise, forma gravadas em áudio, transcritas por uma pessoa contratada e revisadas por mim. As transcrições foram lidas e ouvidas inúmeras vezes para seleção das falas que contivessem referências aos temas da pesquisa.

ERICKSON (1988) sugere que o material discursivo a ser analisado seja submetido ou aos entrevistados ou a profissionais da área de estudo para que os temas e falas selecionadas sejam realmente significativos. Ele considera que assim estarão sendo validadas as escolhas do pesquisador. Optei pela leitura de especialistas.

As transcrições foram submetidas, então, à leitura de dois pesquisadores nas áreas de saúde e de educação, para que selecionassem falas que considerassem relevantes em seus pontos de vista. Este procedimento mostrou-se valioso para referendar as minhas

escolhas de eventos de fala a serem analisados, na medida em que houve bastante proximidade entre os diversos episódios selecionados pelos especialistas e por esta pesquisadora.

b) Grupo Focal

As entrevistas coletivas de caráter exploratório grupal, também chamada de grupo focal, constituem uma técnica utilizada para a investigação social, de exploração qualitativa, onde se reúne um pequeno número de pessoas guiado por um moderador que facilita as discussões. Os participantes falam livre e espontaneamente sobre o tema que está sendo o objeto da pesquisa (CARLINI-COTRIN, 1996).

A utilização do grupo focal como técnica de pesquisa é recomendada por oferecer maior possibilidade de pensar coletivamente sobre uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas. Pressupondo que percepções, atitudes, opiniões e representações são socialmente construídas, a expressão dos sujeitos envolvidos seria mais facilmente captada durante um processo de interação em que a fala de uns pode fazer surgir a opinião de outros, em que o ambiente permissivo pode facilitar a expressão dos anseios (WESTPHAL, 1996).

Pela observação dos grupos focais, segundo a referida autora, é possível conhecer os processos de interação entre os participantes e o modo como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento, e a definem. Processos estes que são reproduções do que ocorre fora dos grupos e gerariam resultados e aproximações do problema que esta em estudo.

O grupo focal foi realizado com onze alunos que participaram do curso, quatro meses após a sua realização. Não participaram desta atividade quatro alunos, sendo que dois por estarem em férias, uma que havia encerrado seu contrato com a instituição e outro que se encontrava em licença médica.

O tempo de duração do grupo focal foi de duas horas e para que se pudesse extrair o máximo de informações foram realizadas gravações em vídeo e fita cassete desta atividade, para posterior transcrição e a análise dos conteúdos.

O roteiro constava de perguntas extraídas dos registros obtidos nas frases, nas cartas e nos formulário e eram relativas aos temas centrais da pesquisa e permitia contribuições dos atores sociais. Antes de começar a entrevista, os profissionais foram informados sobre os objetivos da mesma e lhes foi solicitado que assinassem um termo de consentimento do uso das informações para divulgação dos resultados em ambientes científicos.

Para a realização do grupo focal contei com a colaboração de um colega de trabalho, que assessorou na filmagem, gravação e registro das falas dos participantes. O grupo focal mostrou-se uma fonte muito rica, evidenciando as contradições entre o ideal e o real.

Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde.

As questões centrais que foram discutidas no grupo, foram os fatores impulsionadores e os fatores limitantes de incorporação da área de S.T. na rede de atenção básica de saúde; a contribuição do Módulo Instrucional para o conhecimento e incorporação da área pela rede de atenção básica; sobre os produtos obtidos com a capacitação; e se este tema havia sido trabalhado com os demais membros das equipes onde atuam.

Foi assegurado aos participantes que as informações fornecidas, assim como os vídeos e as gravações, eram de uso exclusivo da pesquisa e que eles teriam acesso ao material, se assim o desejassem.

4.5.4-Formulário de Levantamento sobre a Concordância das Atribuições estabelecidas para Profissionais de Saúde que atuam na Rede Básica de Saúde

O conteúdo do formulário abrangia todas as competências e/ou atribuições definidas para os profissionais que atuam na RABS, que constavam do Módulo, procurando valorá-las numa escala de um a cinco onde cada valor tinha a seguinte representação (Anexo 1):

1. Discorda muito;
2. Discorda;
3. Não discorda nem concorda;
4. Concorda;
5. Concorda muito.

Foi solicitado que cada participante lesse atentamente o formulário, analisasse o seu grau de concordância com as atribuições estabelecidas, colocando um círculo no valor atribuído.

Este instrumento, quantitativo, foi aplicado antes do início do curso de capacitação e quatro meses após, por ocasião do grupo focal, para verificar a percepção dos alunos/profissionais com referência as atribuições esperadas para a RABS.

4.6 SOBRE O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Um processo de análise desencadeia uma série de questionamentos e isto, segundo DEMO (1999), supõe um processo de desconstrução, ou seja, verificar os problemas, por em dúvida os fatos, procurar distanciar-se do senso comum e tomar os caminhos mais controlados de se fazer ciência.

O processo de reconstrução do conhecimento é sempre contextual e implica interpretação “o mundo lá fora existe por si, não porque nós o interpretamos, mas o mundo que nos tem como sujeito é sempre percebido de nossa perspectiva” (DEMO, 2000, p.80).

A escolha do referencial teórico e metodológico de uma pesquisa define algumas linhas para o procedimento da análise dos dados, mas, quando analisamos qualquer situação muitos aspectos nos passam despercebidos, simplesmente porque o ser humano não tem a capacidade de registrar tudo.

Analisar os dados qualitativamente significa *trabalhar* todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observação, as transcrições das frases, das cartas e entrevistas, as análises do material gravado e filmado e as demais informações disponíveis.

A tarefa de análise implica, em um primeiro momento, na organização desse vasto material. Depois dessa etapa, com base no contexto em que os sujeitos estão

envolvidos, analisar o significado dos depoimentos dos atores. A hermenêutica, parte do pressuposto de que as pessoas agem de acordo com suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado (MINAYO, 2002).

A análise de dados, nesta pesquisa, constitui-se num verdadeiro mosaico de procedimentos, norteados pelos instrumentos utilizados, pautados pela descrição, comparação e interpretação dos eventos de acordo com o que entendíamos como sendo a percepção dos participantes.

A análise das falas foi desenvolvida com o objetivo de relatar o que os/as profissionais e os/as dirigentes institucionais entrevistados pensam das questões propostas pela pesquisa. Não pretendo que o que foi apontado por este grupo que participou do estudo seja generalizável para todos os outros grupos em situação semelhante. O que espero é que os temas aqui levantados possam servir de reflexão sobre a inserção da área de ST na RABS, tanto para o Município de Londrina, como outros profissionais que se interessem pelo tema.

Um dos desafios neste trabalho foi estabelecer os diálogos entrecruzados entre os diversos aportes teóricos presentes na literatura, que foram constituindo o referencial teórico-metodológico, e as observações, as falas dos encontros registrados, que acredito ser a maior contribuição do presente relato, para a produção de um material coerente e produtivo.

***5- PRIMEIRO MOMENTO – O
MÓDULO – AVALIANDO O
PROCESSO***

Um dia eu quero mudar tudo no mundo

No outro eu vou devagar

Um dia penso no futuro

No outro eu deixo pra lá,

Um dia eu acho a saída

No outro eu fico no ar

Música Bom Dia

Swami Jr.; Freire

O primeiro momento foi a implementação do Módulo junto aos profissionais da RABS. Então, mais que a apropriação de novos saberes pelos alunos/profissionais, procurava-se — pelo respeito e observância aos princípios da pedagogia progressista, que orientaram a construção da proposta — gerar e/ou ampliar os espaços para o estabelecimento de conflitos cognitivos, para a reflexão profunda emanada do confronto teoria-prática, para a identificação e análise crítica dos elementos e fatores a serem alterados, visando promover as condições necessárias para uma intervenção mais consciente, quiçá, transformadora da realidade do trabalho.

Participaram da realização do curso quinze profissionais de saúde que atuavam nas UBS, cinco médicos e dez enfermeiras (cinco Coordenadoras Locais e cinco atuando como enfermeiras do Programa de Saúde da Família — PSF).

O quadro abaixo (Quadro 3) apresenta os atributos dos alunos quanto a sexo, idade, profissão, tempo de formado e se possuíam alguma formação na área de S.T.

Quadro 3-Atributos dos alunos que participaram do curso de S.T. Londrina 2003.

Identificação	Sexo	Idade	graduado	Formação (anos)	Formação na área S.T.	
					Alternativa	Se sim, onde?
Aluno 1	M	40	Médico	5	não	
Aluno 2	F	29	Médica	2	sim	Graduação
Aluno 3	M	50	Médico	25	sim	Pós-Graduação
Aluno 4	M	43	Médico	10	não	
Aluno 5	F	24	Enfermeira	2	não	
Aluno 6	F	31-	Enfermeira	7	não	
Aluno 7	F	41	Enfermeira	17	não	
Aluno 8	F	33	Enfermeira	-	sim	Ed. Continuada
Aluno 9	F	30	Enfermeira	6	não	
Aluno 10	F	36	Enfermeira	11	não	
Aluno 11	F	32	Enfermeira	11	não	
Aluno 12	F	38	Enfermeira	-	sim	Ed. Continuada
Aluno 13	F	42	Enfermeira	-	não	
Aluno 14	F	38	Enfermeira	16	sim	Pós-Graduação
Aluno 15	F	30	Médica	-	não	

O perfil dos participantes retrata as características dos profissionais inseridos nos serviços de saúde de Londrina, a maioria mulheres, na faixa etária entre 30 e 50 anos, e quanto à coordenação local, esta, em todos a RABS é exercida por enfermeiras.

Sobre a formação na área de saúde do trabalhador, dez dos participantes relataram que durante o seu processo de formação profissional e vida laboral não terem tido nenhuma aproximação com área, nem durante a graduação, ou pós, ou mesmo em cursos de educação continuada; quatro consideraram que haviam obtido alguma aproximação com o conteúdo da área de S.T., através de cursos de pós-graduação, cursos de educação continuada e somente uma relatou ter alguma formação na área decorrente do curso de

graduação, reforçando a hipótese de que o conteúdo desta área não é trabalhado durante o processo de formação destes profissionais.

Participar do desenvolvimento do curso permitiria acompanhar o processo vivido pelos alunos e verificar a percepção destes sujeitos sobre o que é possível realizar do que estava posto como intenção para o Módulo.

Os instrutores do Módulo foram os profissionais da AMS, que haviam participado do curso preparatório para formação de multiplicadores, mais um dos autores do Módulo, docente da Universidade Estadual local, com formação na área e que acompanhou o curso em sala de aula, atuando como colaborador. O fato dos instrutores terem realizado o curso previamente, e estarem contando com o apoio de um docente que tinha conhecimento da área e da proposta pedagógica foi, segundo os alunos/profissionais, um dos aspectos motivadores e facilitadores para as discussões realizadas durante o curso.

As atividades de campo previstas consideradas como complementares ao processo de formação, aconteciam nos períodos de dispersão, entre uma Unidade e outra do curso.

5.1-DESVELANDO A ÁREA DE S.T.

A construção descentralizada do SUS, da atenção integral e da participação popular tem sido o permanente desafio nos processos de formação dos profissionais de saúde. Para isto, cursos, oficinas, palestras vêm sendo realizadas por diferentes áreas programáticas (hipertensão, diabetes, tuberculose, AIDS, emergências clínicas e traumáticas, gestação de risco etc), enquanto que processos de capacitação na área de S.T para os profissionais da RABS não haviam sido realizados até então.

Até a década de 90 os serviços municipais de saúde de Londrina, não desenvolviam ações programáticas voltadas para os trabalhadores, isto ficava a cargo da Secretaria de Estado da Saúde — SES-PR —. A prioridade sempre foi a atenção à mulher, à criança, algumas doenças infecto-contagiosas como as imunopreveníveis e outras de importância epidemiológica para o país e para o município.

Embora tenha havido algumas experiências pontuais desde a década de 90 sobre a discussão da incorporação da área de Saúde do Trabalhador na RABS, como já descrito anteriormente, estas não conseguiram se expandir para a rede como um todo.

Com este diagnóstico prévio e, sabendo-se de toda a carga de atribuições que se espera dos profissionais que atuam na atenção básica, na perspectiva de mudança do modelo vigente, foi solicitado aos alunos/profissionais que preenchessem antes do curso um formulário em que expressariam através de uma escala de valoração (de 1 a 5, onde 1 representa Discorda Muito; 2 - Discorda; 3 - Não Discorda Nem Concorda; 4 - Concorda e 5 - Concorda Muito), o grau de concordância quanto às atribuições esperadas para a RABS, para verificar se entre o grupo que realizaria o curso haveria apoio ou resistência à proposta.

A análise das respostas dos alunos/participantes antes do curso mostrava que os participantes não apresentavam resistências quanto à inserção da área na Rede, pois responderam que concordavam com 94,4% das atribuições esperadas (atribuíram valor 4 ou 5).

O fato da maioria dos alunos/profissionais ter respondido que não haviam tido formação na área nem na graduação e nem em outros processos formativos, nos levou a aplicar o mesmo formulário após o curso, na ocasião da realização do grupo focal, para verificar se os conteúdos e discussões durante o curso reforçaram as atribuições ou tornaram-nas mais claras propiciando ao aluno/profissional mudança de opinião.

Para que se pudesse realizar a análise dos dados obtidos através dos formulários aplicados antes e após o curso, trabalhou-se com os formulários dos alunos/participantes que responderam nos dois momentos. Os formulários foram então emparelhados aluno por aluno e realizada a análise somente dos alunos que responderam antes e após o curso.

As atribuições esperadas que constavam do Módulo, amplamente analisadas por um corpo de especialistas do MS durante seu processo de elaboração, foram discutidas, trabalhadas durante o curso (BRASIL, 2002 a). Eram elas:

1. Conhecer a população economicamente ativa e grupos ocupacionais, por sexo e faixa etária, de sua área de abrangência e influência;
2. Conhecer as atividades produtivas existentes na área;

3. Reconhecer a importância das informações sobre trabalho, contidas nos cadastros por família (desempregados, ativos no mercado formal ou informal, precarizados no domicílio, trabalho infantil, rural ou urbano, sexo e faixa etária);
4. reconhecer a ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho;
5. Incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças adolescentes e adultos;
6. Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de risco observadas e o agravo que está sendo investigado;
7. Reconhecer os principais agravos relacionados ao trabalho;
8. Conduzir clinicamente os casos (diagnóstico, tratamento e alta) para aquelas situações de menor complexidade;
9. Estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência necessários ao caso;
10. Acompanhar o caso até a sua resolução;
11. Identificar e reconhecer a importância dos dados obtidos através do sistema formal do SUS (Sistema de Informações de Mortalidade — SIM —, Sistema de Informações Hospitalares do SUS — SIH —), Sistema de Informações Ambulatoriais — SIA —, Sistema de Informações de Agravos Notificáveis — SINAN — e Sistema de Informação da Atenção Básica — SIAB — e informalmente através das visitas domiciliares realizadas por membros das equipes de saúde da família;
12. Registrar os casos, através dos instrumentos do setor saúde: SINAN, SIAB, SIM do SUS e CAT do MPAS;
13. Suspeitar do acidente do trabalho ou doença relacionada ao trabalho e, tratando-se de trabalhador inserido no mercado formal, preenche o item II - campo Atestado Médico da CAT ou o SINAN .

14. Mapear na rede de saúde local as estruturas com capacidade de responder às questões de saúde do trabalhador, como ambulatorios, hospitais, vigilância sanitária e outros;
15. Mapear as instituições locais do poder público com atuação na área de saúde do trabalhador como INSS, DRT, promotorias, órgãos e instituições de saúde ambiental e outros;
16. Mapear as instâncias locais da sociedade com capacidade de estabelecer mecanismos de controle social como Conselhos de Saúde (municipais e locais), sindicatos, associações de classe, ONG's;
17. Construir um fluxograma de referência e contra-referência ao acidentado e portador de doença ocupacional ou suspeito;
18. Construir um sistema de fluxos para avaliação sistemática dos riscos ambientais, inclusive do trabalho;
19. Fomentar e apoiar espaço de controle social.
20. Desenvolver, juntamente com a comunidade e instituições públicas (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Fundacentro, Ministério Público, Laboratórios de Toxicologia, Universidades etc.), ações direcionadas para a solução dos problemas encontrados, para a resolução de casos clínicos e/ou para as ações de vigilância e educação.

O Quadro 4 apresenta, o valor atribuído por aluno/participante/profissional a cada uma das atribuições esperadas antes e após o curso, onde 5 é o valor máximo e 1 é o valor mínimo.

Quadro 4-Valor atribuído por aluno/participante/profissão, as 20 atribuições esperadas para a RABS na área de S.T, antes e após a realização do Módulo. Londrina, 2003.

ALUNOS/ PROFISSÃO	1 M		2 M		3 M		4 M		5 E		6 E		7 E		8 E		9 E		10 E		11 E	
	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P
1	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5
2	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5
3	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4
4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4
5	5	2	5	5	5	4	5	3	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4
6	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	3	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	3
7	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4
8	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	3	4	4	3	4
9	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	3
10	5	5	4	4	5	5	3	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4
11	5	5	1	3	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	3	4	5	5	4	4	4	4
12	5	4	4	4	4	4	3	5	3	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	3
13	5	5	4	4	5	4	5	5	3	5	4	4	5	3	4	4	5	4	4	4	3	4
14	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4
15	4	4	3	4	5	5	5	5	4	5	2	4	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4
16	3	4	4	3	5	5	5	5	4	5	-	4	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4
17	4	4	4	3	4	5	5	5	4	5	-	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4
18	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4
19	4	4	4	3	5	4	3	4	4	5	-	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3
20	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4

A = antes do curso; P = após a realização do curso; M = médico; E =Enfermeiro.

Verifica-se que dos 11 alunos que responderam ao formulário antes e após o curso, havia concordância com a maioria das atribuições esperadas (valor 4 e 5).

Houve algum grau de resistência (valor atribuído entre 1 e 2) por parte de um aluno quanto à atribuição 11 e um aluno quanto à atribuição 15 antes do curso, alterando-se para 3 e 4 após o curso (respectivamente). Um aluno (médico), após o curso, tornou-se

resistente quanto à atribuição 5 (valor 2), que previa a inclusão do item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças, adolescentes e adultos.

Verificou-se que o número de atribuições que foram pontuadas com valor 3 (não concorda nem discorda), foram 11 antes e 11 após o curso. Este valor foi apresentado em maior número (quatro) por um profissional médico e uma profissional enfermeira, podendo-se inferir que do grupo de alunos que responderam ao formulário, antes e após o curso, estes dois profissionais manifestaram-se indiferentes quanto às atribuições de S. T. para a RABS.

Os mesmos dados são apresentados em forma de gráfico na Figura 4. Em relação a todas as atribuições, a concordância antes e após o curso não foi abaixo de 80%.

A aplicação deste instrumento possibilitou visualizar que, para as ações de Saúde do Trabalhador que são esperadas para a RABS, não há resistências para sua operacionalização por parte dos sujeitos locais que estarão envolvidos.

