

# Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível?

Francisco Antonio de Castro Lacaz<sup>1</sup>

Andrea Trapé<sup>2</sup>

Cássia Baldini Soares<sup>3</sup>

Ana Paula Lopes dos Santos<sup>4</sup>

LACAZ, F.A.C. et al. Family Health Strategy and Workers' Health: is a dialogue possible? *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.17, n.44, p.75-87, jan./mar. 2013.

This paper reflects on the omission of practices aimed at workers' healthcare issues within the scope of the Family Health Strategy (FHS) and proposes inclusion of such practices. It takes the view that the changes to the physician-centered care model require a new approach that incorporates analysis of the elements of production, circulation and consumption of goods. This approach is based on the theory of social determination of the health-illness process and on the categories of work and social reproduction. It proposes that incorporation of the topic of workers' health in the FHS should be accomplished through putting into operation an instrument that surveys and analyzes variables and indicators of social reproduction; through a matrix support system that integrates workers' health reference centers with primary healthcare units; and through continuing education for the FHS teams regarding workers' health issues.

**Keywords:** Workers' Health. Family Health Strategy. Primary Health Care. Brazilian Health System.

Reflete-se sobre a omissão de práticas voltadas para a saúde dos trabalhadores no âmbito de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e propõe-se a inclusão dessas práticas. Considera-se que a mudança do modelo de atenção médico-centrado exige uma nova abordagem que incorpore a análise de elementos da produção de bens, da circulação e do consumo. Fundamenta-se na teoria da determinação social do processo saúde-doença e nas categorias trabalho e reprodução social. Propõe-se que a incorporação da temática Saúde do Trabalhador (ST) na ESF seja realizada pela operacionalização de: um instrumento que levante e analise variáveis e indicadores de reprodução social; um sistema de apoio matricial que integre os Centros de Referência em ST com as Unidades Básicas de Saúde; educação permanente das equipes da ESF em conteúdos de ST.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador. Programa Saúde da Família. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Borges Lagoa, 1341. São Paulo, SP, Brasil. 04.023-062. f.lacaz@unifesp.br

<sup>2</sup> Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista.

<sup>3</sup> Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

<sup>4</sup> Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense.

## Introdução: situando o problema

Nos últimos anos, surgem análises que colocam em dúvida a pertinência da Estratégia Saúde da Família (ESF) como alternativa para o desenvolvimento de ações ao nível da Atenção Primária em Saúde (APS), conforme Portaria 648 de 28/03/2006 do Ministério da Saúde, que instituiu a ESF em substituição ao anteriormente denominado Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2006a). A mudança de nome deveu-se ao fato de o termo programa remeter a uma atividade com início, desenvolvimento e fim, sendo que a estratégia visa uma reorganização contínua da APS no país, segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, analisando-se o capítulo II da referida portaria, não se verificam mudanças expressivas em relação ao proposto no PSF (Brasil, 2006a).

Em adendo, a Portaria 2.488 de 21/10/2011 (Brasil, 2011), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Saliente-se que os termos AB e APS apresentam-se na PNAB como equivalentes e são conceituados como conjunto de ações individuais e coletivas de promoção e proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, cura, objetivando atenção integral que interfira na saúde e nos determinantes sociais; desenvolvidas por práticas de gestão participativas sob forma de trabalho em equipe voltadas às populações dos territórios pelos quais se assume responsabilidade sanitária (Brasil, 2011).

Frise-se que, no processo de territorialização, como parte das ações em APS, é mandatório o levantamento de situações que, no território, possam vir a constituir potencial risco à saúde e que nele se encontram (Monken, Barcelos, 2005) – conforme previa a já referida Portaria 2.488 que, quando trata das atribuições dos membros das equipes de AB, refere que as equipes da ESF devem atuar na territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos (Brasil, 2011).

Embora os estudos e a legislação anteriores à Portaria 648 utilizassem a denominação PSF, neste texto será adotada a denominação Estratégia de SF, reafirmando-se a necessidade da rediscussão de tal estratégia, considerando os gastos realizados, sua capacidade de inovar e os resultados obtidos (Pinotti, 2008; Scherer, Marino, Ramos, 2005). A isso se somam deficiências de diversas ordens: inadequada formação dos médicos; baixa resolutividade; descompromisso com as necessidades de saúde da população; descontinuidade das capacitações (Scherer, Marino, Ramos, 2005).

Ademais, um conjunto considerável de estudos evidencia as condições de trabalho das Equipes de SF caracterizadas pela coexistência de salários muito díspares, contratos precários de trabalho, grande rotatividade (Canesqui, Pinelli, 2006); intensa divisão de trabalho, menor satisfação no trabalho das equipes com vínculos trabalhistas precários e maior carga horária (Friedrich, Pierantoni, 2006).

Inscrita no processo de ajuste neoliberal, a ESF acaba por fomentar a lógica privada no espaço público, uma vez que: restringe o universo das pessoas a serem atendidas, focaliza a atenção em grupos de risco – bolsões de pobreza – e limita os serviços a ações pré-estipuladas em âmbito central; ocultando as contradições sociais, ao utilizar o conceito de comunidade; substituindo os sujeitos políticos na tomada das decisões da coletividade por sujeitos técnicos, fazendo com que o direito universal e geral à saúde fique reduzido ao atendimento das carências de grupos sociais particulares (Calipo, Soares, 2008). Resulta da implementação verticalizada, mediante incentivo financeiro aos municípios, que, apesar de sua heterogeneidade, aderem a um mesmo pacote, limitado a uma porta de entrada (Soares, 2005). Também apontada como limitação da ESF é sua dificuldade de implementação em grandes centros urbanos e regiões metropolitanas (Caetano, Dain, 2002; Favoreto, Camargo Junior, 2002).

Pouco se tem observado, na literatura, no entanto, a discussão de outra grande lacuna na atuação das equipes da ESF, especialmente em cidades industrializadas e de maior porte, ou seja, a articulação da ESF com a temática do campo Saúde do Trabalhador (ST) (Dias, Ribeiro, 2011; Dias et al., 2009).

Assim, constituem objetivos deste trabalho: refletir sobre a omissão, no âmbito de atuação da ESF, de práticas voltadas para a saúde dos trabalhadores, sujeitos que se encontram praticamente fora do escopo da atenção básica à saúde, e propor formas de inclusão dessas práticas.

Esta reflexão foi desencadeada por vivência de campo, com alunos de graduação, em atividade didática desenvolvida na Atenção Primária em Saúde (APS). Tratava-se de visita à área de abrangência

de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada num bairro periférico de importante município industrial do ABCD paulista, “guiada” por agentes comunitários de saúde (ACS) de uma das ESF da referida UBS. A visita objetivava conhecer as ações desenvolvidas pelas equipes no território, como parte das atividades de campo de alunos do 1º ano de Medicina que cursavam Unidade Curricular da Saúde Coletiva.

Ao andar pelas ruas do bairro, as ACS demonstravam conhecer, de forma detalhada, quem habitava em cada casa, mas, ao serem perguntadas sobre como agiam junto aos trabalhadores que atuavam em um galpão que abrigava uma indústria, responderam que, pelo fato de não serem moradores locais, tais trabalhadores **não** eram cadastrados na UBS!

Diante da resposta da ACS, que causou estranhamento, ficou reforçada a impressão de que se estava diante de um dos limites estruturais claros, dentre outros, que dificultam sobremaneira a atuação da ESF na promoção e atenção à saúde dos trabalhadores; até porque a ESF é considerada estruturante dos sistemas de saúde municipais (Scherer et al., 2005; Brasil, 2000). A isso se alia a ausência de capacitação técnica das equipes para abordarem as relações trabalho-saúde, outro óbice importante (Scherer, Marino, Ramos, 2005).

O que orientou as reflexões aqui contidas partiu dessa constatação empírica aliada às inquietações dos autores sobre a ausência de envolvimento da ESF com a temática do campo Saúde do Trabalhador (ST) (Lacaz, 1996). Isso permitiu, então, articular tais questões com o estudo de Santos (2010) que trata da operacionalização de ações em ST na rede básica a partir da realidade observada em Amparo, SP, utilizando Apoio Matricial como mediador desta articulação. A isso se somaram as reflexões de Trapé (2011), desenvolvidas em estudo que busca operacionalizar, ao nível da APS, a categoria Reprodução Social (Laurell, 1991), mediante adoção do Índice de Reprodução Social (IRS) para estratificar as famílias cadastradas na ESF.

A omissão da ESF no que se refere à atenção à saúde dos trabalhadores, além de ser intrigante, é um paradoxo, na medida em que os trabalhadores estão longe de fazerem parte das populações não carentes e mais longe ainda de estarem fora da esfera da criminalização ou da possibilidade de serem acometidos por agravos à saúde relacionados às epidemias e endemias clássicas (Lacaz, 2003).