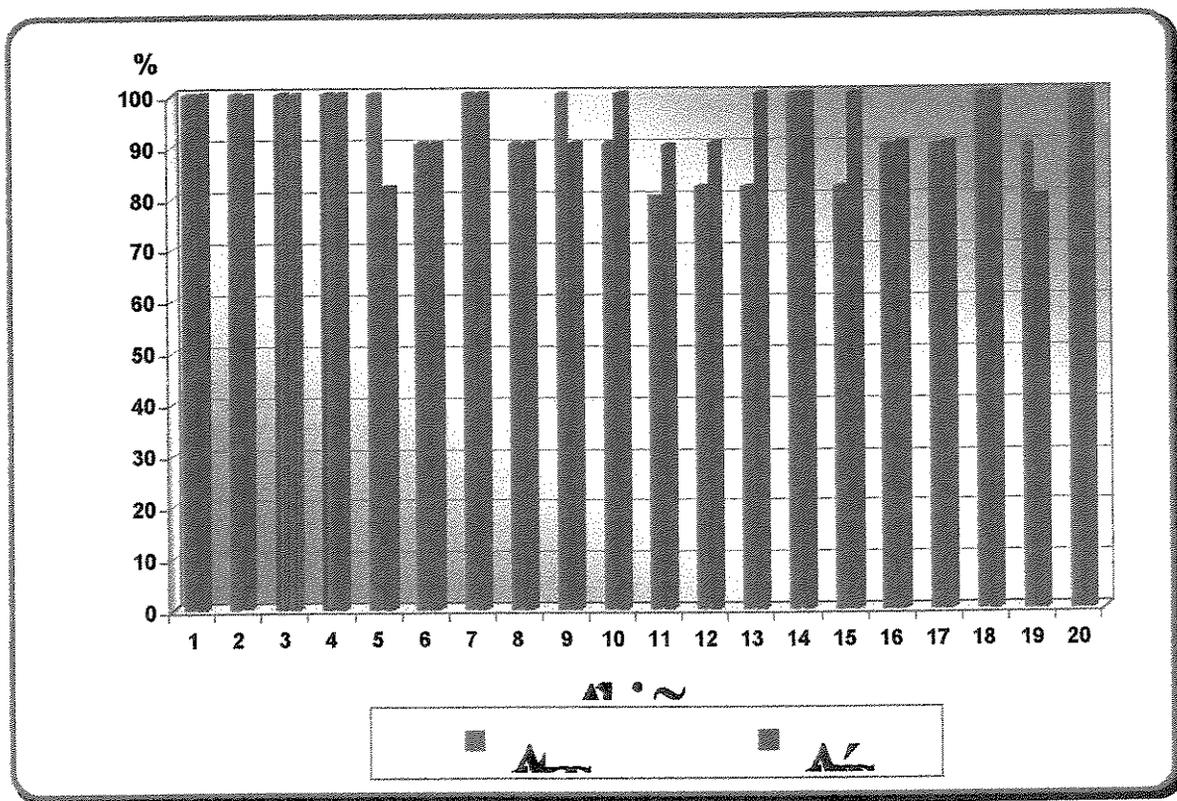


Figura 4- Percentual de concordância dos profissionais da RABS sobre as ações esperadas na área de S.T. para a atenção básica antes e após o curso/2003.

Além disso, possibilita-nos inferir que os alunos que realizaram o curso eram pessoas que não apresentavam discordâncias quanto à proposta e, portanto, estariam mais abertos à participação e ao envolvimento nas atividades previstas.

A utilização de diferentes instrumentos de coleta de dados durante o curso e a observação sistemática realizada, permitiram na avaliação do processo, que se reconhecesse o curso como um espaço para:

- 👤 Adquirir novos conhecimentos;
- 👤 Sensibilizar-se para os agravos relacionados ao trabalho;
- 👤 Repensar sobre o processo de trabalho e
- 👤 Visualizar novas práticas.

5.1.1-Aquisição de Novos Conhecimentos

O conteúdo trabalhado durante o Módulo foi organizado de forma a favorecer aos participantes a reflexão sobre o cotidiano das UBS, a partir do seu próprio referencial, através de atividades dialógicas, ludo-pedagógicas, utilizando-se de recursos audiovisuais e textos. Esperava-se que os alunos elaborassem sínteses, mesmo que provisórias, sobre os conceitos trabalhados.

Alguns alunos/profissionais manifestaram ter sido a primeira aproximação com o assunto, quando sinalizavam que havia sido possível *Aprender, ampliar conhecimentos de assunto que não conhecia* ou mesmo *Adquirir conhecimentos antes nunca discutidos*. Para alguns havia sido um momento de rever conteúdos, *uma reciclagem*.

Referiam ter adquirido *Conhecimento, interesse pelo assunto e motivação para continuar participando do curso*.

Esta motivação foi importante para a realização da primeira atividade de dispersão prevista no Módulo — entrevistas com trabalhadores, visitas às fábricas, mapeamento dos ramos produtivos da área de abrangência. Esta atividade, os alunos/profissionais relataram ter desenvolvido com os demais membros da equipe, o que permitiu visualizarem um diagnóstico, mesmo que provisório, da situação dos trabalhadores de seus espaços de trabalho — território em que atuavam (Figuras 5 e 6).

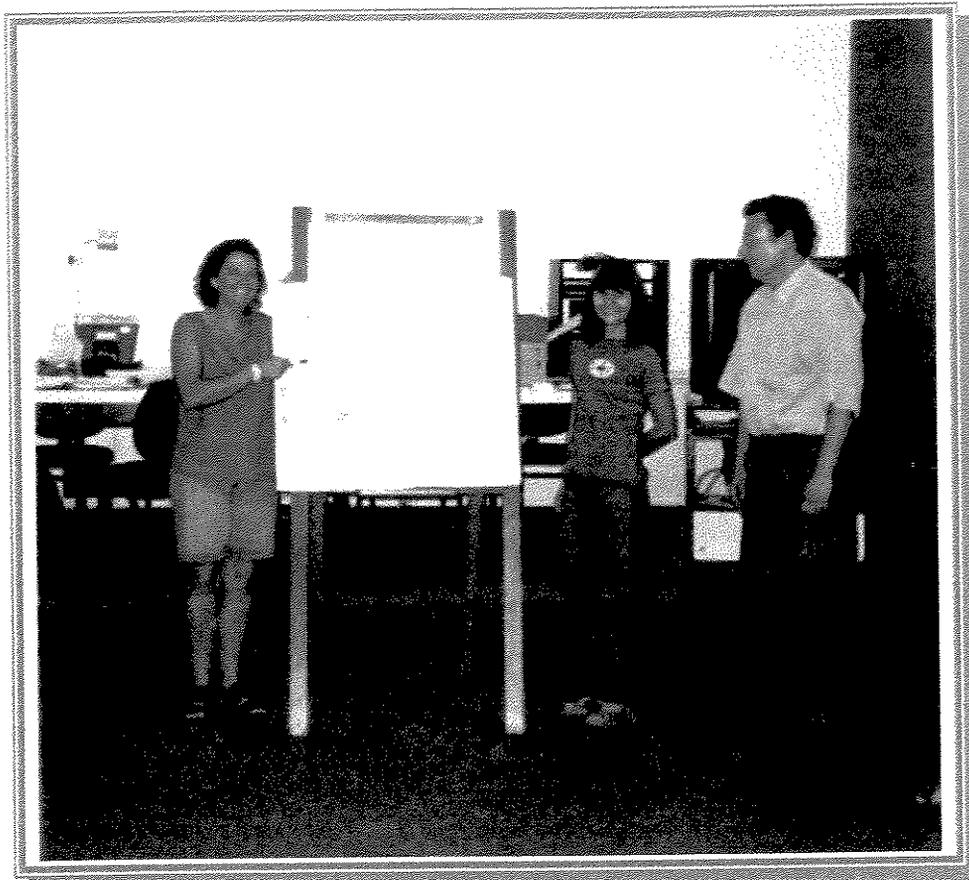


Figura 5-Mapeamento dos espaços laborais das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família. Londrina, 2002.

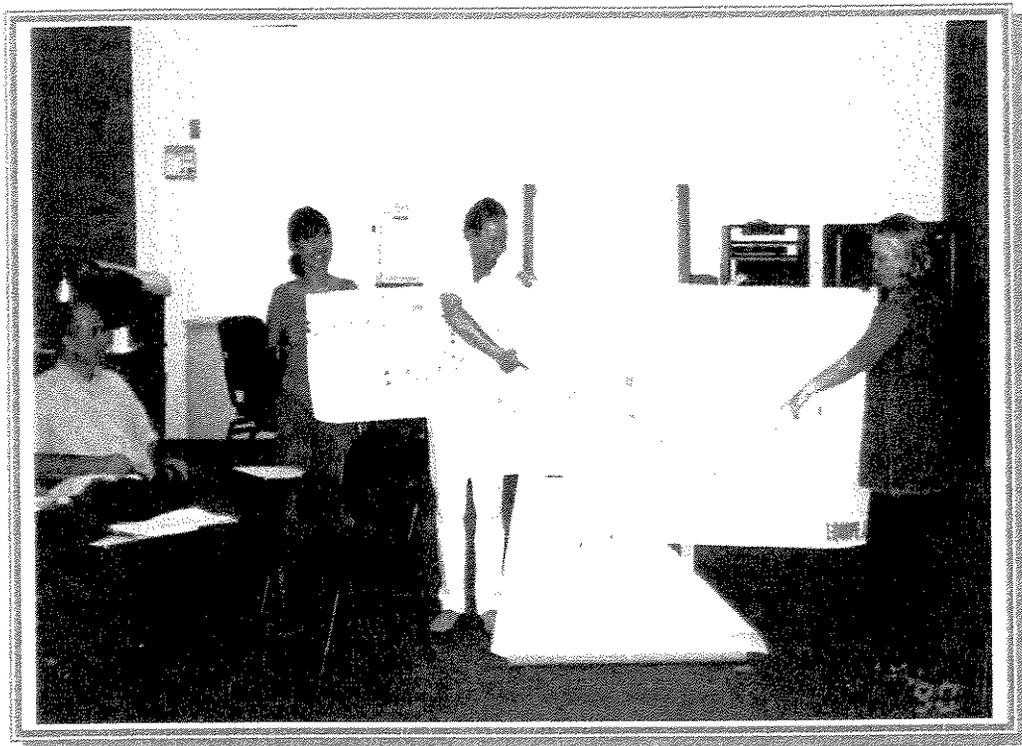


Figura 6-Mapeamento dos espaços laborais das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família. Londrina, 2002.

Os alunos/participantes — sobre o conteúdo de S.T. — avaliaram as atividades de discussão a respeito do trabalho na sua área de abrangência como espaço de aquisição de novos conhecimentos, ou mais conhecimento, em diferentes momentos.

Estes depoimentos, e a apresentação da atividade de reconhecimento da área de abrangência do território em que atuavam, reforçaram a hipótese de que a relação saúde-trabalho-doença não tem sido foco de atenção dos profissionais que atuam na RABS.

5.1.2-Sensibilização

Os relatos evidenciam que o processo vivido durante a capacitação possibilitou a sensibilização para a área de S.T., permitindo a ampliação do olhar.

Os trabalhadores de saúde, enquanto sujeitos envolvidos numa prática social, são, segundo L'ABBATTE (1997), pessoas em busca de autonomia, dispostos a correrem riscos, a abrirem-se ao novo, capazes de perceberem seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento. Mas, para isto, é importante que estejam sensibilizados para o tema em discussão.

A atividade de reconhecimento sobre o conceito de trabalho, de quem é o trabalhador da sua área de abrangência, favoreceu aos participantes a ampliação da relação saúde/trabalho/doença. Esta maior compreensão foi sinalizada pelos alunos quando afirmaram que o Módulo havia possibilitado:

Maior compreensão do processo de trabalho, trabalho e relações de trabalho (aluno/profissional);

Despertar para a observação dia/dia da clientela que é atendida e refletir sobre problemas ocasionados pelo trabalho (aluno/profissional).

A relação saúde/doença/trabalho, amplamente debatida em diferentes momentos do curso, acrescida dos conceitos de risco, carga de trabalho e desgaste do trabalhador, não foi uma tarefa fácil, fato este evidenciado nos diversos outros cursos já realizados, pois trazia no seu bojo uma discussão substancial ao que se pretendia com o curso:

- Relacionar a concepção do processo saúde-doença, enquanto produto da determinação social e histórica, com a atenção à S.T. que se almeja construir.

A concepção de saúde: unicausal, multicausal e da determinação social foi debatida e relacionada com as práticas de saúde vigentes na área e o processo de trabalho.

As ações de saúde desenvolvidas na RABS, centram-se no atendimento ao indivíduo (imunização, visita aos faltosos, investigação de doenças de notificação de agravos) e poucas ações e reflexões sobre a natureza coletiva dos agravos são realizadas.

Estas questões conceituais e que envolvem concepções de mundo e valores fizeram com que um dos alunos manifestasse, através das frases do dia, como tendo o curso sido um momento de obter *esclarecimentos importantes para modificação de conceitos*.

5.2-REPENSAR SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO E VISUALIZAR NOVAS PRÁTICAS

A preocupação com os processos de trabalho foi referida em diferentes momentos através de depoimentos que sinalizavam as descobertas: *Estou descobrindo que o processo de trabalho vai muito além do que às vezes imaginamos. Foi muito bom este encontro.*

Ao mesmo tempo, expressavam suas preocupações com questões técnicas como a importância de adquirir conhecimentos para a prática médica nas consultas nas UBSs, sobre fatores de risco e carga de trabalho, a fim de entender como o processo de trabalho interfere na saúde e a necessidade de entender e repensar este processo, para melhor garantir a saúde dos trabalhadores.

A análise de processos e cargas de trabalho fez com que refletissem sobre o seu próprio processo de trabalho e se vissem como *trabalhador-paciente*.

Verificar quantos e quais agravos relacionados ao trabalho estavam registrados nas UBS em que atuavam, ou na sua área de abrangência, e o encaminhamento que era dado a estes casos, favoreceu a reflexão sobre as debilidades dos serviços e explicitasse o que já era conhecido: não havia registros sobre agravos relacionados ao trabalho e os instrumentos que permitiam algum registro não eram utilizados ou eram mal preenchidos nas UBSs.

Evidenciou-se a inexistência de dados e de um Sistema de informação que permitisse quantificar e dar visibilidade à magnitude e relevância dos agravos relacionados ao trabalho. As ações que eram realizadas no atendimento ao trabalhador não eram sistematizadas e dependiam do interesse, conhecimento e situação dos casos que chegavam nas unidades locais. Segundo os alunos/profissionais, não havia informações, não porque não existissem, mas porque eram desconhecidas, uma vez que não havia registros e, portanto, não se fazia à relação agravo de saúde-trabalho.

Assuntos como legislações sobre acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho e benefícios previdenciários, para alguns, eram conhecimentos novos e necessários, enquanto profissionais que atuam na RABS.

Ao se pensar a Saúde da Família como um movimento que favoreça a promoção da saúde, a integralidade da atenção, as ações de vigilância, atuando com grupos mais expostos ao risco de adoecer e morrer, as ações intersetoriais e multiprofissionais devem ser atribuições assumidas pelos sujeitos locais. Mas o que se apresenta ainda é uma prática individual, curativa, fragmentada, biologicista e a relação da centralidade do trabalho na determinação dos agravos de saúde ainda é pouco explorada durante o atendimento pelos profissionais de saúde.

Os alunos/profissionais mostravam-se interessados, sentiam necessidade de tirar dúvidas, saber quais outros setores, instituições, profissionais, atuam e que ações de atenção ao trabalhador realizam, como forma de ampliar seus conhecimentos sobre doenças e acidentes de trabalho e benefícios previdenciários, porque eram questões que se apresentavam no dia a dia no atendimento de saúde e que contribuiriam nas orientações que poderiam estar sendo propostas para os trabalhadores que demandavam os serviços, além de poderem utilizar estes conhecimentos para si próprio e conforme disse um aluno eram conhecimentos que iam ajudá-lo *como profissional e trabalhador*.

Os estudos sobre alguns agravos, no que se refere à clínica (sinais e sintomas, seqüelas etc), tinham como perspectiva incentivá-los, motivá-los a discutirem no seu local de trabalho sobre a necessidade de se estruturar um protocolo de atendimento ao paciente-trabalhador e, ainda, valorizarem o fator ocupação, enquanto mecanismos de procurar estabelecer nexos decorrentes do processo de trabalho.

A atividade prevista de discussão de casos clínicos, extraídos de atendimentos realizados em um centro de referência ao trabalhador do país, mostravam a importância da história ocupacional, de ouvir o trabalhador para subsidiá-lo no diagnóstico, no tratamento, na intervenção.

O estudo dos casos clínicos precedia uma discussão importante em um processo de descentralização — o que é competência da RABS, da equipe, no atendimento dos agravos que acometem os trabalhadores, da equipe de saúde e quais os recursos do município para o controle dos agravos relacionados à S.T.

Analisar o sistema de referência e contra-referência no atendimento ao trabalhador, identificar as informações e fontes de informações formais e alternativas que poderiam contribuir para análise da relação trabalho-saúde, evidenciavam um pequeno acúmulo de discussão por parte destes atores/sujeitos quanto ao tema em questão.

Estas questões, consideradas pontos de estrangulamento do setor saúde, não dizem respeito somente ao atendimento ao trabalhador, sendo hoje um dos *nós* do sistema de saúde. Porém, para a área em estudo, mostrava-se como um problema, reconhecido pelos atores locais, mas ainda não enfrentado e muito pouco socializado. Sabia-se que a maior parte dos acidentes de trabalho eram atendidos por um dos hospitais geral do município e que acidentes ocorridos não eram registrados e que, muitos destes casos, poderiam estar sendo atendidos e ou acompanhados pelos serviços da rede básica.

Trabalhar com estes temas, mais uma vez, fez os alunos/profissionais avaliarem o curso enquanto um espaço de *aquisição de conhecimentos, esclarecimentos de dúvidas, de identificar as fontes de informações para estudar a relação trabalho e saúde, saber quem tem ou não direito ao auxílio doença, diferenciar melhor acidentes de trabalho, doenças do trabalho e conduta em ambos os casos, de conhecer às atribuições do INSS e perícia; obter maior compreensão da legislação que rege a S.T. e a importância da anamnese clínico-ocupacional.*

Só que para isto percebiam e pontuavam que havia necessidade de sensibilizar também os demais membros da equipe, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, bem como as outras equipes que não haviam participado deste processo. Esta sinalização ratifica um dos pressupostos da estratégia da Saúde da Família — o trabalho em equipe — e demonstra a necessidade de sua incorporação sentida pelos profissionais que atuam na rede básica.

A intenção em mudar, de *reconhecer os agravos de saúde, colocar em prática* o que fora discutido, foi registrada nas falas dos sujeitos locais. Ao mesmo tempo, viam-se *de fora do problema*, quando registravam que desejavam, que esperavam que após seis meses da realização do curso *...exista uma organização do serviço, para onde se consiga encaminhar o trabalhador acidentado.*

Segundo KONDER¹, Marx reconhece que o movimento da história é marcado por superações dialéticas, em todas as grandes mudanças há uma negação, mas, ao mesmo tempo uma preservação e uma elevação a um nível superior, daquilo que tinha sido estabelecido antes. Mudança e permanência são categorias reflexivas, isto é, uma não pode ser pensada sem a outra. Ao mesmo tempo em que os alunos/profissionais referiam a necessidade de mudar, mostravam-se resistentes, céticos às possibilidades de mudanças.

Embora as operações na área de S.T ocorram no território e na prática de atuação dos sujeitos locais, para que ocorra uma ação intersetorial, multiprofissional de intervenção, há que se ter uma decisão institucional e como foi dito anteriormente, a área ainda não está entre as prioridades dos diferentes sujeitos sociais.

O fato do curso ter proporcionado o levantamento das instituições públicas e privadas que realizam ações diretamente relacionadas à S.T. e os recursos de saúde existentes, que prestam assistência no município, ampliou o olhar intersetorial, mas não sua operacionalização.