Ademais, a própria implantação da ESF, conforme advoga o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), é justificada pela busca da substituição do modelo assistencial – historicamente centrado na doença e na assistência médica individual – por outro, calcado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade; e a clientela passaria a ser assistida no contexto familiar (e social) mediante ações de caráter *intersectorial* e socialmente adequadas (Scherer, Marino, Ramos, 2005).

Cabe indagar que realidade é tão socialmente referenciada e cuja intervenção sanitária intersectorial é mais mandatária do que a realidade do espaço do trabalho?

Ressalte-se que a ESF **não** adota qualquer instrumento específico que permita uma aproximação, mesmo que inicial e de forma simplificada, com as realidades de trabalho de sua clientela, o que acaba por dificultar a possibilidade de reflexão de suas equipes sobre as relações entre trabalho e processo saúde-doença.

Como apontam Scherer, Marino, Ramos (2005), o Ministério da Saúde tem enfatizado o papel da ESF na articulação das políticas e dos recursos sociais de maneira a identificar as diversas causas dos problemas que incidem na qualidade de vida da população. Ora, um dos aspectos mais relevantes relacionados com a qualidade de vida é a qualidade do trabalho (Lacaz, 2000).

Questões político-ideológicas estão na base da omissão apontada, mas é a partir da reflexão teórico-conceitual que se justifica a inclusão de práticas voltadas à saúde dos trabalhadores nas áreas de abrangência das UBS que adotam a ESF. Além disso, a realidade cada vez mais multifacetada do mundo do trabalho, resultante da reestruturação produtiva (Antunes, 1999), incorpora também o trabalho domiciliar (Navarro, 2009). Isto se torna mais preocupante e desafiador quando se considera que o trabalho domiciliar articula momentos da vida que integram a produção, a circulação e o consumo de mercadorias (Laurell, 1991), o que exigiria um envolvimento real da ESF com esta realidade, tão próxima ao seu aventado escopo (Brasil, 2002b).

Outra situação hoje corriqueira, que aponta para limites de atuação da ESF e que se relaciona à problemática da imagem caleidoscópica do trabalho contemporâneo, é a questão do trabalho infantil. Isto

fica evidente na observação de Nobre (2003) quando aborda a ponderação de profissionais de equipes da ESF ao serem questionados sobre como agir quando identificam uma realidade de trabalho infantil em famílias sob sua responsabilidade, já que, nesta situação, entram em jogo preocupações de ordem ética e o risco de quebra de confiança, com o encaminhamento de denúncias. Frise-se que o óbice apontado desconsidera que a denúncia poderia desencadear orientações e medidas que contribuiriam para a prática de ações de combate ao trabalho infantil (Nobre, 2003), hoje uma chaga social associada à flexibilização do trabalho. A propósito, como parte integrante da reestruturação produtiva, a flexibilização do trabalho tem como subprodutos: a precarização de vínculos e direitos trabalhistas, e o desemprego, elementos relevantes para o aumento do trabalho infantil (Kohen, 2008). Com as crescentes taxas de desemprego ou de trabalho precário e de baixa qualidade, o homem desempregado, ou que desistiu de procurar emprego, recolhe-se ao domicílio, e a mulher passa a atuar como chefe da família. Com isso, o núcleo familiar reestrutura-se também, e o trabalho infantil transforma-se numa estratégia de sobrevivência diante dos poucos recursos que são obtidos pela família (Kohen, 2008).

Do ponto de vista do envolvimento da rede pública de saúde com as relações trabalho-saúde/doença, desde as primeiras experiências de atenção à saúde dos trabalhadores, implantadas em meados dos anos 1980 na rede de Centros de Saúde, que compunham os serviços básicos de saúde, estes constituíram o espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações através dos Programas de Saúde do Trabalhador (Freitas, Lacaz, Rocha, 1985). Tais ações calcavam-se na compreensão de que os trabalhadores atendidos deveriam ser abordados enquanto **produtores** de bens e serviços, e não mais como uma clientela de meros **consumidores** que acorriam aos serviços de saúde para obter uma consulta, uma receita médica ou uma orientação sanitária (Navarro, 1982).

Assim, qualquer atuação da rede básica de serviços de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores deve, necessariamente, adotar algum tipo de instrumento que coloque, no centro das intervenções em saúde, a abordagem do processo de trabalho vivido no cotidiano, sendo a história de trabalho um valioso exemplo desse instrumento.