A mudança nas práticas relacionadas à área passa também pela valorização do controle social e da participação do trabalhador, enquanto sujeito neste processo.

A atenção à saúde e o controle social em S.T. na perspectiva do SUS, um das unidades do Módulo, procurou valorizar mais uma vez a reflexão de temas como intersetorialidade, controle social, participação, vigilância e assistência.

O reconhecimento da rede de saúde local do SUS, as estruturas com capacidade de atendimento médico, ambulatórios, hospitais e de vigilância, em S.T., a reflexão sobre as instituições locais do poder público que atuam diretamente na área de S.T., como INSS, DRT e Promotoria, bem como a atuação das entidades de classe, associações, sindicatos, conselhos da área, foram amplamente discutidos, culminando com a realização de uma mesa redonda, com representantes das instituições do poder público, INSS, promotoria e DRT, sindicatos, associações e representante do Conselho Municipal de Saúde e CIST.

¹ Marx apud KONDER, L. *O que é dialética* São Paulo: Brasiliense, 2000. (Coleção Primeiros Passos; 23).

A realização desta atividade possibilitou um debate participativo entre convidados e alunos/profissionais, esclarecendo dúvidas sobre atuação das instituições, sobre a necessidade de valorizar a fala dos trabalhadores e de reconhecer seu papel nas ações que visam o controle social.

Os alunos/profissionais pontuaram como significativa a discussão com sindicatos, os esclarecimentos a respeito de controle social, vigilância à saúde e vigilância em S.T.; o papel do perito do INSS e dos sindicatos frente ao controle social.

Já durante o curso, os alunos/profissionais explicitavam a preocupação com o que fazer na área, em como trabalhar. Referiam que havia sido possível ter *um panorama da situação real do trabalhador hoje e estarem dispostos a querer conhecer cada vez melhor a forma de estar envolvendo-se com a S.T.*

As discussões traziam à tona, sua condição de profissional e trabalhador, quando refletiram sobre sua postura como profissional e cidadão e reconheceram que os assuntos discutidos poderiam ajudá-los enquanto trabalhadores, mas que eram complexos.

Referiam que esta não era uma necessidade da instituição, não estava entre os eixos prioritários das agendas de saúde dos municípios e que eles, enquanto profissionais inseridos na proposta do PSF, estavam recebendo demandas de diversos outros programas, que necessitavam de intervenção da Rede Básica de Saúde e que nestes programas, pouco se trabalhava a relação do agravo com a sua condição de trabalhador.

O planejamento local, enquanto estratégia de envolvimento dos diferentes atores na área de S.T. foi o tema de discussão da última unidade do curso, reforçando a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o espaço em que atuam, os equipamentos disponíveis para a realização das ações, dos problemas que ocorrem na execução de tarefas quando se depara com algum obstáculo no decorrer do processo etc. A partir desta discussão, que foi facilitada por uma estratégia de ensino-aprendizagem ludo-pedagógica (dinâmica das torres), elaborou-se um plano de ação simplificado onde os alunos/profissionais, divididos por local de atuação, pontuaram o quê, como, por quem, quando, com que recursos e quais ações poderiam estar sendo realizadas na sua área de abrangência, com a sua equipe, ações na área de S.T.

A princípio previa-se para a realização desta atividade de planejamento utilização da ferramenta do Método Altadir de Planejamento e Programação (MAPP) proposto por Mathus, utilizado para planejamento. Mas, por considerá-la ainda complexa para o tempo disponível para sua aplicação com os alunos/profissionais, optou-se por outra estratégia de desenvolvimento da atividade. Solicitou-se aos alunos/profissionais que registrassem em uma folha o que eles, individualmente acreditavam que poderia ser realizado na área, no seu local de atuação. A partir desta lista, solicitou-se que os alunos se organizassem por local de atuação e elaborassem um plano de atuação para ser desenvolvido na sua UBS, registrando o quê iriam fazer, como, com quem e quais recursos necessitariam.

Os alunos/profissionais acordaram e previram para serem realizadas nas suas UBS de atuação, junto as suas equipes, as seguintes ações:

Sensibilizar e treinar a equipe para o reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho, através de reuniões, mesa-redonda, oficinas; estudo de caso, discussão do 'dia a dia' (aluno/profissional).

Levantar os meios de produção existentes na área, através de visitas, reuniões internas com as equipes (aluno/profissional).

Identificar o trabalhador e as queixas relacionadas ao trabalho, por ramo produtivo (aluno/profissional).

Ampliar o envolvimento da comunidade Local na discussão sobre a saúde do trabalhador, através de palestras, reuniões com Conselho Local de Saúde, Igreja, Associações de Bairro, pastorais, líderes comunitários (aluno/profissional).

A elaboração deste plano de ação sinalizava que a inserção da área de S.T. na Rede necessitava de um momento de sensibilização e ações de envolvimento dos demais trabalhadores da equipe e que, para a inserção no campo, *o terreno* deveria ser trabalhado com todos os atores locais.

5.3-PROJETANDO O FUTURO

Para encerrar o Módulo e pensando no que seria possível realizar no cotidiano do seu trabalho foi solicitado que através das cartas escritas, que os alunos registrassem o que gostariam que estivesse ocorrendo na área de S. T. alguns meses após o curso.

Nas cartas, o sentimento manifesto pelos alunos revelaram que haviam despertado para a área, mostravam-se sensibilizados, declaravam que o curso havia sido interessante, que *as matérias estudadas tinham sido de valor importante para formação de um profissional de mais visão*, que havia *proporcionado muitos conhecimentos, inovações para o este trabalho no Posto de Saúde*, referindo-se que haviam *aprendido muito sobre o processo de trabalho*.

Segundo MACHADO e BARCELLOS (2002, p. 84)

A concepção de práxis em saúde do trabalhador pressupõe e adquire relevância na medida em que são considerados os conceitos de processo de trabalho e classe social como fundamentais para seu entendimento.

A manifestação de se colocar em prática o que havia sido aprendido, de se rever o processo de trabalho — deles — e passar a observar e valorizar o processo de trabalho do outro, registrou-se através da fala de diversos alunos:

Espero começar a colocar em prática desde já, tudo que aprendi; realizar mudanças em minha área de trabalho (UBS) (aluno/profissional).

identificar melhor cada grupo de trabalhadores, direitos e deveres, significado dos meios de produção e a importância da prevenção de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho; implantar inicialmente o plano de trabalho (aluno/profissional).

Viram-se enquanto trabalhadores e que os conhecimentos adquiridos eram importantes também para eles, enquanto sujeitos, inseridos num determinado modo de produção:

... utilizar este conhecimento primeiramente para mim mesma, e estar atenta durante o atendimento deste cliente não só como paciente, mas trabalhador (aluno/profissional).

o trabalhador precisa ser visto com mais atenção (aluno/profissional).

... melhorar e fornecer mais conhecimentos e condições para as equipes de Saúde da UBS (aluno/profissional).

A projeção da aplicação dos conhecimentos da área de S.T. na rede de atenção foi registrada através das seguintes ações possíveis:

Diagnosticar, dar mais resolutividade, ajudar na prevenção e reabilitação, etc (aluno/profissional).

Cadastrar as empresas do setor formal e as pessoas que trabalham informalmente (aluno/profissional).

Levantar as formas de trabalho na área de abrangência da Unidade (aluno/profissional).

Colocar a profissão no prontuário e o próprio médico fazer a associação da queixa com o trabalho (aluno/profissional).

Ter registro na UBS de todas as empresas da área de abrangência com relação ao número de funcionários, ramo de atividade, intercorrências, etc. (aluno/profissional).

Realizar levantamento de acidentes (aluno/profissional).

Levantar os ramos de produção (aluno/profissional).

Ter um plano de atividades, mecanismos de registros de agravos relacionados ao trabalhador (aluno/profissional).

Realizar palestras nas empresas. Realizar palestras de esclarecimento para população, a fim de informar os seus direitos, deveres e necessidades de atividades de lazer (aluno/profissional).

Reconhecer os agravos de saúde (aluno/profissional).

Preencher as CATs. Notificar corretamente doenças relacionadas ao trabalho (aluno/profissional).

Realizar campanha de atendimento ao trabalhador formal e informal para administração de dT (aluno/profissional).

Realizar visitas as empresas da área e estar avaliando e ou fazendo orientações básicas (aluno/profissional).

Orientar sobre medidas preventivas de doenças (acidentes de trabalho, como o uso correto de EPIs, de móveis adequados e mudança no preenchimento de prontuários, considerando a grande importância da atividade profissional de cada paciente) (aluno/profissional).

Neste rol de ações, além de atividades diagnósticas, estavam previstas, ações educativas, de intervenção e de melhoria do sistema de informação.

E, ao mesmo tempo, nas cartas, verificou-se que havia a expectativa de mudanças, mas que em algumas ações eles não se colocavam, enquanto sujeitos deste processo de transformação:

...espero que já exista uma organização dos serviços, fluxograma de atendimento montado (aluno/profissional).

... que todos os serviços da rede pública e os conveniados estejam preenchendo as CATs (aluno/profissional).

...que já esteja incluído na sua rotina (como uma coisa normal) o atendimento ao trabalhador com uma visão mais ampla no seu contexto de trabalhador. Que se consiga encaminhar (tenha fluxos definidos) o trabalhador acidentado (D. Ocupacional ou AT) e que se consiga (aluno/profissional).

acompanhar o seu tratamento (aluno/profissional).

Verificar de tudo o que foi posto durante a realização do curso, o que havia sido possível realizar seria o próximo momento da pesquisa.

***6- SEGUNDO MOMENTO:
IDENTIFICANDO AS
REPERCUSSÕES – AVALIANDO OS
RESULTADOS***

É impossível ter acesso ao significado simplesmente através da leitura de palavras. Deve-se primeiramente ler o mundo no qual tais palavras existem

Freire, 2001, p. 56.

A avaliação adquire importância na medida em que permite aos indivíduos envolvidos identificarem os limites com os quais trabalham, com vistas ao aperfeiçoamento ou superação das dificuldades e também reconhecer os acertos obtidos no decorrer do processo (BELLONI et al., 2000).

Como parte da presente pesquisa, neste segundo momento, apresenta-se a análise dos dados coletados durante a realização do grupo focal com os alunos/profissionais e das entrevistas individuais realizadas com os dirigentes institucionais, representados como o olhar dos atores locais, o olhar dos dirigentes sobre o processo vivido e os olhares entrecruzados.

Através dos diferentes olhares e do período de acompanhamento e observação realizado durante a pesquisa, foi possível identificar as possibilidades de inserção de práticas de saúde do trabalhador no cotidiano de trabalho da rede de atenção básica e os limites para sua operacionalização.

6.1-O OLHAR DO ATOR LOCAL

Um projeto que pretenda mudanças no modo de produzir saúde, não pode ser um projeto da cúpula organizacional. MERHY (1997) coloca que esta deve ser uma tarefa do conjunto dos trabalhadores de saúde no sentido de modificar o cotidiano no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de provocar reformas macroestruturais e organizacionais não servirão para quase nada.

De acordo com CAMPOS (1997), a tarefa é fazer com que o trabalhador de saúde reconheça, como todo artista, a importância e o valor de sua *Obra* reaproximando os trabalhadores do resultado de seu trabalho, produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional mais participativo e menos burocratizado.

A avaliação realizada durante o Módulo e no seu encerramento, foi de que o curso havia permitido uma maior compreensão da relevância e importância das questões relacionadas à S.T. e que não havia divergências quanto às ações propostas para realização na Atenção Básica. No entanto, deixam claro enquanto limites: o processo de trabalho nas UBS, a descontinuidade dos processos de mudança e a falta de direcionalidade institucional aliada a dificuldade de desenvolver uma prática autônoma na RABS.

6.1.1-Processo de Trabalho das UBS

Para se pensar na inserção de novas práticas na atenção básica, deve-se considerar o processo e a organização de trabalho, o que, segundo (COHN e MARSIGLIA, 1993), implica em contemplar o processo de trabalho na sua dimensão tecnológica, organizacional e da construção dos sujeitos coletivos com seus diferentes olhares.

Por processo de trabalho¹ Marx chama a todo processo de transformação de um objeto determinado em um produto determinado por uma atividade humana determinada, utilizando-se de instrumentos de trabalho determinados (HARNECKER, 1983). Falar em organização do processo de trabalho implica falar na relação capital-trabalho.

A organização do trabalho em saúde, como as demais formas de trabalho, é determinada, historicamente, por questões técnicas, políticas e econômicas. É parte do setor de serviços, está na esfera da produção não material, sem corporalidade, que se completa no ato de sua realização, foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista e também sofre influências das inovações tecnológicas-organizacionais, do processo de reestruturação produtiva.

Por esta influência, a organização dos serviços de saúde segue a lógica das especialidades, da fragmentação, do parcelamento do homem, correspondendo ao modelo biológico positivista de entendimento das doenças. O trabalho é realizado por grupos de profissões, que se organizam e prestam assistência de forma compartimentalizada, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias.

¹ Marx apud HARNECKER, M. *Os conceitos elementares do materialismo histórico*. São Paulo: Global. 1983. 2ªed. 296p.

Os profissionais que realizaram o curso referem que:

...o modo como está organizado o trabalho em uma UBS está dificultando até mesmo o preenchimento/atualização do item ocupação na ficha do paciente (aluno/profissional).

A forma de organização do atual processo dificulta a implementação das ações previstas, mesmo estando capacitados, e para eles

faz-se necessário reestruturar o processo de trabalho, pois se faz uma capacitação e no entanto não há tempo para implementá-la (aluno/profissional).

As mudanças no mundo do trabalho, a automação, a reestruturação produtiva, discutidas e analisadas para os diferentes setores produtivos, evidenciam as repercussões destas alterações para a saúde dos trabalhadores. No setor saúde, as alterações na dinâmica do trabalho são sentidas e sinalizadas através das falas dos trabalhadores de saúde que relatam tensão, stress, casos de LER/DORT percebidos e sentidos pelos profissionais dos serviços locais.

estou fugindo dos plantonistas, pois o estresse deles é muito grande, atendem, no mínimo, 50 pacientes por plantão de 12 horas, há dificuldade até mesmo para sentar e discutir (fala de um aluno/profissional de uma UBS de 16 horas).

No entanto, verifica-se que mesmo considerando as dificuldades relativas ao processo de organização do trabalho, houve, pelos profissionais que atuam nas UBS, a incorporação no discurso da necessidade de atender as especificidades locais, trabalhando com os problemas extraídos da realidade concreta.

na minha UBS um dos grandes problemas é a violência – tenho 08 ACS que desde há 02 semanas não conseguem ir visitar as famílias da favela..., não é possível ir até lá, tem tido tiroteio, é outra situação de grande estresse no trabalho – sabemos que há pacientes que necessitam de nossas visitas lá... (aluno/profissional).

Os trabalhadores inseridos nestes serviços, reconhecendo a necessidade de realizar mudanças no processo de trabalho, como os demais trabalhadores do setor primário e secundário, no sistema capitalista deixam de ser donos do seu tempo, rompem com o tempo natural e passam a ser regidos pelo tempo do capital, pelo tempo que é valor,

pressionados pela própria organização dos serviços, ou da demanda social (COHN e MARSIGLIA, 1993).

Temos pouco tempo para as visitas aos locais de trabalho, em função da grande demanda na UBS.

Temos outras demandas que são emergenciais como exemplo o cadastro para o SISHIPERDIA (aluno/profissional).

A lógica de atendimento das UBS ainda é a lógica assistencial, de atendimento à demanda, não há uma tradição de planejamento local, do trabalho em equipe e há um reconhecimento por parte dos atores locais da prática isolada que realizam:

como médico, não tive o tempo de estar reunindo-me com a equipe, tenho tido uma atuação isolada (aluno/profissional).

O trabalho em saúde é marcado pela tensão, desencadeado além da pressão da demanda, também pela pressão do nível central, pela burocracia instalada, pela carência ou excesso de treinamentos que muitas vezes não respondem às necessidades locais, podendo produzir alienação.

A organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação. Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Nestes casos, a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, será comprometer o profissional apenas com a realização adequada de algum procedimento e ponto final. Realizou-se a consulta médica, procedeu-se a cirurgia, realizou-se o diagnóstico epidemiológico e assim por diante (CAMPOS, 1997 p.234).

Como as instituições de saúde, na sua maioria, não costumam refletir sobre o processo de trabalho, não desenvolvem o planejamento e não têm uma prática de participação dos trabalhadores, no pensar e organizar o trabalho, perdem a riqueza da percepção dos diversos grupos profissionais, bem como não fazem a integração

interdisciplinar e intersetorial que possibilitariam um salto qualitativo no patamar de conhecimento e da prática assistencial em saúde. Desse modo, o trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial, deixa de ser uma atividade que poderia gerar maior conhecimento e passa a ser vista como uma forma de *passar o problema para frente*, ao invés de possibilitar avanço, gerando com isso, mais fragmentação e alienação.

Os compromissos com a transformação do setor saúde e com a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada ao trabalhador, não podem prescindir da ciência, nem da tecnologia, com as quais os profissionais de saúde vão se instrumentando para esta luta. No entanto, o que se verifica é que estes profissionais, embora com boa vontade, deixam-se influenciar pela visão tecnicista (mitificação da técnica), biologicista, com a justificativa de não poderem perder tempo, e com isto continuam realizando os atendimentos sem olhar a relação trabalho-saúde.

Alienação, ou alheamento segundo FREIRE (1979, p. 25) “manifesta-se através: da inibição da criatividade ...produz uma timidez, uma insegurança, um medo de correr o risco da aventura de criar ...estimula o formalismo que funciona como um cinto de segurança”.

Ainda segundo o mesmo autor: “O homem alienado fica mais na forma do que no conteúdo, vê as coisas mais na superfície do que em seu interior... O olhar alienado não se traduz numa ação concreta” (FREIRE, 1979 p.25).

Uma das justificativas para o não desenvolvimento de ações passa a ser a não existência de impressos, do horário de funcionamento das UBS...

o ideal seria que houvesse um horário mais específico para o trabalhador, estendendo-se o horário de atendimento, por exemplo, até as 22 horas (aluno/profissional);

falta um impresso específico para o registro do acidente de trabalho de menor gravidade, ou mesmo aquele no qual não se aplica preencher uma CAT, como o trabalhador do mercado informal (aluno/profissional).

Segundo CAMPOS (1997), qualquer projeto que prevê mudanças, deveria tentar ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura, da sua ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais,

ou conforme o mesmo autor, “temos que mexer simultaneamente com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas” (p.30).

Verifica-se na fala dos atores locais, que estes esperam que as mudanças ocorram na instituição e não se incluem enquanto um dos sujeitos a transformarem e serem transformados.

6.1.2-Descontinuidade dos Processos

GUTTIERREZ (1999), ao analisar o esforço para a reordenação do modelo na AMS de Londrina, identificou algumas descontinuidades que impediram uma melhor orientação da proposta de implantação do Projeto GERUHS no município, destacando-se, em primeiro lugar, a dissociação entre a ponta e o nível central. Em outras palavras, uma descontinuidade entre as gerências, próximas ao nível operacional (unidades básicas) e a direção (considerada a superintendência, diretoria e o próprio colegiado de gestão). Em segundo lugar, destacou-se a dissociação dos problemas ou necessidades da população das ações propostas por seus conselhos representativos, ou entre o levantamento de problemas nas várias instâncias populares e as ações desenvolvidas pelo Conselho Municipal de Saúde. E, finalmente, em terceiro lugar, uma discrepância das formas de gestão que se sucedem em cada ciclo eleitoral.