### Aspectos teórico-conceituais e metodológicos que justificam a atuação da ESF em Saúde do Trabalhador na área das UBS

Debate travado por longa data na Saúde Coletiva e Medicina Social, na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, é aquele que diz respeito à categoria central para explicá-la: produção social ou reprodução social (Laurell, 1991; Marx, 1980).

Se existe certa concordância entre os autores filiados à Saúde Coletiva e à Medicina Social sobre o maior poder explicativo da categoria reprodução social (Laurell, 1991; Laurell, Noriega, 1989), a dificuldade de sua aplicação reside na apropriação empírico-metodológica, principal obstáculo para a apreensão da sua complexidade no processo investigativo de maneira mais consistente (Laurell, 1991).

Laurell (1991, p.254) assim se posiciona a respeito da temática:

Un primer terreno de discusión teórica de la medicina social respecto a la relación trabajo-salud se refiere a conceptos analíticos centrales. Aquí se inscribe la polémica, [...], respecto a dos de ellos, 'proceso de trabajo' e 'reproducción social'. La discrepancia [...] tiene dos planos: uno que se refiere a cuál de los dos es el concepto más general y otro que se refiere a cuál tiene mayor poder explicativo respecto al proceso salud-enfermedad de los distintos grupos sociales. Revisando la primera cuestión en la perspectiva de los conceptos marxistas generales resulta que no hay tal contraposición, dado que, a este nivel de abstracción, el propio Marx los usa indistintamente para significar el proceso de apropiación por parte del hombre de la naturaleza sobre la cual se da la (re)producción de la sociedad.

No que se refere à reprodução social, há necessidade de apontar algumas precisões conceituais, para melhor compreendê-la:

... si por “reproducción social” se entiende la unidad contradictoria entre producción y consumo obviamente contiene al concepto “momento de la producción” – que en la sociedad capitalista es el proceso de producción – y, en cuanto pretende dar cuenta tanto de este momento como del momento del consumo, tiene um valor explicativo mayor respecto al proceso salud-enfermedad. (Laurell, 1991, p.255)

Considerando a possibilidade de buscar uma abordagem analítico-metodológica destas relações, o ponto de partida deve ser o âmbito da produção, que, nas sociedades capitalistas, organiza as outras esferas da vida na sociedade, inclusive o consumo; daí por que é estratégico pensar-se numa abordagem que dê conta dos dois momentos – produção e consumo – em sua relação com o processo saúde-doença (Laurell, 1991).

Queiroz e Salum (1997), baseadas, sobretudo, em Laurell (1991) e Breilh (1991), assumem que as atividades do cotidiano são conformadas pelas formas de produzir e consumir em uma sociedade. Ao produzir, a sociedade estabelece formas específicas de trabalhar, que determinam formas de viver, resultantes do momento de consumo. Tais condições e processos de trabalho e vida caracterizam os perfis de reprodução social e deles derivam potenciais de fortalecimento e de desgaste.

Esses potenciais de desgaste e de fortalecimento provenientes do momento da produção (formas de trabalhar) e do momento do consumo (formas de viver) configuram-se como perfis de reprodução social de determinado grupo social e se concretizam nos corpos através de diferentes gradientes saúde/doença, caracterizando perfis. Os perfis de reprodução social e de saúde-doença constituem perfis epidemiológicos de dada população e, na medida em que a sociedade é composta por diferentes grupos sociais, estes têm diferentes formas de trabalhar e viver e, por isso, adoecem de maneiras diversas (Queiroz, Salum, 1997).

Torna-se indispensável, então, “penetrar e explorar a relação trabalho-saúde, para poder compreender como se articula e expressa a saúde-doença enquanto um processo social” (Laurell, Noriega 1989, p.21).

Laurell e Noriega (1989) analisam o desgaste proveniente do trabalho por meio das cargas de trabalho físicas, mecânicas, químicas, biológicas e psíquicas. Tais cargas não são consideradas meros fatores de risco, mas resultam da forma de produzir, com sua base técnica, organização e divisão de trabalho, sendo que a existência (ou não) das cargas não é alheia à correlação de forças capital-trabalho no local de trabalho concreto.

A retomada de consciência dos trabalhadores com relação a esta situação, por meio da compreensão de que as doenças e os acidentes no trabalho não são provenientes de erros e culpas individuais, mas, sim, das repercussões do trabalho sobre a coletividade, abre espaço para a resistência do trabalhador; para a possibilidade de lutar e conseguir mudanças, adquirindo, assim, uma qualificação coletiva para reivindicar a apropriação do controle sobre o processo de trabalho (Laurell, Noriega, 1989). O trabalho passa, assim, a ser menos permeado por potenciais de desgaste, o que repercute favoravelmente sobre o processo saúde-doença do trabalhador.