Os profissionais de saúde, coordenadores locais, diretores, referem-se como incapazes de produzir mudanças, ou mesmo de acreditar que isto é possível a *longo prazo*. Enquanto parte desta descrença seja referida pela equipe de dirigentes como sendo em decorrência da formação e perfil dos profissionais de saúde que estão inseridos no setor público, para os profissionais da RABS não há, por parte da instituição que os contrata, uma definição quanto às atribuições que se espera dos profissionais da ponta, além de inserí-los na rede de serviços sem capacitação. Com isto, eles estabelecem o que deve e o que não deve ser realizado, de acordo com os seus projetos individuais e não conforme o projeto institucional. A realidade presente no contexto de trabalho se evidencia nas manifestações dos alunos/profissionais:

a saúde é cíclica, tudo o que estamos discutindo hoje, já discutimos ontem, a Instituição contrata o profissional, não o capacita previamente, o mesmo chega, não sabe o que se passa..., cada um faz

aquilo que acha que deve..., não pode chegar ao Serviço sem essa capacitação prévia – a Instituição tem que capacitá-lo... (aluno/profissional).

A descontinuidade dos processos também é sentida quando os processos de capacitação não são oferecidos para todas as equipes e, ou mesmo quando as equipes são substituídas/alteradas, caracterizando a alta rotatividade das equipes locais. Com isso as ações realizadas na área pela Rede Básica perdem a possibilidade de impactar, pois são desenvolvidas de forma isolada, por alguns poucos interessados e sensibilizados pelo tema:

dos 03 profissionais que participaram do Módulo de Capacitação, apenas 01 profissional (enfermeira) permanece na mesma Equipe – 01 médica saiu e 01 enfermeira foi transferida (aluno/profissional).

Identifico ações isoladas, mas para que seja algo do dia-a-dia seria necessário que todos estivessem capacitados, pois se não houver essa conscientização não será uma prática rotineira... (aluno/profissional).

A criação de vínculo, pressuposto amplamente discutido como necessário para a melhoria da qualidade da assistência na relação dos profissionais com os pacientes, também se faz necessária na relação entre os profissionais ao se repensar novas práticas. O processo de descontinuidade referido pelos alunos/profissionais dificulta o estabelecimento de vínculos e a mobilização para as mudanças propostas.

Os profissionais de saúde da RABS, além de sentirem que não há por parte da instituição um programa de inserção dos trabalhadores, de referirem o desconhecimento sobre o projeto institucional, aliado à inexistência de uma política de fixação dos profissionais, o que por sua vez dificulta o estabelecimento de vínculo, responsabilidades com a comunidade com as quais atuam, sentem também, que muitos dos programas, dos projetos definidos para serem realizados, estão esvaziados de sentido, desvinculados da realidade em que atuam, principalmente em virtude de discutir-se nos cursos de formação o como fazer e não o porquê fazer. A cultura pragmática de só discutir o como fazer leva as pessoas a se sentirem felizes quando as práticas nos UBS funcionam, sem fazer com que os profissionais de saúde se perguntem em que e como as práticas que funcionam estão contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

6.1.3-Direcionalidade Institucional X Autonomia Local

A necessidade de incluir os profissionais de saúde na construção coletiva do seu fazer diário dos serviços de saúde, discutindo, analisando, propondo, tomando iniciativa, lendo os processos em movimento, de forma que os profissionais sintam-se sujeitos incluídos, ampliando sua consciência, capacidade de análise, participação e tenham clareza das propostas, dos projetos a serem realizados, tem sido objeto de trabalho na AMS, desencadeado no município através de oficinas de trabalho que estão acontecendo em todas as UBS, tendo por temática: Processo de trabalho nas UBS.

Iniciativas como estas procuram favorecer a reconversão do modelo atual, pelo reconhecimento dos sinais de esgotamento das práticas de saúde centradas na atenção: individual, curativa e fragmentada. A estratégia da Saúde da Família, que prevê uma outra lógica de organização dos serviços com predominância do trabalho em equipe, autonomia dos profissionais de saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, desenvolvendo ações de promoção e proteção da saúde, ainda não se faz presente no cotidiano dos trabalhadores de saúde da rede local.

Há uma repetição das tarefas, que são realizadas de forma desintegrada e, muitas vezes, quem executa o trabalho se exime da compreensão da totalidade e quem recebe a assistência, geralmente, tem dificuldade de saber o que solicitar no ato de atendimento.

Segundo depoimentos realizados durante o grupo focal, os trabalhadores das UBS sentem *uma pressão muito grande* e referem uma grande preocupação com o *tempo*, pois se sentem pressionados a *produzir consultas*.

Os profissionais de saúde, enquanto um dos agentes de transformação das práticas de saúde, embora não refiram em suas falas, operam no cotidiano do seu trabalho com relativo grau de autonomia, apesar das situações adversas a que estão submetidos. Participam na construção dos saberes, influenciam políticas e também, conforme a conjuntura e a sua própria atuação como atores sociais, determinam o grau de alienação, enquanto trabalhadores, em relação ao objetivo, objeto e meios de trabalho dos sistemas de saúde (CAMPOS, 1997).

Segundo o relato de um dos profissionais de saúde que realizou o curso, ao suspeitar de um caso de LER/DORT, um colega lhe aconselhou *não mexa com isto. Vão acabar te processando*.

Muitas das ações de enfrentamento dos agravos relacionados ao trabalho requerem este olhar intersetorial e multiprofissional, e como não há uma trajetória construída para a realização destas ações, os profissionais das UBS, sentem-se inseguros e preferem não correr riscos.

De acordo com Gastão Wagner Campos, secretário executivo do Ministério da Saúde, em entrevista concedida à Revista do Conselho Nacional de Saúde, a realização de trabalhos intersetoriais é um desafio que ocorre em nível de gestão, embora a operação ocorra no território e na prática de atuação dos profissionais de saúde. Segundo ele, “os ministérios têm que definir atribuições e papéis, ficando claro o que corresponde a cada um e como vão desenvolver as ações conjuntas”. Este papel, na perspectiva da municipalização e descentralização, passa também a ser do gestor municipal, cabendo a ele dar direcionalidade a estes processos, definindo as responsabilidades de cada agente público, como no caso de ações na área de Saúde do Trabalhador que requerem ações intersetoriais. Se isto não ocorrer, os trabalhadores locais continuarão a trabalhar com prioridades estabelecidas pela equipe central, por mais que se pense e se trabalhe com processos de formação que utilizam metodologias ativas e críticas de ensino-aprendizagem (SAÚDE, 2003, p.14).

hoje a prioridade é estar solucionando a queixa principal do paciente
(aluno/profissional).

Entendendo a S.T. não como um programa a mais, mas sim como uma nova abordagem ao cliente trabalhador, este novo olhar deveria estar inserido nas ações que são desencadeadas no atendimento dos diferentes programas, de forma que

procuramos trabalhar com prioridades... nossa prioridade hoje é atender as emergências, cadastrar os hipertensos, diabéticos... e por tratar-se de um processo acredito que chegará um momento em que priorizaremos a saúde do trabalhador (aluno/profissional).

Além disso, as práticas vigentes nos serviços de saúde, a tradição dos programas verticalizados, os processos educacionais que *informam*, e transformam em *assujeitados* e não em sujeitos, os trabalhadores de saúde, fazem com estes

alunos/profissionais estejam acostumados e esperem receber as informações que são consideradas relevantes para sua prática, bem como, a indicação de que ações deverão ser desenvolvidas no seu espaço de trabalho.

Quando se deparam com situações que não dependem de incorporação de tecnologias, mas apenas de um novo modo de intervir no atendimento à saúde, encontram dificuldades em assumirem os seus limites, suas resistências à mudança, colocando como obstáculo o não apoio da instituição:

existe uma idéia de que o enfermeiro e o médico generalista precisam saber tudo, só que não há o respaldo da Instituição... percebendo-se a necessidade de agir, o que essa enfermeira poderá fazer estando só, e dependendo da decisão tomada, qual será a posição da Instituição?, uma vez que o que se aconselha é ‘faça o que você achar melhor’ (aluno/profissional).

Uma das questões verificadas nas falas dos profissionais que atuam na rede básica é que eles apresentam dúvidas, incertezas, insegurança quanto as ações a serem desencadeadas no cotidiano de trabalho quanto aos encaminhamentos a serem tomados a partir do atendimento a um agravo de saúde relacionado ao trabalho: quem preenche a CAT? para onde encaminhar? onde realizar as notificações? como realizar a vigilância nos locais de trabalho?

Foram inúmeros os questionamentos e dúvidas levantadas pelos alunos/profissionais durante e após o curso. Segundo MORIN (2002, p16) “as ciências permitiram que adquiríssemos muitas certezas, mas ao longo do século XX revelaram muitas zonas de incertezas”. Iniciar um processo de construção da atenção a S.T. necessita desta possibilidade de enfrentar os imprevistos, o inesperado e a incerteza e modificar a sua forma de atendimento em virtude das informações e conhecimentos que são e serão construídos ao longo do tempo, e, para isto, faz-se necessário uma atitude criativa, crítica, autônoma dos profissionais de saúde.

6.2-O OLHAR DA EQUIPE DE DIRIGENTES

A equipe de direção reconhece as dificuldades em introduzir transformações significativas no trabalho mecânico, de *trás do balcão*, que é realizado pelas UBS. Todavia, a expectativa é de que a estratégia da Saúde da Família, entendida enquanto processo, consiga contribuir para a reversão deste modo de atenção e que os profissionais inseridos nesta proposta consigam nos próximos anos ampliar suas prioridades.

Terminamos o primeiro ano. Neste segundo estamos no meio ... eu acho, que observando como as equipes estão, na sua média, elas já estão se identificando com a população, já estão mudando suas prioridades, quer dizer a forma de atuar naquela comunidade. No terceiro ano seria ideal que estes profissionais já estivessem sensibilizados... conhecendo sua população e trabalhando suas prioridades (membro da equipe de dirigente).

Ao mesmo tempo em que se reconhece a necessidade de mudar, verifica-se que este será um processo lento:

Eu acho que vai demandar um bom tempo; muito treinamento e uma coisa muito longa mesmo (membro da equipe de dirigente).

No processo de organização do trabalho, seja do nível central, seja da equipe local, as prioridades são estabelecidas frente à urgência de sua realização, frente à cobrança, seja dos serviços, como da própria sociedade, o que termina por determinar que as ações desencadeadas ocasionem um *certo sentimento de frustração*.

O estresse é muito grande, pois temos que tocar uma série de coisas, a responsabilidade é muito grande e a cobrança da sociedade nos faz colocar em segundo plano uma situação que a gente muitas vezes não poderia postergar. Por exemplo, eu agora até queria conversar sobre outro assunto e não lembro, mas quando vejo de repente tenho que falar sobre a dengue, nós temos que tomar medida sobre dengue Então dengue ocupa muito, espaço, tempo.... (membro da equipe de dirigentes).

As dificuldades inerentes à própria organização do trabalho do setor saúde são explicitadas na fala da equipe de dirigentes, mas há o entendimento da necessidade de ampliar a capacidade de análise dos profissionais das UBS. Reconhecem que há limites quanto à formação dos profissionais, à complexidade dos processos de intervenção na área

de S.T/ Intersetorialidade, ao sistema de informação, a desarticulação dos serviços de apoio às UBSs.

6.2.1-Formação dos Profissionais de Saúde

Os trabalhos dos profissionais de saúde, apesar da suas especificidades de conhecimento e de prática, fazem parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas.

A complexidade dos problemas de saúde e sua relação com o trabalho exigem, cada vez mais, um trabalho cooperativo do tipo interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial e que busque, ainda, estratégias de rompimento da visão fragmentada da superespecialização, pois embora exista este parcelamento, há uma interdependência das atividades de enfrentamento dos problemas relacionados ao trabalho.

Essa interdependência diz respeito tanto ao trabalho entre os diferentes profissionais que atuam na atenção básica, bem como na atuação com outros setores que intervêm nos problemas de saúde do trabalhador. Além disso, as ações na área de saúde do trabalhador exigem pessoas que saibam também trabalhar com a subjetividade do trabalhador e com os diferentes olhares institucionais.

Como limitador ao desenvolvimento de novas práticas, foi referido o perfil dos profissionais que atuam na RABS e a formação destes profissionais.

Segundo o olhar de alguns dos dirigentes institucionais, o perfil das pessoas que atuam na Rede de Atenção Básica, é considerado *o perfil de funcionários públicos*, aquele que *resiste à mudanças*, que dificulta os processos de inserção de novas práticas. *Achamos que o que emperra é a questão da gente conseguir mudar o perfil das pessoas que atuam.*

Como parte do diagnóstico do perfil dos profissionais de saúde, há também o olhar crítico em relação ao compromisso destes profissionais.

Em documento elaborado pelo Ministério da Saúde, sobre “Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar a Educação Permanente no SUS”, é realizada uma análise crítica sobre os processos de formação desencadeados tanto pelo sistema de saúde como pelas instituições formadoras (BRASIL, 2003b).

Este documento pontua o investimento crescente que vem sendo realizado nos processos de capacitação para os profissionais de saúde. Estas capacitações, definidas majoritariamente no âmbito central, estiveram por conta das diversas áreas programáticas (hipertensão, diabetes, tuberculose, Aids, emergências clínicas e traumáticas etc).

Segundo o documento, a formação tradicional em saúde conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e da sociedade, levando à formação de especialistas que não conseguem lidar com as totalidades ou com as realidades complexas de forma que ,

há um consenso sobre a atual sobrecarga, repetição e fragmentação dos cursos de capacitação desenvolvidos a partir de uma lógica vertical e programática, aumentando a frustração dos profissionais que ao retornarem aos seus serviços não conseguem aplicar o que aprenderam ou constatam que o que aprenderam não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta (BRASIL, 2003b, p.3).

Enquanto a UBS e as Equipes de Saúde da Família, necessitam trabalhar com prioridades, e estas são dadas pelos problemas que chegam aos serviços, as capacitações e os processos de formação são organizados segundo as áreas técnicas, constituindo-se em uma colcha de retalhos:

os profissionais eles têm sido alvo de inúmeras capacitações que até parece uma colcha de retalhos. E qual é o limite dessas capacitações? Que contribuições elas podem dar? porque na verdade essa também é uma das preocupações... (membro da equipe de dirigentes).

Verifica-se que houve, tanto pelos atores locais como pela equipe de dirigentes, a incorporação no discurso da necessidade de provocar processos de planejamento descentralizados, que atendam às especificidades locais, trabalhando com os problemas extraídos da realidade concreta.

A Saúde da Família, na sua implantação por área de abrangência, teve durante a identificação do problema, uma certa tendência a priorizar idosos, doenças crônicas, gestantes, crianças; puericultura. A partir do primeiro ano de atuação dessas equipes, nós pudemos perceber uma certa tendência, de acordo com a vivência da equipe, o local onde ela estava localizada, de priorizarem a população de terceira idade,

violência, outras doenças infecto contagiosas... (membro da equipe de dirigente).

Mesmo reconhecendo a necessidade de se trabalhar a partir de problemas concretos, extraídos de uma realidade concreta, há o limite da formação dos profissionais de saúde, calcada em uma visão fragmentada dos problemas de saúde das pessoas e da sociedade e que faz com que se sintam incapazes de lidar com questões complexas.

6.2.2-Complexidade dos Processos de Intervenção na Área de S.T. / Intersetorialidade

Estes problemas concretos, extraídos da realidade local e as intervenções na área do trabalho exigem uma atuação intersetorial e multiprofissional. A própria legislação estabelece a interface de ações a serem realizadas pela área da Saúde, do Ministério do Trabalho e da Previdência.

A dificuldade em operacionalizar ações interssetoriais não ocorre somente na área de S.T., mas sim em todas as áreas, segundo o relato de uma das diretorias da AMS:

A gente percebe esse, como sendo um dos entraves que a gente tem em muitas outras áreas. É uma área que estrangula. A hora que chega aí a gente tem problema sério. Mesmo com setores internos da própria PML, a gente tem tido dificuldade. Com algumas secretarias como a Secretaria da Ação Social, a Secretaria do Idoso, a Secretaria da Educação a gente tem conseguido desenvolver algum trabalho... (membro da equipe de dirigentes).

...a gente tem dificuldade de avançar em muitos trabalhos (membro da equipe de dirigentes).

Segundo a mesma dirigente, não se pode discutir as dificuldades para o desenvolvimento do trabalho intersetorial, porque muito pouco se conseguiu avançar nesta proposta:

Com a empresa privada, que no caso da saúde dos trabalhadores, teria que ter muito esse trabalho. Acho que muito pouco tem sido tentado fazer. ...não dá nem para falar quais seriam as dificuldades, até porque não se conseguiu avançar muito nisso ainda (membro da equipe de dirigentes).

No entanto, entende-se que é um limite que tem que ser superado.

As ações na área de saúde do trabalhador, deveriam ser incorporadas em toda a rede de serviços do SUS.

No meu entendimento essa área da saúde do trabalhador, é uma área que sempre foi identificada como uma área à parte... Sempre é remetida a um outro nível de atenção. Porque antes o pagamento, o acompanhamento era diferenciado...essa área ficou meio que desvinculada de toda a área básica (membro da equipe de dirigentes).

A intenção, no meu entender, é que essa área tem que ser acrescida, tem que ser integrada às demais áreas, para que o trabalhador seja visto como uma parte dentro de um todo maior do cidadão, do individuo, do ser humano (membro da equipe de dirigentes).

Ao mesmo tempo em que se pensa na sua incorporação, há um reconhecimento das suas características que fazem com que o conflito capital-trabalho seja explicitado de forma mais direta, o que dificulta o processo de intervenção junto aos problemas identificados:

...até muitas vezes a pessoa você diagnostica, você identifica que aquele agravo, que aquele problema que ela está apresentando está relacionado ao trabalho... mas, não tem muito que fazer. Ela necessita daquele trabalho (membro da equipe de dirigentes).

Mesmo reconhecendo que a saúde do trabalhador, por suas características, enfrenta de forma mais direta o conflito capital/trabalho, o caráter técnico das ações nessa área referenciados pela saúde coletiva, deveria se incorporar em toda a rede de serviços de saúde, a partir do reconhecimento do trabalho enquanto categoria central na determinação do processo saúde–doença, seja para suspeitar de diagnósticos, seja para avaliar situações de risco em ambientes específicos. Essa área não difere de qualquer outra, cujo modelo de atenção busca a integralidade, nas quais deve-se prever serviços com distintos níveis de assistência.

É importante reconhecer que existe uma certa especificidade no campo e que tanto para desenvolver as ações assistenciais, quanto para realizar ações de vigilância, os serviços e os profissionais de saúde ainda não estão devidamente capacitados. Contudo, esse fato por si só não justifica a concentração das ações de S.T. somente em serviços especializados, ao invés de se investir na capacitação e disseminação desses conhecimentos

de forma mais ampla. Nesse sentido, deveriam ser implementadas e estimuladas diversas estratégias para a estruturação de um projeto de atenção em saúde do trabalhador.

6.2.3-Sistema de Informação

Uma das dificuldades na área de S.T é quanto ao registro dos dados referentes a agravos relacionados ao trabalho. A inexistência de dados que dêem maior visibilidade e possibilidades de identificação da magnitude dos problemas relacionados à relação saúde-trabalho foi pontuada em diversas falas:

O que a gente discutiu e que não foi possível fazer ainda, foi a gente conhecer de fato o que representa, o que significa o agravo da saúde do trabalhador no quadro de morbidade e mortalidade do município hoje (membro da equipe de dirigentes).

Segundo estes mesmos entrevistados, a existência de um sistema de informação poderia dar direcionalidade à atenção aos trabalhadores:

A gente não tem informação se é relevante o número de acometimento de acidentes de trabalhos, de invalidez, de suspensão do trabalho, pelo processo de trabalho vivenciado pelas pessoas. Esta informação, se a gente tivesse, até esclareceria que tipo de ação a gente deveria estar implementando para prevenir (membro da equipe de dirigentes).

Há necessidade de repensar o sistema de informação para além daqueles provenientes dos agravos relacionados ao trabalhador que estão no mercado formal e do estabelecimento de um fluxo de informações. Os dirigentes entendem que esta debilidade do sistema dificulta a visibilidade dos problemas relacionados ao trabalho e que é importante desenvolver um sistema que contemple todos os trabalhadores, do mercado formal e os que estão no mercado informal.

Não podemos ficar só com dados da emissão das CATs, mas precisamos ter um sistema informações do agravo de saúde do trabalhador, específico para toda a rede (membro da equipe de dirigentes).

O que a gente tem hoje é informação referente a acidente de trabalho, se você for procurar hospital por hospital. Não tem serviço que congregue esses dados, que disponibilize essa informação (membro da equipe de dirigentes).

Embora haja um reconhecimento da fragilidade do sistema de informação por todos os atores envolvidos, verifica-se que há muitas dificuldades em se operacionalizar mudanças, decorrentes dos entraves na definição de estratégias para o enfrentamento e intervenção dos problemas que forem notificados, da debilidade dos trabalhos multiprofissionais e da articulação e desenvolvimento de trabalhos intersetoriais na área.

6.2.4-A Promoção à Saúde e a (Des)Articulação dos Serviços de Apoio e Vigilâncias

A promoção da saúde, enquanto proposta que dá direcionalidade às ações de saúde para a rede de atenção básica, pressupõe uma reestruturação das diferentes áreas do setor saúde, em especial daquelas que dão suporte como as áreas de vigilância, epidemiologia e serviços de referência.

O modelo, herdado dos serviços pelo município, foi o constituído historicamente e que segue o recorte tradicional, ou seja, está estruturado em forma de *caixinha*, o que faz com que o tratamento dado às ações desencadeadas até o momento, pela própria dificuldade de se efetivar um outro modelo, seja realizado de forma assistemática pelos vários compartimentos existentes.

A vigilância em saúde, considerada estratégica para a constituição de uma nova prática em serviço, poderia ser realizada através de ações de vigilância nos ambientes de trabalho, desenvolvidas por equipes multiprofissionais, com a participação de trabalhadores, apresentando como caráter central a prevenção e/ou orientação e não enquanto uma ação meramente fiscalizatória e ou punitiva. As ações de vigilância teriam o objetivo de conhecer o ambiente e intervir no mesmo, buscando transformar os condicionantes da saúde do trabalhador (PINHEIRO, 1996).

No entanto, as ações de saúde do trabalhador, quando realizadas, continuam sendo dirigidas preferencialmente para o setor formal da economia, priorizando os setores em que os sindicatos encontram-se melhor organizados, sendo realizadas quase que exclusivamente pelos técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador e alguns poucos interessados no tema.

Segundo GUTIERREZ (1992), a perspectiva de que as ações de saúde do trabalhador se integrassem nas demais ações foram experimentadas anteriormente através de um projeto realizado no Município de Londrina, que, entretanto, não se efetivou na prática. As ações de S.T. que estavam dispostas no compartimento dos serviços e produtos até o final da gestão 93-96, na gestão de 1997, passaram para um compartimento específico — Coordenadoria da Saúde do Trabalhador — que se coloca no mesmo nível hierárquico da coordenadoria dos alimentos e zoonoses, entre outras.

A saúde do trabalhador, enquanto um campo que envolve idealmente ações intersetoriais, não restritas à área da saúde, exige para se implementar um projeto que tenha como objetivo a promoção da saúde e a implementação de mudanças político-estruturais mais profundas, que repercutam nas condições de vida e trabalho da população trabalhadora.

A vigilância à saúde é entendida como uma prática sanitária que integra diferentes saberes, articulando as ações suscitadas pela presença de doença, com as ações suscitadas pela qualidade de vida, na ausência da doença (SOUZA e KALICHMAN, 1993; MENDES, 1996). Nesse contexto, a vigilância na área de saúde do trabalhador poderia ser entendida como: "... um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido da promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores" (MACHADO, 1997, p. 38)

A integralidade seria condição básica e consequência direta da prática da vigilância. Além de articular as ações de dimensão individual com as coletivas, essa prática possibilitaria a integração intersetorial.

Para o desenvolvimento desta nova prática de vigilância, reconhece-se de que há necessidades de mudanças.

Tem muita coisa para acontecer aqui em nível de coordenação, em nível de epidemiologia (membro da equipe de dirigentes).

Foi referido sobre a necessidade de se estar pensando em processos de capacitação para as áreas de epidemiologia, vigilância...

Seria necessário estar capacitando todo o pessoal da área da Vigilância Sanitária, ampliar o envolvimento da epidemiologia, porque sem dados, sem estatística a gente não faz nada (membro da equipe de dirigentes).

Portanto, torna-se necessário pensar em processos de formação que favoreçam esta visão mais integral, também para os profissionais que atuam nestes serviços que dão suporte à RABS.

6.3-ENTRECRUZANDO OS OLHARES

Ouvir trabalhadores que atuam na Rede Local e a equipe de dirigentes, evidenciou que não há resistências, no discurso, quanto à inserção da área de S.T. na RABS. No entanto, há dificuldades quanto a sua operacionalização, seja pela equipe central, seja pelos profissionais que atuam nas UBS.

Muitas das dificuldades sinalizadas por ambos os olhares foram referidas como decorrentes da organização do processo de trabalho, do processo de formação dos profissionais de Saúde, do sistema de informação vigente, da pouca expressividade de ações na área e da fragilidade das ações intersetoriais vigentes.

No entanto, um dos aspectos que se evidenciou durante o processo de capacitação realizado em Londrina, bem como em todos os demais desenvolvidos em diferentes estados na formação de multiplicadores, foi o sentimento expresso pelos participantes sobre a importância do espaço possibilitado pelo curso sobre a reflexão sobre sua condição de trabalhador. Mesmo considerando-se como a elite pensante, por serem profissionais de nível superior, reconheceram-se enquanto trabalhadores, seus limites, suas debilidades, seus sofrimentos e a falta de informação que possuem quanto aos seus próprios direitos enquanto trabalhadores.

O trabalho do setor serviços, tal qual o trabalho na produção, vem, ao longo dos anos, sofrendo um processo de perda de seu controle por parte dos trabalhadores. Na saúde, como em outros diferentes serviços prestados à população, há por parte dos trabalhadores a necessidade de conciliar a preservação, o respeito e o reconhecimento da variação das situações e necessidades dos clientes, bem como a obediência a regras, regulamentações e valores gerais.

O depoimento de um dos profissionais da Equipe de dirigentes, retrata as condições de trabalho a que eles se sentem submetidos.

Eu tenho brincado muito com o pessoal falando: nossa saúde pública está extremamente insalubre, porque nós estamos submetidos a um regime de trabalho para dar conta de todo este processo de medicalização, os problemas sociais, então a gente tem que trabalhar muito, com posturas inadequadas e um regime de trabalho que muitas vezes, um regime que é assim realmente até desumano (membro da equipe de dirigentes).

As discussões durante a realização do Módulo explicitaram este conflito nas relações de trabalho que vivenciam os trabalhadores das equipes de saúde das UBS e foram registradas pelos alunos/profissionais através das cartas.

O trabalho é árduo, há dias que não sei qual é a maior prioridade das muitas prioridades que a demanda exige. Quero muito acertar, mas às vezes me sinto impotente frente a tantas exigências e ficam muitas coisas a cargo da coordenação e o dia têm só 24 horas e além do serviço, eu tenho família, filhos e fico perdida com tantas coisas (aluno/profissional).

Um membro dirigente durante sua entrevista destaca as repercussões que as mudanças no processo de trabalho vêm desencadeando também com a equipe de direção da AMS.

Com o processo de municipalização da saúde nós tivemos subitamente uma série de atribuições e responsabilidades que anteriormente era responsabilidade tanto da União, como da Secretaria do Estado, então passaram a ser do Município. E o Município tem que resolver. Eu acho que esse acúmulo de atribuições para funcionários efetivos e as dificuldades de contratação, Lei de Responsabilidade Fiscal, e tudo mais, fazem com que muitas vezes nós não consigamos fazer pelo excesso de atribuições que a gente tem. Então acho que um dos fatores seria isso. Repensar o processo de trabalho, a inserção dos profissionais que hoje estão na Saúde Pública (membro da equipe de dirigentes).

Falar em saúde do trabalhador na instituição, seja com os profissionais da RABS, seja com a equipe de dirigente, fez com que refletissem sobre o seu próprio espaço de trabalho, reconhecendo-se enquanto trabalhador e enquanto classe social.

6.4-RESULTADOS VISUALIZADOS COM O PROCESSO E FORMAÇÃO EM S.T.

Apesar das dificuldades explicitadas durante as entrevistas, tanto com dirigentes institucionais como com os profissionais da rede local que realizaram o curso, verifica-se que o processo de aplicação do módulo caracterizou-se enquanto um movimento que desencadeou:

- ▲ Discussão sobre a incorporação da S. T. na rede de atenção básica.
- ▲ O reconhecimento por parte dos atores locais e centrais sobre a necessidade de se estabelecer um sistema de informação que consiga dar a dimensão dos problemas relacionados ao trabalho, para o município;
- ▲ Sinalizou a necessidade de se estudar um fluxo de informações para os agravos relacionados ao trabalho para o trabalhador que está inserido no mercado informal, bem como despertou para a análise crítica sobre o sistema de informação existente para o trabalhador formal, ou seja, as Comunicações de Acidentes de Trabalho;
- ▲ Ampliou o olhar dos trabalhadores de saúde sobre as questões relacionadas à relação saúde-trabalho-doença, favorecendo a compreensão da doença enquanto produto determinado da produção social e histórica;
- ▲ Favoreceu a compreensão sobre os aspectos legais relacionados aos direitos e deveres do trabalhador acidentado, instrumentando-os para orientações que podem ser realizadas nos serviços locais;
- ▲ Propiciou o desencadeamento de uma discussão sobre o sistema de referência-contrareferência e a notificação dos casos de acidentados atendidos pelo serviço de urgência do município;
- ▲ Despertou para a ação intersetorial e o controle social, quando durante a realização do módulo, um dos pontos avaliados positivamente foi a realização da mesa sobre controle social com a participação de trabalhadores, sindicato e outros segmentos que atuam na área como INSS, DRT.

Diferente de outras áreas, o Módulo na área de saúde do trabalhador mostrou-se como um novo conteúdo, uma nova abordagem, não trabalhada em processos de formação anteriores. Além disso, as debilidades apresentadas pelo próprio processo de formação dos trabalhadores de saúde, fez com que os temas trabalhados tornassem os conteúdos estimulantes e desafiadores e que podem contribuir para a sua atuação enquanto profissional de saúde.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Só a possibilidade de dizer que é impossível
torna possível o impossível [...] o que eu quero dizer é o seguinte:
só o ser que se tornou através de sua
longa experiência no mundo,
capaz de significar o mundo
é capaz de mudar o mundo
e incapaz de não mudar*

Freire, 2001, p.168.

A atenção à S.T. no SUS ainda é uma utopia. Os desafios e os limites para a inserção desta área, em toda a rede de serviços de saúde de uma determinada base territorial, amplamente discutidos e apresentados por diversos autores em artigos e teses, eventos técnicos e políticos como reuniões dos Conselhos de Saúde, CIST, Conferências Nacionais e Municipais, entre outros, (DIAS, 1994; SPEDO, 1998), reiteram como um dos pontos a serem enfrentados e melhor trabalhados, a formação dos profissionais de saúde.

O Módulo desenvolvido e aplicado junto às equipes que atuam na RABS do Município de Londrina, mostrou-se como uma ferramenta estratégica a ser utilizada nos processos de formação, não como mais um pedacinho da imensa *colcha de retalhos* que compõe os cursos de capacitação que são apresentados para os profissionais que atuam na rede local, mas sim como parte de uma política institucional de capacitação e formação dos profissionais de saúde na área de S.T.

Reconhece-se que é cada vez mais difícil falar em um mundo do trabalho que pertença à esfera da produção e um mundo fora do trabalho (DIAS,1994). Neste sentido, a incorporação da área de S.T. não é uma tarefa a mais para os profissionais de saúde, mas sim a inserção de um novo olhar sobre a determinação do trabalho no processo de adoecer e morrer da população da área de abrangência das UBS.

Há especificidades da área que dependem da atenção de um especialista, mas há todo um conjunto de saberes e práticas da área que deveriam ser de competência dos profissionais que atuam na atenção básica.

A realização do Módulo para os profissionais da RABS destacou-se como um movimento que favoreceu o envolvimento dos alunos/profissionais nas discussões que permeiam a construção da atenção à S.T. no SUS, apresentando conceitos-chave que vão além do atendimento a doença do trabalho, ampliando a compreensão sobre a centralidade do trabalho na determinação do processo saúde-doença, a articulação intersetorial enquanto práticas determinantes para o desenvolvimento na área e a relevância do conhecimento de outros saberes que extrapolam o setor saúde.

Os alunos/profissionais manifestaram-se sensibilizados para o tema, adquirindo conhecimentos pouco ou nunca discutidos e visualizaram diversas ações possíveis de serem realizadas.

As estratégias de ensino e aprendizagem utilizadas durante a realização do Módulo como atividades de dramatização, mesa redonda, filmes, trabalhos em grupo, entrevistas, visitas, foram importantes para explorar os conhecimentos que emergiram dos alunos/profissionais, favorecendo a troca de experiências, as relações entre o grupo e a análise crítica sobre a realidade.

Mas estas estratégias não seriam suficientes se não estivessem alicerçadas em uma concepção pedagógica e teórica sobre a área de S.T.

A concepção pedagógica que subsidiou a construção do módulo, com base nos referenciais de Paulo Freire e Vygotsky, favoreceram a análise crítica sobre a situação de saúde dos trabalhadores, o diálogo entre os diversos sujeitos envolvidos, despertando os alunos/profissionais para sua própria condição de trabalhador, permitindo ir além da concepção *bancária*, de passagem de informações, presente nas concepções pedagógicas tradicionais.

Vygotsky¹, autor de uma sólida e complexa teoria sobre desenvolvimento e aprendizagem, refere que todo ser humano tem de aprender, passando de um nível de conhecimento real para outro nível mais avançado, o que o autor chama de zona de desenvolvimento proximal e que, para que o novo conhecimento se consolide, é necessária

¹ Vygotsky *apud* OLIVEIRA, M.K. **Vygotsky aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio histórico.** São Paulo: Scipione, 1997 (pensamento e ação no magistério).

a existência de processos de mediação adequados e significativos, em geral conduzidos por outra pessoa com maior grau de experiência (OLIVEIRA, 1997).

O desenvolvimento do Módulo com instrutores previamente capacitados e que detinham alguma aproximação com o conteúdo, evidenciou-se uma etapa importante da preparação do curso, pois estes - os instrutores - foram os elementos mediadores da relação entre o objeto da S.T. e os alunos/profissionais, (sujeitos da aprendizagem), e provocaram avanços nas discussões que não ocorreriam espontaneamente.

Verificou-se, na presente pesquisa, que não há por parte dos profissionais de saúde, resistências no discurso quanto à incorporação de ações de S.T. Mas, há pouco acúmulo quanto ao conteúdo relacionado à área de S.T, decorrente do próprio processo de formação, da oferta de cursos de educação continuada e/ ou do processo de educação permanente (OLIVEIRA,1997).

Segundo Vigostky, as escolas, conhecendo o nível de desenvolvimento dos alunos devem dirigir o ensino não para etapas intelectuais já alcançadas, mas para estágios de desenvolvimento ainda não incorporados pelos alunos, funcionando como um motor para novas conquistas psicológicas.

O processo de desenvolvimento do indivíduo, segundo o autor, vai deixando de necessitar de marcas externas, passando a utilizar signos internos. Essa capacidade que tem o homem de operar mentalmente sobre o mundo — isto é, de fazer relações, planejar, comparar, lembrar etc. — supõe um processo de representação mental. Essas possibilidades de operação mental não constituem uma relação direta com o mundo real fisicamente presente, a relação é mediada pelos signos internalizados que representam os elementos do mundo, libertando o homem da necessidade concreta de interação com os objetos de seu pensamento.

Verificou-se, durante o desenvolvimento da pesquisa, que a área de S. T. não é uma prática que esta internalizada na práxis dos profissionais de saúde.

Mas, ao mesmo tempo em que o Módulo favoreceu aos alunos/profissionais ampliarem a capacidade de análise sobre a situação de saúde dos trabalhadores, no seu espaço de trabalho, a equipe de saúde não conseguiu caminhar na implementação das ações

propostas durante a realização do curso, ações estas acordadas como possíveis de serem realizadas nas UBS e que permitiriam avançar na atenção à saúde do trabalhador.

Como limites para a incorporação destas ações pelo olhares dos alunos/profissionais foram apontados: a organização do processo de trabalho nas UBS e mesmo das equipes de saúde da família que sofrem a pressão da demanda e do tempo e centram a lógica do trabalho que realizam na produção de consultas e atendimentos. Há também uma descontinuidade dos processos de mudança, seja por alternâncias de poder, seja pela rotatividade dos profissionais que integram as equipes.

A equipe de dirigentes entrevistada apontou como limites: a inexistência de um sistema de informação que dê visibilidade aos problemas de S.T. e processos de formação que incluam a discussão sobre a relação saúde-trabalho para os demais profissionais de diferentes níveis da organização, para que sejam sensibilizados para atender a um novo tipo de demanda e contribuam na ruptura da fragmentação das ações e na lógica dos serviços organizados por caixinhas.

A incorporação na RABS da S.T. envolve mudanças nas relações internas e externas e questões técnicas e políticas, que implicam em articulação de ações dentro e fora das instituições de saúde. São questões a serem enfrentadas e trabalhadas em diferentes espaços e com diferentes atores e, neste sentido, a CIST, os Conselhos de Saúde, são instâncias a serem consideradas e valorizadas.

A realização do Módulo para a RABS contou com a participação de membros da CIST no processo de organização e na formação de instrutores e com isto houve, pelos membros, maior adesão ao projeto.

A perspectiva de que os profissionais de saúde da RABS realizem planejamento local e, com isto, desenvolvam suas ações com base nas necessidades de saúde da população, envolvendo e ouvindo diferentes atores e setores no estabelecimento das prioridades, praticando a intersetorialidade e o trabalho multiprofissional, ainda não faz parte do cotidiano destes alunos/profissionais. Para isto, a instituição deve ir além do discurso e definir ações e atividades que deverão ser realizadas pelos profissionais da atenção básica, incluindo os papéis e atribuições dos diferentes setores.

Para os profissionais que atuam na rede básica, torna-se necessário, pela própria dinâmica de trabalho instalada, dar instrumentos concretos de operacionalização da área. Segundo o depoimento dos alunos/profissionais, eles não se sentem seguros e tampouco apoiados pela instituição para o desenvolvimento de ações não normatizadas, mesmo que estas não dependam de tecnologias disponíveis.

A relação saúde-trabalho não ocorre na execução das ações de atenção à saúde e o atendimento baseia-se numa prática fragmentada de atendimento à doença e não na visão mais integral da assistência.

A segmentação da S.T. como uma especialidade, ou como uma área técnica mais específica, traz reflexos aos serviços fazendo com que se organizem em programas, principalmente porque as práticas dos serviços de saúde, influenciadas pelo modelo de sociedade capitalista, estão fundamentadas numa concepção fordista de produção.

A Saúde da Família, enquanto estratégia, traz na sua proposição uma proposta de ruptura destas práticas, ampliando o vínculo, a responsabilização e a resolutividade sobre a atenção a saúde da população, reforçando o trabalho em equipe.

Os integrantes das equipes de Saúde da Família, enquanto profissionais que atuam na RABS, devem incluir em suas reflexões e plano de ação atividades de reconhecimento e intervenção sobre os trabalhadores que vivem e moram na sua área de atuação, tanto dos trabalhadores inseridos no mercado formal, como aqueles do mercado informal, ou que estão excluídos do processo de produção.

Quando se estruturou o Módulo Instrucional de Saúde do trabalhador para a Rede de Atenção Básica, pensou-se que a incorporação deste saber deveria ser de domínio de todos os profissionais de saúde, e que ao tratar da mortalidade materna, mortalidade infantil, acidentes de trânsito, hipertensão, diabete, controle de agravos e doenças prioritárias, deveria estar se considerando os fatores de risco advindos do trabalho, no sentido de estabelecer as correlações com o estado de saúde das pessoas e a busca de soluções objetivas junto à família e às políticas sociais integradas.

A estratégia de implementar ações dessa área predominantemente através da implantação de serviços especializados e/ou centralizados, como os centros de referência, deve ser acompanhada de um processo de descentralização para as UBS, pois caso

contrário estes centros serviriam de referência para quem? considerando que estes teriam o papel de serviços de referência secundária para a rede básica.

Este questionamento baseia-se nas evidências do pouco avanço, sensibilização e envolvimento efetivo da RABS e do SUS na área de S.T., no sentido de estabelecer um sistema de saúde hierarquizado para os serviços especializados, como os centros de referência que se propõe instalar.

O desenvolvimento da presente pesquisa permitiu refletir sobre a necessidade de ampliar nos processos de educação continuada, educação permanente e mesmo nos cursos de graduação, sobre o conteúdo referente à área de saúde do trabalhador. O Módulo proposto, organizado em unidades didáticas e seqüências de atividades utilizando-se de princípios pedagógicos que articulam conteúdos, métodos e técnicas de ensino aprendizagem, mais do que se apresentar enquanto um *Kit Instrucional*, teve como objetivo facilitar a disseminação do curso e com isto contribuir para a ampliação dos olhares na área de Saúde do Trabalhador.

Espera-se que com a aplicação do Módulo para os profissionais que atuam na RABS, seja disseminada e que com isto se favoreça a relação teoria-prática, as reflexões do cotidiano, a troca de experiências e que contribua para que a área de saúde do trabalhador passe a ser assumida, enquanto política pública pelos gestores municipais. Esta discussão não pode mais continuar como tema marginal nos processos de formação.

As mudanças necessárias nas relações, nos processos internos e externos, as questões técnicas e políticas que implicam em articulações dentro e fora das instituições de saúde são questões a serem enfrentadas e trabalhadas em diferentes espaços, entre eles a CIST, os Conselhos de Saúde.

O fundamental é entender que a estratégia de aplicação do Módulo, representou o início de uma caminhada, de um processo. Os desafios e os limites são muitos. Contudo o investimento em processos de formação, seja através de processos de educação continuada e ou permanente, mostrou-se uma estratégia importante de envolver novos atores na discussão sobre a Atenção Integral ao Trabalhador no SUS e o conteúdo da área poderia ser um tema transversal a ser desenvolvido nos diferentes cursos de capacitação que são oferecidos, sem deixar de garantir sua especificidade.

É necessário, portanto, fazer com que os profissionais da RABS sintam-se sujeitos e não objetos do conhecimento e que reconheçam que este processo é histórico e está vinculado à re-elaboração contínua da área de S.T. de tal forma que a formação de profissionais em S.T. deve proporcionar espaços para a análise dos contextos locais, nacionais e globais. Enfim, a incorporação da área de S.T., a realização do Módulo para a RABS, as tecnologias de ensino e aprendizagem utilizadas vão de encontro a um projeto maior, em defesa do setor público, da vida, da construção do SUS. Foi estratégico, enquanto possibilidade de integrar uma abordagem didático-pedagógica que favoreceu a participação e a formação de profissionais mais críticos, resgatando os conceitos de cidadania, de justiça social, de bem comum, de saúde do trabalhador e que, sem dúvida, estão coerentes com os princípios éticos para a construção de uma sociedade mais justa.

***8- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas, SP: Papirus, 1995.
- BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa Época; v.75).
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction to theory and methods**. Boston, Allyn and Bacon, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001(a).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001(b).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Caderno de saúde do trabalhador: legislação; elaborado e organizado por Leticia Coelho da Costa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001(c).
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. 17ed. Brasília: Câmara dos Deputados. Coordenação de Publicações, 2001(d).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Módulo Instrucional de Capacitação da Rede Básica de Saúde do SUS em Saúde do Trabalhador: instrutor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002(a).
- BRASIL. Ministério da Saúde. In: 2º Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador 2, 1994, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (b).
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família**. v.5: Saúde do Trabalhador. Brasília, 2002 (c).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Relatório da Oficina de Capacitação em Saúde do Trabalhador**. Brasília: 2002 (d).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz. **Formação Pedagógica em Educação profissional na Área de Saúde: enfermagem: núcleo integrador: imergindo na ação pedagógica, enfermagem 9**. 2 ed.. Brasília: 2003(a).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar a Educação Permanente no SUS.** Brasília, 2003 (b) (mimeo).

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R.C. A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). **Cad. Saúde Pública**, 14:3, p.543-554, ISSN 0102-311X, 1998.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: HUCITEC. 1992.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC. 1997 (2º ed.) cap.1, p.11-28.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, 30:3, p.285-293, ISSN 0034-8910, 1996.

CARVALHO, B.; MARTIN, G.B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M et al. **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina: UEL: 2001, p.27-59.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1998.

COHN, A; MARSIGLIA, R G. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Lys E. R.; RIGOTTO, Raquel M. (org). **Isto é Trabalho de Gente? vida, doença e trabalho no Brasil.** São Paulo: Vozes, 1993. p.56-75.

DAMAS, M. J.; DE KETELE, J.M. **Observar para avaliar.** Livraria Almedina – Coimbra – Portugal, 1985.

DE KETELE, J. M.; ROEGIERS. **Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos.** Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo.** Campinas. S.P: Autores Associados (coleção polêmicas do nosso tempo:25), 1999. 6. ed. 102p.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS): realidade, fantasia, ou utopia**. Campinas. 1994. 335p. (Tese -Doutorado em Saúde Coletiva- Universidade Estadual de Campinas).

DIAS, E. C. O Manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES,R. (org.). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p.59-85.

DIAZ BORDENAVE, J.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 7. ed. Petrópolis: Vozes,1986.

DONABEDIAN, A. **A Guide to medical care administration**. Volume II: Medical Care Appraisal - Quality and Utilization. New York: American Public Health Association, 1969.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How Can it be Assessed? **JAMA**, 260:12, p.1743-48, 1988.

DONABEDIAN, A. International dimension of quality evaluation and assurance. **Salud Publica Mex**, 32:2: p.113-7, 1990.

ERICKSON, F. Ethnographic description. In: U. Ammon, N. Dittmar, and K. Mathier (Eds.) **An International handbook of the science of language and society**. Berlin and New York: Walter de Gruyter: 2, p.1081-1095, 1988.

FONTOURA, H.A. **Entre falas e encontros:tecendo fios sobre a prática médica**. Rio de Janeiro, 1997 (Tese - Doutorado – Fiocruz).

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. Freire, A.M.A.(org). São Paulo: UNESP. 2001.300p.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro, IBGE, 2000.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro, IBGE, 2001.

GUTIERREZ, P.R. Municipalização: Uma proposta metodológica para Implantação de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Revista Saúde em Debate**, 37 :51-55, 1992.

- GUTIERREZ, P.R. **A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais em Londrina: os dilemas e as discontinuidades do processo.** Rio de Janeiro, 1999.189p (Tese -Doutorado em Ciências, ENSP/FIOCRUZ).
- HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico.** São Paulo: Global. 1983. 2ªed. 296p.
- ITO, A.M.Y.;NUNES,E.F.P.A.; MENEZES,V.L. **PEEPIN: uma experiência inovadora na educação superior.** Londrina:UEL,1997.
- KONDER, L. **O que é dialética** São Paulo: Brasiliense,2000.(coleção primeiros passos; 23).
- KRAMER, S. Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. **Educ. Soc.**, 18:60, p.15-35. ISSN 0101-7330,1997.
- L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de Saúde. In: MERHY, E. e ONOCKO, R.(org). **Práxis em Salud: um desafio para lo público.** Buenos Aires: LUGAR EDITORIAL ; São Paulo: HUCITEC. 1997.p.267-292.
- L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**,15:2, p.15-27. ISSN 0102-311X, 1999.
- LACAZ, F. A.C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade** 3:1, p.41-59,1994.
- LACAZ, F. A.C. **Saúde do trabalhador.** Um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. Campinas-SP,1996 (Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).
- LACAZ, F. A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, 13:2, p.07-19. ISSN 0102-311X, 1997.
- LACAZ, F. A.C . **Sobre a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde.** São Paulo, 2000 (mimeo).
- LACAZ, F. A.C. **Reforma sanitária, Sistema Único de Saúde e Programa Saúde da Família.** São Paulo.2002 (mimeo).
- LALANDE, A. **Vocabulário técnico e científico da filosofia.** Vários tradutores, sob a coordenação de MAGALHÃES, A.M.. Porto:Rés, s.d., v.2.

LAURELL, A.C.;NORIEGA,M. **Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário.** São Paulo:HUCITEC,1989.

LIBÂNEO, J.C. Tendências Pedagógicas na prática Escolar. In: LUCKESI,C.C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez,1994 – p.53-75.

LONDRINA. Prefeitura do Município de Londrina. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 1998.** Londrina: 1998.

LONDRINA. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria de Planejamento. **Perfil do município de Londrina-** ano base 2002. Londrina: 2003.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez, 1994.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986.

MACHADO, J.M.H.; BARCELLOS. Vigilância em saúde do trabalhador. In: 2º **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador:1994** (Caderno de Textos). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 83-86.

MACHADO, J.M.H. Processo de vigilância em saúde do Trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 13:2 p. 33-45,1997.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo:HUCITEC, 1996. p.233-300.

MENDES, J.M.; OLIVEIRA,P.A.B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In: VIEIRA,S.I. **Medicina Básica do Trabalho** (vol.IV). 2. ed. Curitiba : Gênese,1995. p.33-40.

MENDES, R. Introdução à Medicina do Trabalho. In: MENDES, R.(org.). **Medicina do trabalho e doenças profissionais**[cap..1}. São Paulo: Sarvier,1980. p.4-42.

MENDES, R. **Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor:** contribuição para a definição de uma Política. São Paulo, USP, 1986,384p. (tese - livre docência, Faculdade de Saúde Pública da USP).

MENDES, R.; DIAS,E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo,25:5 p.341-9,1991.

- MENDES, R.; DIAS,E.C. Saúde do trabalhador. In; ROUQUAYROL,M.Z. (ED.) **Epidemiologia & Saúde** [cap.14}. 4º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p.383-402.
- MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. ;ONOCKO, R.(org). **Práxis em salud: um desafio para lo público**. Buenos Aires: LUGAR EDITORIAL ; São Paulo: HUCITEC. 1997.p.197-228.
- MINAYO, M.C.S. ;SANCHEZ, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, 9:239-262,1993.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed., São Paulo - Rio de Janeiro: BR. HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- MINAYO, M.C.S. Hermenêutica e dialética como caminho para pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.;DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 380p.(coleção Criança, Mulher e Saúde).
- MINAYO-GOMES, C.;THEDIM-COSTA,S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública** 13 (sup.2): 21-32,1997.
- MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino: as abordagens do processo**. Temas Básicos de Educação e Ensino. São Paulo: EPU. 1986
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Trad: SILVA,C.E.F. e SAWAYA,J. 5ºed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF:UNESCO, 2002.
- NOBRE, L. A prática atual de saúde do trabalhador – Nós críticos. In: **Encontro Nacional de S.T: desafio da construção de um modelo estratégico**. **Anais...** Brasília, 1999. Série D.n.10.
- NOGUEIRA, D.P. Medicina do trabalho no Brasil: passado, presente e futuro. In: VIEIRA,S.I. **Medicina Básica do Trabalho** (vol.IV). 2ª. Curitiba: Gênese,1995.p.23-31.
- OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA,S.M.F. **(Im)Previdência Social. 60 anos de história da previdência no Brasil (1985)**. 2º ed. Petrópolis-RJ: Vozes/Abrasco,1989.
- OLIVEIRA, M.K. **Jovens e adultos como sujeitos de conhecimento e aprendizagem**. Trabalho recomendado pelo GT "Educação de pessoas jovens e adultas" apresentado na 22ª Reunião da ANPED – 26 a 30 de setembro de 1999, Caxambu.

- OLIVEIRA, M.K. **Vygostky aprendizado e desenvolvimento: Um processo sócio histórico.** São Paulo: Scipione, 1997 (pensamento e ação no magistério).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Ama-Ata, URSS]. Ginebra: OMS/IUNICEF, 1978.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD(OPS). Programa de acción en salud de los trabajadores. Washigton, D.C., (mimeo), 1983, 27p,
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Saúde Ambiental. Departamento de Saúde no Trabalho. **Acidentes de Trabalho notificados através das Comunicações de Acidente de Trabalho à SESA- Município de Londrina – 2003(mimeo).**
- PEIXOTO, M.R.B. **Tecnologia no setor saúde: critério de avaliação de qualidade dos serviços hospitalares.** Belo Horizonte, UFMG, 1990. (Dissertação - Mestrado. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais).
- PINHEIRO, T.M.M.. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância.** Campinas, 1996.189p. (Tese -Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas).
- PINTO, A. M. R. O fetichismo da avaliação, **Anal. a conj.**, Belo Horizonte, 1:2, p.73-93, 1986
- RAMOS, M. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: **Formação.** Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem. 1:2. 2001.- Brasília: Ministério da Saúde.
- SAUDE, Conselho Nacional. O SUS terá uma rede de agentes de defesa ambiental: entrevista Gastão Wagner (ponto de Vista). In: **Revista de Saúde.** Conselho Nacional de Saúde, ano IV: n.4, 2003. p.14-16.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Núcleo de Educação em Saúde. Programa Estadual de Controle de Hanseníase.**Planejando as Ações Educativas: Teoria e Prática.** São Paulo. 1997. 134 p.
- SOUZA, M.F.M.; KALICHMAN, A.O. Vigilância à Saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde.** 4 ed. Rio de Janeiro:MEDSI, 1993. p.467-476.

SPEDO, S.M. **Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção** proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS). Campinas,S.P.1998 (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP).

TAMBELLINI, A.T. et al. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador, análises e perspectivas**. Contribuição à Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1986,85p.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

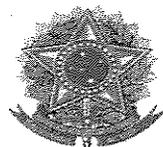
TRIVIÑOS, A.N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sócias: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIGOTSKY, L. S. **Psicologia Pedagógica: Edição Comentada**, trad. Schilling, C. – Porto Alegre: Artmed, 2003.

WESTPHAL, M F; BÓGUS, C. M.; FARIA, M.M. Grupos focais :experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, 120:6 , p.472-82, 1996.

9- APÊNDICES

APÊNDICE 1



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

**MÓDULO INSTRUCIONAL PARA CAPACITAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO
SUS EM SAÚDE DO TRABALHADOR
(para instrutores)**

Brasília – Agosto/2001

**MÓDULO INSTRUCIONAL PARA CAPACITAÇÃO DA REDE BÁSICA DE
SAÚDE DO SUS EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Paulo Roberto Gutierrez – coordenador
Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes
Gláucia Maria de Luna Ieno
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais que atuam na área de Saúde do Trabalhador e nas Equipes de Saúde da Família, de vários estados do Brasil, que contribuíram na discussão do Módulo, por sua colaboração na proposta preliminar e pelas valiosas sugestões oferecidas.

APRESENTAÇÃO	5
PROGRAMA	8
UNIDADE PEDAGÓGICA	9
PRIMEIRA UNIDADE	12
SEGUNDA UNIDADE	16
TERCEIRA UNIDADE	19
QUARTA UNIDADE	23
QUINTA UNIDADE	26

APRESENTAÇÃO

A presente proposta de Capacitação em Saúde do Trabalhador para a Rede Básica de Saúde do SUS foi organizada para ser utilizada como um dos instrumentos para a qualificação dos trabalhadores da saúde que atuam no sentido da re (organização) dos serviços de saúde.

O módulo foi organizado para profissionais de nível superior. O nível local, após a devida adaptação, poderá aplicá-lo aos membros da equipe de saúde da família de nível médio.

O pressuposto para a realização do curso baseia-se no processo de mudança das práticas sanitárias voltadas para a efetivação do Sistema Único de Saúde e coerente com o processo de criação e desenvolvimento de Distritos Sanitários, cuja estruturação tem hoje como estratégia o Programa de Saúde da Família, constituindo-se, portanto, em clientela preferencial os profissionais que atuam neste Programa

Neste sentido, pretende-se que seja incorporado à prática desses profissionais a área de Saúde do Trabalhador, qualificando-os para considerar a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença no desenvolvimento de suas ações, de acordo com os princípios de regionalização e descentralização, sem perder a visão da totalidade do sistema.

Para tanto, considera-se que a compreensão clínica e epidemiológica dos agravos à saúde dos usuários dos serviços de saúde da rede ambulatorial é fundamental, especialmente na perspectiva de promover a saúde e controlar os riscos da população adstrita às Unidades Básicas, tanto ao nível domiciliar quanto ao dos locais de trabalho.

O curso está organizado em 5 (cinco) unidades temáticas, constituindo-se em um módulo, que poderá ser incorporado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, após as devidas adaptações.

Em seu conjunto, serão necessárias 40 horas de atividades de imersão, distribuídas nas 5 (cinco) unidades temáticas. Nos intervalos das Unidades deverão ser realizadas atividades previamente estabelecidas, que subsidiarão a proposta metodológica prevista para o módulo, cujo pressuposto é partir dos conhecimentos e experiências adquiridos na realidade local (dispersão).

Nestas dispersões é imprescindível o envolvimento dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde que, embora não participem dos momentos de

concentração, têm competências na área de Saúde do Trabalhador e conhecimentos sobre os trabalhadores e ambientes de trabalho no seu território. A integração de todos os membros da equipe é imprescindível para o desenvolvimento de práticas sanitárias de saúde do trabalhador coerentes com a proposta do SUS.

Caso os cursos introdutórios já tenham contemplado algum dos conteúdos das Unidades, a critério dos coordenadores do nível local (Pólos de Capacitação e Áreas Técnicas de Saúde do Trabalhador), a(s) mesma(s) poderá(ão) ser adaptada(s), com redução da carga horária, desde que não haja prejuízo na compreensão da abordagem de saúde do trabalhador como campo de conhecimento em construção no SUS.

A concepção pedagógica desse módulo baseia-se em experiências anteriores, aplicadas em diversos processos educativos de formação de profissionais, a exemplo do Projeto Gerhus, Projeto Larga Escala, Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU.

Segundo o material bibliográfico que embasou estas propostas pedagógicas, seus princípios são: indivisibilidade do método-conteúdo, coerência do método com a natureza do objeto e apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem. Desta forma, buscou-se na construção das Unidades desse curso desenvolver estratégias de problematização da realidade, visando a interação entre sujeito (aluno) e objeto (conteúdo), considerando as formas de aprender do sujeito e recortes do objeto que permitam, a partir do seu referencial de percepção da realidade, reconstruir os seus conhecimentos sobre esta mesma realidade, tornando-o elemento ativo nas transformações necessárias ao setor saúde, rumo a melhores condições de vida do trabalhador e da população em geral.

Nas seqüências de atividades didáticas o aluno realiza operações de desenvolvimento intelectual, desde a descrição e definição de dados da realidade, a comparação, a discriminação e a relação entre fatos na tentativa de explicá-los e avançar na compreensão de suas determinações mais amplas, até o exercício de planejamento de ações concretas que inclui a definição de objetivos, a seleção de métodos e técnicas e as formas de controle e avaliação dos resultados. Em resumo, as atividades estão seqüenciadas de modo a permitir a interação gradual com o objeto e o desenvolvimento de capacidade de generalização e abstração.

A organização das unidades didáticas e das seqüências de atividades obedece a princípios pedagógicos que articulam conteúdos, métodos e técnicas de ensino-aprendizagem. A opção da estruturação de módulo instrucional visou a facilitação da disseminação do curso.

O módulo possui a estruturação clássica dos cursos que se utilizam desta metodologia, ressaltando-se que em sua organização estão sugeridas algumas atividades que poderão ser utilizados ou não pelos monitores. Não deve ser entendido, portanto, o módulo como uma camisa de força, quando de sua aplicação, o que, certamente, o transformaria em um “kit” instrucional.

Por outro lado, as alterações das atividades não deverão ser feitas aleatoriamente, devendo ser mantidas a coerência em ordem temporal e de conteúdo, respeitados seus respectivos objetivos. Portanto, a substituição de uma atividade só deve ser considerada e realizada por outra de natureza equivalente, para o mesmo conteúdo ou para sua atualização ou quando for necessário mudar a técnica utilizada. Por exemplo, pode-se substituir um texto por outro que atualize as informações, com abordagem equivalente sobre o tema estudado naquele momento do curso; pode-se também substituir uma leitura por uma palestra sobre o mesmo tema ou vice-versa, e assim por diante.

Não se trata, portanto, de um pacote instrucional auto-aplicável, sendo necessário preparar instrutores que atuem como multiplicadores para que adquiram domínio da proposta técnico-pedagógica, possibilitando o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem que assegurem tanto a integridade da proposta como sua adaptação às diferentes situações onde ela seja implementada.

A estratégia desenhada para a operacionalização desta proposta de capacitação desdobra-se em dois momentos que são necessariamente distintos: preparação de instrutores e realização de cursos para os profissionais de nível superior, das equipes de saúde da família e da Rede Básica de Serviços de Saúde.

Após a realização do curso é de todo desejável que se faça uma avaliação geral do processo, visando analisar a experiência e sistematizar conclusões que orientem futuras iniciativas.

PROGRAMA

O programa está organizado em cinco unidades didáticas básicas, distribuídas da seguinte forma:

UNIDADE PEDAGÓGICA - Apresenta a proposta pedagógica que dá suporte ao "Módulo Instrucional para a Capacitação da Rede Básica do SUS em Saúde do Trabalhador" e são trabalhados os conceitos básicos de processo ensino-aprendizagem, relação aluno-professor e trabalho em equipe.

PRIMEIRA UNIDADE – Que trabalhador é este?

São trabalhados conceitos de trabalho, trabalhador, processo de produção, processo de trabalho e seus elementos, divisão da produção social e técnica do trabalho.

SEGUNDA UNIDADE – Como investigar a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença

São trabalhados conceitos de risco, carga e desgaste do trabalhador. Além disso, são discutidos os processos de investigação que contribuem para o entendimento do processo saúde-doença no coletivizar do adoecer.

TERCEIRA UNIDADE – Agravos relacionados ao trabalho

A partir dos agravos mais frequentes, identificados na área de abrangência dos alunos, serão discutidos os conceitos de acidente de trabalho, doença ocupacional, doença do trabalho e doença relacionada ao trabalho. Discute-se quais as ações (práticas) a serem desenvolvidas pela equipe local para o enfrentamento desses agravos.

QUARTA UNIDADE - A Vigilância da saúde e o controle social em Saúde do Trabalhador na perspectiva do SUS

Serão discutidas as ações, de acordo com os níveis de atenção e a importância da participação dos trabalhadores nos mecanismos institucionais propostos pelo SUS para o exercício do controle social em saúde.

QUINTA UNIDADE – Tecendo a mudança

Busca instrumentalizar os profissionais de saúde na formulação de propostas de intervenção na realidade através da aplicação do planejamento estratégico e a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais no enfrentamento dos problemas relacionados ao campo do trabalho.

UNIDADE PEDAGÓGICA PARA OS INSTRUTORES DO MÓDULO INSTRUCIONAL PARA CAPACITAÇÃO DA REDE BÁSICA DO SUS EM SAÚDE DO TRABALHADOR¹

CONCEITO CHAVE: processo ensino-aprendizagem, relação aluno-professor, trabalho em equipe.

OBJETIVOS: Apresentar a proposta pedagógica que dá suporte ao Módulo Instrucional para Capacitação da Rede Básica do SUS em Saúde do Trabalhador

COMPETÊNCIAS: Desenvolve as funções de facilitador no processo de capacitação proposto pelo módulo, propondo situações de ensino-aprendizagem que viabilizem a participação do grupo, partindo de problemas concretos e objetivos, estimulando a criatividade, a crítica, a tomada de decisão e a responsabilidade baseada na participação.

ALUNO	INSTRUTOR
<p>1. Participar da apresentação, dizendo nome, local de atuação, participação em processos educativos, expectativa em relação a capacitação.</p>	<p>1. Realizar atividade de apresentação, solicitando aos alunos que digam nome, local de atuação, participação em processos educativos, expectativa em relação a oficina. Anotar em papel Kraft as expectativas dos alunos.</p>
<p>2. Listar pontos relevantes para o convívio em grupo e o trabalho em equipe. Elaborar o contrato de convivência para que o grupo atinja os objetivos propostos pela capacitação.</p>	<p>2. Apresentar os objetivos da capacitação e a apresentação da proposta de trabalho, confrontando com as expectativas levantadas pelos alunos. Construir o contrato de convivência junto ao grupo (horários)</p>
<p>3. Realizar individualmente reflexão sobre o seu processo ensino-aprendizagem e em grande grupo sinalizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Como este processo interferiu no adulto que você é hoje? ➤ Quais as transformações sofridas, decorrentes desse processo. 	<p>3. Estimular os alunos para que realizem a reflexão sobre o seu próprio processo ensino-aprendizagem, podendo utilizar técnicas ludo-pedagógicas.</p>
<p>4. Em grupos discutir:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Como é e como deveria ser o processo ensino-aprendizagem? b) Qual é participação do aluno, do professor neste processo? c) O que facilita e o que dificulta este processo? d) E como este processo ocorre no cotidiano dos serviços? <p>Qual a relação com as figuras distribuídas com o processo de ensino aprendizagem que ocorre na sua prática?</p>	<p>4. Distribuir gravuras que retratem as correntes pedagógicas (tradicional, condução e participativa) e solicitar aos alunos que a partir das reflexões da atividade 2 e das figuras distribuídas respondam as questões solicitadas.</p>

<p>5. Apresentação do relato dos grupos.</p>	<p>5. Reforçar a participação do professor enquanto um facilitador do processo ensino-aprendizagem, a importância de considerar as experiências prévias do aluno para que ele construa o seu próprio conhecimento e transforme a sua prática, Sistematizar com a gravura que apresenta o “Arco de Magarrez”.</p>
<p>6. Realizar leitura e ou participar em aula expositiva-dialogada sobre alguns aspectos teóricos sobre o processo ensino-aprendizagem, esclarecendo dúvidas.</p>	<p>6. Alguns aspectos teóricos sobre o processo ensino-aprendizagem Leitura do texto (Bordenave ou Aula expositiva dialogada). Destacar nas concepções pedagógicas: Tradicional: valorização do conteúdo, educação “bancária” ou da transmissão. A relação do educador é autoritária e paternalista. Aos alunos, cabe receber e repetir, sem aprender. São passivos, acríticos, obediente às normas, pouco criativas. Condução: valorização do efeito ou resultado. Sua ênfase recai nos resultados concretos de mudanças de habilidades e atitudes. Educador é o programador e sua relação com os alunos é autoritária e persuasiva. Alunos tornam-se muito ativos e competitivamente individualistas. Participativa: ênfase é no processo, na transformação das pessoas, grupos e comunidade chamada por Paulo Freire de problematizadora, libertadora. Papel do educador é de ser um facilitador, propondo situações de ensino e aprendizagem que viabilizem a participação real e o diálogo, estimulando a criatividade, a crítica e a tomada de decisão de todos os envolvidos. Parte-se do problema concreto e objetivo. Conhecimento é socializado e desmitificado.</p>
<p>7. Participar da apresentação, esclarecendo dúvidas.</p>	<p>7. Apresentação da estruturação do módulo. Carga horária, Unidades, objetivos, atividades de concentração e dispersão, clientela.</p>
<p>¹Nota Este módulo só será aplicado na capacitação dos instrutores/multiplicadores. Ele servirá de subsídio para a reflexão do processo ensino-aprendizagem, nas atividades que se desenvolverão na aplicação do Módulo junto aos profissionais da Rede de Atenção Básica de Saúde.</p>	

PRIMEIRA UNIDADE

QUE TRABALHADOR É ESTE?

CONCEITOS-CHAVE: trabalho, trabalhador, processo de produção, processo de trabalho e seus elementos, divisão da produção social e técnica do trabalho.

CARGA HORÁRIA PREVISTA: Concentração: 08 horas

Dispersão: 8 horas

OBJETIVOS

1. Conceituar trabalho e trabalhador;
2. Conceituar processo de produção;
3. Conceituar processo de trabalho;
4. Identificar os elementos do processo de trabalho (força de trabalho; meios de produção; matéria prima ou bruta; objetos);
5. Descrever e identificar os diferentes tipos de divisão do trabalho – divisão da produção social, divisão técnica do trabalho e divisão social do trabalho;
6. Identificar os diferentes ramos de produção (divisão da produção social) e de serviços existentes em sua área de abrangência.

COMPETÊNCIAS

- ❑ Conhece a população economicamente ativa e grupos ocupacionais, por sexo e faixa etária, de sua área de abrangência e influência;
- ❑ Conhece as atividades produtivas existentes na área;
- ❑ Reconhece a importância das informações sobre trabalho, contidas nos cadastros por família (desempregados, ativos no mercado formal ou informal, precarizados no domicílio, trabalho infantil, rural ou urbano, sexo e faixa etária).

ALUNO	INSTRUTOR
<p>1. Em sub-grupos discutir as seguintes questões:</p> <p>a) O que se entende por trabalho e por trabalhador;</p> <p>b) A importância do trabalho para o homem;</p> <p>c) Qual a diferença entre a construção de uma casa pelo homem e pelo pássaro joão-de-barro, colméia pelas abelhas, cupinzeiro pelo cupim etc;</p> <p>d) Qual a diferença entre o trabalho de um artesão (ou trabalhador autônomo) e de um trabalhador fabril.</p>	<p>1. Apoiar a discussão, estimulando a refletirem sobre o trabalho enquanto meio utilizado pelo homem para a transformação da natureza para a produção de bens de consumo, e na qual se estabelece relações de poder e de saber diferenciados nos diversos tipos de processos produtivos. O trabalho animal como de natureza instintiva que se repete de geração a geração, enquanto para o homem o trabalho tem como característica fundamental a criação ou a concepção do produto final antes de sua execução. No trabalho fabril, o homem deixa de ser dono do tempo.</p>
<p>2. Assistir ao filme “Ilha das Flores” (ou similar). Em sub-grupos, responder às seguintes questões:</p> <p>a) Quais os tipos de trabalho identificados no filme e as respectivas atividades desempenhadas pelos trabalhadores;</p> <p>b) Quais os recursos necessários para a realização destes tipos de trabalho?</p>	<p>2. Orientar os alunos para a atividade e apoiar a discussão a partir dos ramos de produção e as classes sociais apresentados no filme, levando-os a elaborar os conceitos de divisão de produção social, processo de trabalho e seus elementos e a divisão técnica do trabalho. No item b, sugere-se que para cada grupo seja oferecida uma atividade para a listagem dos recursos.</p>
<p>3. Representar:</p> <p>a) Quem é o trabalhador da sua área de abrangência, por sexo e faixa etária?</p> <p>b) Onde e como ele trabalha?</p>	<p>3. Orientar dinâmica podendo utilizar técnicas ludopedagógicas (dramatização, música, colagem ou outras), que dinamizem e enriqueçam as discussões. Estimular os alunos a identificar os diversos atores envolvidos na divisão social do trabalho no seu município, resgatando o conceito de classe social discutidos na atividade 2.</p>
<p>4. Em subgrupos, preparar atividade que aborde as seguintes questões: trabalho / trabalhador; elementos do processo de trabalho; População Economicamente Ativa (PEA).</p>	<p>4. Orientar atividade, distribuir textos de apoio para realização dos trabalhos.</p>
<p>5. Plenária. Apresentar atividade. Sistematizar as discussões anteriores.</p>	<p>5. Estimular os alunos na elaboração dos conceitos de trabalho / trabalhador nas diferentes sociedades; força de trabalho; meios de produção, PEA.</p>

<p>6. Em subgrupos, listar alguns agravos decorrentes de atividades produtivas em pessoas conhecidas. Discutir como a organização do trabalho pode acarretar problemas para a saúde, a partir dos exemplos citados.</p>	<p>6. Estimular a discussão, destacando os problemas de saúde decorrentes do trabalho.</p>
<p>7. Discutir as orientações de trabalho de campo:</p> <p>a) Realizar atividade de mapeamento dos estabelecimentos com atividades laborais existentes na sua área de abrangência.</p> <p>b) Ler as 3(três) opções propostas para o trabalho de campo e dividir-se em grupos para sua realização.</p>	<p>7. Orientar a realização do trabalho de campo:</p> <p>a) A confecção do mapa da sua área de abrangência, sinalizando as atividades laborais desenvolvidas pelo mercado formal e informal;</p> <p>b) Distribuir as opções de trabalho de campo, esclarecer dúvidas e solicitar a subdivisão em grupos, que contemple a realização das 3 opções propostas.</p>

ROTEIRO PARA TRABALHO DE CAMPO

Opção 1. Visitar um ambiente de trabalho, com o objetivo de observar o processo de trabalho e fazer uma listagem do que existe neste processo que pode provocar problemas de saúde do trabalhador. Considera-se ambiente de trabalho: fábricas (indústrias de transformação), serviços (açougues, farmácias), o domicílio (costureiras, doceiras), posto de saúde, hospitais, entre outros.

Opção 2. Acompanhar a visita de profissionais responsáveis pelas inspeções nos locais de trabalho (vigilância sanitária, sub-delegacias regionais do trabalho), com o objetivo de observar como é realizada uma inspeção nos ambientes de trabalho. Verificar como estes profissionais realizam estes levantamentos (caso não seja permitido o acompanhamento na visita, realizar entrevistas com os profissionais sobre como são realizadas as inspeções no ambiente de trabalho).

Opção 3. Entrevistar trabalhadores de um ramo produtivo ou de serviços com o mesmo objetivo da opção 1.

Bibliografia

HARNECKER, Marta. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. 2.ed. São Paulo: Global, 1983, p. 31-40 (Coleção Bases, n. 36)

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. “Saúde-doença e trabalho no Brasil” in: **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**. Todeschini, Remigio (org) CUT/FUNDACENTRO: São Paulo, 1996.

Bibliografia recomendada

ABRASCO. **Saúde e trabalho: desafios de uma política**. Rio de Janeiro: 1990, 72 p.

SEGUNDA UNIDADE

COMO INVESTIGAR A RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO E A SAÚDE?

CONCEITOS-CHAVE: risco, carga, desgaste do trabalhador.

CARGA HORÁRIA PREVISTA: Concentração: 08 horas

Dispersão: 08 horas

OBJETIVOS

1. Conceituar risco e fatores de risco;
2. Classificar os riscos. Reconhecer como os riscos são classificados no Brasil;
3. Conceituar cargas de trabalho e sua classificação;
4. Conhecer o instrumental de Investigação da Vigilância em Saúde a partir dos dispositivos legais;
5. Relacionar riscos com etapas do processo de trabalho.

COMPETÊNCIAS

- Reconhece a ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho;
- Inclui o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças adolescentes e adultos;
- Investiga o local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de risco observadas e o agravo que está sendo investigado.

ALUNO	INSTRUTOR
<p>1. Participar da apresentação das atividades dos sub-grupos, descrevendo os trabalhos desenvolvidos na sua área de abrangência, as etapas do processo de trabalho, o que existe nestes processos que pode provocar problemas de saúde no trabalhador.</p>	<p>1. Orientar apresentação. Solicitar que os alunos realizem uma classificação sobre o que eles identificaram como existentes no processo de trabalho, capaz de provocar problemas de saúde do trabalhador. Destacar também para atividades não remuneradas, a exemplo do trabalho doméstico (domiciliação do risco).</p>
<p>2. Em subgrupos, refletir o que se entende por risco e fator de risco, relacionados aos processos de trabalho e ao ambiente a partir da seguinte situação: Qual o risco de um trabalhador morrer no exercício de suas atividades, neste Estado? E no seu Município? E na sua área de abrangência? Por que estes trabalhadores morrem?</p> <p>- Listar os fatores de risco encontrados e os recursos (equipamentos), normalmente utilizados na investigação para sua identificação.</p>	<p>2. Levar o aluno a distinguir risco e fator de risco, ocupacional e ambiental, entendendo o risco como uma probabilidade de ocorrência de um determinado agravo.</p>
<p>3. Ler o texto “Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado a saúde do trabalhador”</p> <p>Discutir:</p> <p>a) as diferenças entre conceito de risco, fator de risco e carga de trabalho;</p> <p>b) as possibilidades e limites de sua aplicação.</p>	<p>3. Salientar a diferenciação das concepções de risco, fator de risco e carga de trabalho, ampliando a compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador, considerando a divisão e a organização do processo de trabalho.</p>
<p>5. Retomar os itens identificados como existentes no processo de trabalho que podem provocar problemas de saúde do trabalhador, levantados na atividade 1 desta Unidade, correlacionando os fatores de risco com possíveis agravos.</p>	<p>5. Apoiar os alunos na classificação e na identificação dos agravos, estimulando a reflexão sobre a importância da participação do trabalhador e de sua percepção na investigação do agravo.</p> <p>Refletir sobre a organização do trabalho, o uso de equipamentos de proteção e sua limitação no controle dos agravos à saúde do trabalhador.</p>

<p>6. Discutir as orientações de trabalho de campo. Levantar as seguintes questões:</p> <p>a) Quantos e quais casos de agravos relacionados ao trabalho estão registrados em sua Unidade Básica de Saúde?</p> <p>b) Qual o encaminhamento dado a esses casos?</p> <p>c) Estudar as legislações sobre os acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho e os benefícios previdenciários.</p>	<p>6. Orientar a realização do trabalho de campo, esclarecendo dúvidas.</p> <p>Ressaltar a importância do dado ocupação para a produção de informações sobre a situação de saúde do trabalhador na sua área de abrangência. Orientar sobre as fontes de notificação (Unidade Básica de Saúde, Sindicato e o próprio trabalhador).</p> <p>Disponibilizar cópias do Decreto nº 3.048/99. Home page: www.mpas.gov.br</p>
--	---

BIBLIOGRAFIA

FACCHINI, Luis Augusto. "Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador" in: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Lys E. R.; RIGOTTO, Raquel M. (Org) **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 178-186.

ODDONE, Ivar et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela Saúde**. São Paulo: Hucitec. P.30.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues. "Outra Contribuição da Epidemiologia" in: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Lys E. R.; RIGOTTO, Raquel M. (Org) **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 187-202.

SIVIERI, Luiz Humberto. "Saúde no trabalho e mapa de risco" in: **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**. Todeschini, Remigio (org) CUT/ Fundacentro: São Paulo, 1996.

BRASIL. Decreto nº 3.048 de 06/05/99, artigos 336 a 347.

BRASIL. Lei 8.213 de 24/07/91, artigos 19 a 21 e 23.

RIGOTTO, Raquel M. "Investigando a relação entre saúde e trabalho" in: BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Lys E.R.; RIGOTTO, Raquel M. (Org). **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 159-177.

COHN, Amélia; MARSIGLIA, Regina G. "Processo e organização do trabalho" in:
BUSCHINELLI, José T. P.; ROCHA, Lys E.R.; RIGOTTO, Raquel M. (Org). **Isto é
trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 56-75.

TERCEIRA UNIDADE

AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

CONCEITOS-CHAVE: acidente de trabalho, doenças ocupacionais, doenças do trabalho.

CARGA HORÁRIA PREVISTA: Concentração: **08 horas**

Dispersão: 08 horas

OBJETIVOS

1. Identificar os agravos mais frequentes do município e/ou da área de abrangência;
2. Conceituar acidente (tipo e doenças do trabalho relacionadas ao trabalho);
3. Discutir alguns agravos no que se refere à clínica (sinais e sintomas, seqüelas etc.), na perspectiva da estruturação de um protocolo junto aos demais membros da equipe;
4. Dar relevância ao fator ocupação dos pacientes atendidos ambulatorialmente procurando estabelecer nexos do agravo com os riscos decorrentes do processo de trabalho;
5. Discutir o sistema de referência e contra-referência no SUS para os agravos identificados;
6. Identificar informações, fontes de informações formais e alternativas para o estudo da relação trabalho e saúde;
7. Discutir o sub-registro dos acidentes e doenças ocupacionais.

COMPETÊNCIAS

Reconhece os principais agravos relacionados ao trabalho:

Conduz clinicamente os casos (diagnóstico, tratamento e alta) para aquelas situações de menor complexidade;

Estabelece os mecanismos de referência e contra-referência necessários ao caso;

Acompanha o caso até a sua resolução;

Identifica e reconhece a importância dos dados obtidos através do sistema formal do SUS (Sistema de Informações de Mortalidade - SIM, Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, Sistema de Informações de Agravos Notificáveis - SINAN e Sistema de Informação da Atenção Básica - (SIAB) e informalmente através das visitas domiciliares realizadas pelos agentes ou auxiliares de saúde e/ou por membros das equipes de saúde da família;

Registra os casos, através dos instrumentos do setor saúde: SINAN, SIAB, SIM do SUS e CAT do MPAS;

Suspeita do acidente do trabalho ou doença relacionada ao trabalho e, tratando-se de trabalhador inserido no mercado formal, e preenche o item II - campo Atestado Médico da CAT¹ ou o SINAN .

¹ A CAT deverá ser emitida obrigatoriamente pelo empregador, podendo também ser emitida, extraordinariamente, pelo sindicato da categoria, pelo próprio trabalhador ou pelo serviço de saúde. Caso o empregador recuse a emissão, o fato deverá ser comunicado pelo serviço de saúde à Vigilância Sanitária e à Delegacia Regional do Trabalho para as providências.

ALUNO	INSTRUTOR
<p>1. Participar da apresentação das atividades:</p> <p>a) Descrever quais os agravos relacionados ao trabalho identificados na sua área de abrangência;</p> <p>b) Descrever o que você entende por acidente de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho e identificar quais os trabalhadores que tem benefícios assegurados pela Previdência.</p>	<p>1. Orientar apresentação. Resgatar os ramos produtivos e os agravos levantados na Primeira e Segunda Unidade.</p> <p>Salientar que a maioria das informações disponíveis refere-se aos trabalhadores formais (contribuintes da Previdência).</p>
<p>2. Discutir:</p> <p>a) Que fontes de informações do SUS subsidiam a análise do processo saúde doença na população?</p> <p>b) Que fontes de dados alimentam este sistema?</p> <p>c) Como a saúde do trabalhador está representada nestas fontes?</p> <p>d) O que é feito com estes dados?</p> <p>e) Quais seriam outras fontes de dados sobre saúde do trabalhador?</p>	<p>2. Orientar a discussão. Estimular os alunos a identificar os sistemas de informações formais (SINAN, SIAB, SIM), fontes de dados formais (AIH, CAT, Atestado de Óbito) e informais (trabalhador, jornais, sindicatos).</p> <p>Disponibilizar texto de apoio sobre sistema de informação. Discutir a subnotificação, com ênfase na falta de diagnóstico.</p> <p>Ratificar, portanto, a necessidade de se valorizar a ocupação como um dado importante para o estabelecimento do nexó entre o agravo e trabalho exercido pelo paciente.</p>
<p>3. Em subgrupos, realizar estudo dos agravos mais freqüentes apresentados no item anterior, utilizando-se do documento de diretrizes para a Atenção Básica do M.S. e do Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Doenças Relacionadas ao Trabalho.</p>	<p>3. Orientar a atividade, priorizando a leitura dos agravos levantados nas atividades anteriores.</p> <p>Fornecer o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Doenças Relacionadas ao Trabalho e o documento de diretrizes para a Atenção Básica do M.S.</p>
<p>4. Ler uma história sobre investigação de alguns agravos para o estabelecimento de nexó causal (LER, Intoxicações, PAIR e outros). Com base nesta leitura e nas reflexões anteriores:</p> <p>Descreva para o caso estudado as relações entre os conceitos trabalhados anteriormente, trabalho do paciente e o agravo estudado.</p>	<p>4. Ratificar a necessidade de ser valorizado o item ocupação na anamnese do paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - resgatar na discussão as diversas categorias de análise (processo de produção, processo de trabalho -força de trabalho, meios de produção, matéria prima ou bruta, objetos -divisão da produção social e técnica do trabalho - ramos de produção-, classe social, fatores de risco e cargas de trabalho, etc, que podem ser identificados a partir da história.

<p>5. Retomar os agravos até agora identificados e discutir:</p> <p>a) O que é da competência da Rede de Atenção Básica no atendimento destes agravos?</p> <p>b) Quais as competências da equipe de saúde para o controle de tais cargas?</p> <p>c) Quais os recursos do município para o controle dos agravos?</p>	<p>5. Apoiar os alunos na discussão. Resgatar os níveis de hierarquização propostos pelo SUS, para os serviços de saúde (primário, secundário, terciário), fluxo de atendimento dos agravos ocorridos com os trabalhadores, atividades de promoção e prevenção. Salientar as seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A importância da ação intersetorial e multiprofissional no enfrentamento dos problemas da área de Saúde do Trabalhador. - A organização do trabalho e o uso de equipamentos de proteção e sua limitação no controle dos agravos à saúde do trabalhador.
<p>6. Participar das orientações do trabalho de campo:</p> <p>a) Levantar as instituições públicas e privadas que realizam ações diretamente relacionadas à saúde do trabalhador (DRT, Vigilância Sanitária, INSS, Ministério Público e outros).</p> <p>b) Levantar os recursos de assistência à saúde existente no município desde a rede básica, ambulatórios especializados, laboratórios e outros.</p>	<p>6. Orientar a realização do trabalho de campo, esclarecendo dúvidas.</p> <p>Orientar sobre a busca de informações de instituições que atuam diretamente com o trabalhador – ambulatórios, DRT, serviços privados, Vigilância Sanitária, identificando o fluxo de atendimento oferecido ao trabalhador no município ou região.</p> <p>Disponibilizar texto sobre o quadro institucional em saúde do trabalhador.</p>

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Ações Programáticas - Área Técnica de Saúde do Trabalhador, 2001.

BRASIL. **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho: Portaria no. 1339/GM, de 18 de novembro de 1999**, Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Ações Programáticas, Área Temática de Saúde do Trabalhador, 2000.

BRASIL. **Saúde do Trabalhador - Cadernos de Atenção Básica - Caderno 5**, Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica - Departamento de Ações Estratégicas - Programa de Saúde da Família, 2000.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

SES-BAA/DVS/CESAT – Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância de Saúde do Trabalhador. Salvador, 1996. do Cesat – Bahia

MENDES, René (org). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995

Endereço eletrônico: www.mpas.gov.br

QUARTA UNIDADE

A ATENÇÃO À SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DO SUS

CONCEITOS-CHAVE: vigilância, assistência, intersetorialidade, controle social, participação.

CARGA HORÁRIA PREVISTA: Concentração: 08 horas

Dispersão: 08 horas

OBJETIVOS

1. Descrever na rede de saúde local do SUS, as estruturas com capacidade de atendimento médico e de vigilância em saúde do trabalhador como ambulatórios, hospitais, vigilância sanitária e outras;
2. Descrever outras instituições locais do poder público com atuação direta na área de Saúde do Trabalhador como INSS, DRT, Promotoria e outros;
3. Discutir o fluxo de encaminhamento dos trabalhadores enfermos e o fluxo para a avaliação ambiental, incluindo o do trabalho;
4. Discutir as formas de controle social no SUS;
5. Identificar as entidades que atuam na área de saúde do trabalhador (entidades de classe, associações, sindicatos, conselhos e outros).

COMPETÊNCIAS

- Mapeia na rede de saúde local as estruturas com capacidade de resposta às questões de saúde do trabalhador como ambulatórios, hospitais, vigilância sanitária e outros;
- Mapeia as instituições locais do poder público com atuação na área de saúde do trabalhador como INSS, DRT, promotorias, órgãos e instituições de saúde ambiental e outros;
- Mapeia as instâncias locais da sociedade com capacidade de estabelecer mecanismos de controle social como Conselhos de Saúde (municipais e locais), sindicatos, associações de classe, ONG's;
- Constrói um fluxograma de referência e contra-referência ao acidentado e portador de doença ocupacional ou suspeito;
- Considera os riscos ambientais na avaliação dos determinantes de saúde e doença do trabalhador;
- Fomenta e apóia espaço de controle social.

ALUNO	INSTRUTOR
<p>1. Em plenária:</p> <p>a) Apresentar os dados levantados sobre a rede de saúde local, as estruturas com capacidade de atendimento à saúde do trabalhador como ambulatórios, hospitais, e outros.</p> <p>b) Descrever as instituições locais do poder público com atuação direta na área de Saúde do Trabalhador como INSS, DRT, Vigilância Sanitária, Ministério Público, órgãos e instituições de saúde ambiental e outros.</p>	<p>1. Apoiar apresentação do trabalho de campo, identificando o fluxo de atendimento disponibilizado ao trabalhador no município ou região e a discussão sobre o papel das instituições envolvidas em saúde do trabalhador.</p> <p>Estimular a visita aos endereços eletrônicos das instituições, disponibilizando seus endereços.</p>
<p>2. Ler página 50 a 60 do Caderno e discutir:</p> <p>a) que você entende por vigilância à saúde no modelo do SUS?</p> <p>b) E vigilância em saúde do trabalhador?</p> <p>c) Como está organizada em seu município? Discuta.</p>	<p>2 - Orientar trabalho em sub-grupos, podendo realizar atividade sob a forma de cartazes, dramatização, apresentação oral ou outras.</p> <p>Apoiar a discussão sobre a organização da vigilância em saúde do trabalhador, no que diz respeito à descentralização das ações.</p>
<p>3. Discutir:</p> <p>a) O que você entende por controle social?</p> <p>b) Como está definido o controle social para o SUS?</p> <p>c) Como está organizado o controle social em saúde no seu município?</p>	<p>3. Em subgrupos, estimular os alunos a resgatarem as leis que regulamentam o controle social no SUS (Leis 8.080 e 8.142) e como estão propostas para o nível federal, estadual e municipal.</p> <p>- Disponibilizar textos de apoio (Texto do Victor Vincent Valla e outros que dêem conta da participação social).</p>
<p>4. Plenária para sistematização dos itens anteriores.</p>	<p>4. Organizar e coordenar plenária para sistematizar os conceitos de controle social, participação popular, vigilância à saúde.</p> <p>Poderão participar representantes institucionais e de trabalhadores.</p>
<p>5. Discutir as orientações de trabalho de campo:</p> <p>a) Organizar listagem dos problemas relacionados à área de saúde do trabalhador por ordem de prioridade.</p> <p>b) Realizar levantamento sobre as entidades de classe (associações, sindicatos, conselhos e outros), que atuam na abordagem destes problemas.</p>	<p>5. Orientar trabalho de campo. Resgatar, a partir das discussões anteriores, os problemas ligados à área de Saúde do Trabalhador da sua área de abrangência.</p> <p>Orientar sobre levantamento das entidades de classe.</p>

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Saúde do Trabalhador - Cadernos de Atenção Básica - Caderno 5, Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica - Departamento de Ações Estratégicas - Programa de Saúde da Família, 2000.

VALLA, Victor V. Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro, Pares, 1993

Bibliografia recomendada

MENDES, Eugênio V. (org): Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1993

QUINTA UNIDADE

TECENDO A MUDANÇA

CONCEITO-CHAVE: Planejamento

CARGA HORÁRIA PREVISTA: Concentração: 08 horas

OBJETIVO:

1. Planejar as ações integrais em saúde do trabalhador e executar ações que visem maior resolutividade para o atendimento aos agravos decorrentes dos processos de trabalho.

COMPETÊNCIA

- Desenvolve, juntamente com a comunidade e instituições públicas (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Fundacentro, Ministério Público, Laboratórios de Toxicologia, Universidades etc.), ações direcionadas para a solução dos problemas encontrados, para a resolução de casos clínicos e/ou para as ações de vigilância e educação popular em saúde do trabalhador.

ALUNO	INSTRUTOR
1. Discutir a importância do planejamento intra e interinstitucional na organização dos serviços de saúde.	1. Orientar as discussões podendo utilizar técnicas ludopedagógicas (dramatização, música, colagem ou outras) que dinamizem e enriqueçam as discussões.
<p>2. Apresentar os problemas levantados no trabalho de campo. Selecionar um problema prioritário. Responder às seguintes questões:</p> <p>a) Que fontes de informação apontam ou confirmam o problema?</p> <p>b) Quais as causas destes problemas?</p> <p>c) Identifique as pessoas e/ou instituições que estabelecem relação e/ou interface com os problemas.</p> <p>d) Identifique as pessoas e/ou instituições que têm interesse no enfrentamento do problema. Há pessoas/instituições que não têm interesse pelo problema?</p> <p>e) O que poderia ser feito (ações) para o enfrentamento do problema?</p> <p>f) Defina estratégias de intervenção para a implementação das operações.</p> <p>g) Que indicadores podem contribuir para a avaliação?</p>	<p>2. Dividir em subgrupos e apoiar na realização do exercício, destacando os seguintes pontos:</p> <p>a) Quanto à descrição do problema;</p> <p>c) Quanto à análise do problema, elaboração da rede explicativa, consolidando um quadro que evidencie causas e conseqüências;</p> <p>d) Quanto às frentes de ataque, a identificação de pontos críticos, caminhos ou possibilidades de atuação.</p> <p>e) A importância do trabalho intersetorial e multiprofissional para o enfrentamento dos problemas de saúde Propicie, se possível, assessoria de especialistas aos grupos de trabalho, em função da natureza dos problemas em pauta.</p>
3. Apresentar e discutir os resultados em plenária.	3. Coordenar a plenária, apresentando sugestões, complementando as análises e esclarecendo as dúvidas.
4. Em grande grupo listar os produtos que se espera obter, a partir deste processo de capacitação, no trabalho e como construir um plano de ação na área de saúde do trabalhador a ser desenvolvido pelos profissionais da Rede Básica de Saúde e ou Saúde da Família .	4. Organizar atividade para que os alunos registrem e expressem suas expectativas para a transformação do trabalho a partir deste processo de capacitação.
5. Participar da avaliação do Módulo	5. Realizar atividade de avaliação oral e/ou escrita sobre o módulo quanto a carga horária, conteúdo, método e aplicabilidade.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. (SUS) / José Paranaguá de Santana (org) – Brasília: 1997. Pg 63-76 e 158-172

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE PESQUISA DE AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CAPACITADOS NA ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Prezado colega,

Você está participando de um Projeto de Capacitação na área de Saúde do Trabalhador.

Com o objetivo de analisar em que medida você concorda com as atribuições estabelecidas para profissionais da Rede de Serviços Básicos de Saúde na área de Saúde do Trabalhador elaboramos um instrumento composto de 2 partes:

Na 1ª parte você estará preenchendo alguns dados de identificação. Para preservar o anônimo, conservando a possibilidade de emparelhar os instrumentos durante a análise de resultados, solicitamos que você utilize a somatória dos números da sua data de nascimento: Ex: 20/12/59 = 2+0 + 1+ 2+ 5+ 9 = 19 seria o número de Identificação do Participante.

Na 2ª parte é solicitado que você leia atentamente cada atribuição, e analise qual o seu grau de concordância com as atribuições estabelecidas para os profissionais da Rede de Atenção Básica, numa escala 1 a 5, colocando um círculo no valor atribuído:

ESCALA:

1. Discorda muito
2. Discorda
3. Não discorda nem concorda
4. Concorda
5. Concorda muito

DISCORDA

1

2

3

4

CONCORDA

5

1ª PARTE: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Identificação do participante:

Formação: () Médico () Enfermeiro () Odontólogo () Outro Qual? _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Anos de experiência Profissional:

Você já recebeu uma formação sobre a área de Saúde do Trabalhador? () sim () não

Se respondeu sim, Onde:

() No curso de graduação () Na realização de curso de Pós graduação

() Nos processos de educação permanente e ou continuada dos serviços

2ª PARTE: ATRIBUIÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR PREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

1. Conhecer a população economicamente ativa e grupos ocupacionais, por sexo e faixa etária, de sua área de abrangência e influência;

DISCORDA

1

2

3

4

CONCORDA

5

2. Conhecer as atividades produtivas existentes na área;

DISCORDA

1

2

3

4

CONCORDA

5

3. Reconhecer a importância das informações sobre trabalho, contidas nos cadastros por família (desempregados, ativos no mercado formal ou informal, precarizados no domicílio, trabalho infantil, rural ou urbano, sexo e faixa etária)

DISCORDA

1

2

3

4

CONCORDA

5

4. Reconhecer a ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho;

DISCORDA					CONCORDA
1	2	3	4	5	

5. Incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças adolescentes e adultos;

DISCORDA					CONCORDA
1	2	3	4	5	

6. Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de risco observadas e o agravo que está sendo investigado.

DISCORDA					CONCORDA
1	2	3	4	5	

7. Reconhecer os principais agravos relacionados ao trabalho:

DISCORDA					CONCORDA
1	2	3	4	5	

8. Conduzir clinicamente os casos (diagnóstico, tratamento e alta) para aquelas situações de menor complexidade;

DISCORDA					CONCORDA
1	2	3	4	5	

9. Estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência necessários ao caso;

DISCORDA					CONCORDA
1	2	3	4	5	

10. Acompanhar o caso até a sua resolução;

DISCORDA					CONCORDA
1	2	3	4	5	