Nessa perspectiva, e assumindo-se que o trabalho domiciliar propicia exatamente o encontro dos três momentos que configuram a reprodução social – produção, (circulação) e consumo –, advoga-se, aqui, que é justamente a partir da apreensão das relações entre trabalho domiciliar e saúde-doença que se poderia desenvolver um maior conhecimento sobre tal temática, a partir da atuação das equipes da ESF, numa aproximação do que é a reprodução social. Tal atuação exigiria, em um primeiro momento, um mapeamento dos grupos sociais nos territórios, com suas específicas formas de trabalhar e viver, que estão na base de diversos problemas de saúde (Trapé, 2011).

### **Possibilidades de superação: um instrumento para captar desgastes e fortalecimentos decorrentes do processo de reprodução social**

Considera-se que qualquer atuação da rede básica de serviços de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores deve, necessariamente, adotar algum tipo de instrumento que coloque, no centro das intervenções em saúde, a exploração do processo de trabalho vivido no cotidiano, sendo a história de

trabalho, por exemplo, um importante exemplo de tal instrumento, como citado anteriormente (Freitas, Lacaz, Rocha, 1985).

A Ficha A dos ACS, que abastece o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e que contém apenas o campo ocupação, deveria ser qualificada para permitir o monitoramento das formas de trabalhar e de viver dos moradores e trabalhadores do território.

Para o mapeamento dos grupos sociais num território, Queiroz e Salum (1997) desenvolveram um conjunto de categorias empíricas para apreender os momentos da produção e do consumo, propiciando uma classificação preliminar das famílias a partir de dados coletados em campo, que podem ser categorizados em variáveis relacionadas às formas de trabalhar e de viver.

Instrumentos do inquérito contendo tais variáveis têm sido aplicados em campo por alunos de graduação da Escola de Enfermagem da USP, em disciplinas da Saúde Coletiva, desde 1996 (Salum, Queiroz, Soares, 1998).

Tais categorias estão sistematizadas e apresentadas no Quadro 1, em conjunto com variáveis extraídas do trabalho de Wright (1989), isto é, um sistema de classificação de classes sociais baseado em Marx, que tem potência para considerar as velhas e as 'novas' formas de trabalhar, como as advindas da precarização de direitos e vínculos trabalhistas, que, hoje, deixam mais de 50% da força de trabalho fora do mercado formal (Ribeiro Neto, 2008).

**Quadro 1.** Variáveis que possibilitam apreender a reprodução social

Eixo norteador	Esquema de Wright	Grupos sociais homogêneos (Queiroz e Salum)
Categorias empíricas	Exploração dentro das relações capitalistas de produção	Processo de reprodução social no momento da produção e no momento do consumo
	Relação com os meios de produção (proprietário ou empregado), autonomia, domínio/controlado do processo de trabalho	Formas de trabalhar e formas de viver
Variáveis	<p>Donos dos meios de produção (grandes capitalistas, pequenos empregadores e pequena burguesia)</p> <p>Qualificação para o trabalho ("experts", especialistas e não-especialistas)</p> <p>Posição de mando (gerentes, supervisores e executores)</p>	<p><b>Formas de trabalhar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inserção na produção (número de trabalhadores na família/ local de trabalho/ atividade/ registro em carteira profissional)</li> <li>- dispêndio de energia no trabalho (tempo de locomoção para o trabalho/ dias-horas trabalhados por semana)</li> <li>- direitos e benefícios do trabalho (salário líquido de cada trabalhador/ número e tipo de benefícios recebidos pelos trabalhadores na família).</li> </ul> <p><b>Formas de viver</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso do espaço social (tempo de moradia no município/procedência/ tipo de habitação/ propriedade da habitação/número de cômodos para dormir);</li> <li>- infraestrutura de habitação (número de pessoas por cômodo/ localização do banheiro/ uso coletivo ou não do banheiro/ propriedade de eletrodomésticos/ condições de ventilação, umidade, iluminação da habitação/ saneamento básico – procedência da água, destino do esgoto e do lixo);</li> <li>- dinâmica social da vida familiar (riscos percebidos oriundos das formas de viver/ religião/ vida associativa – agregação social)</li> </ul>

Fonte: Trapé, 2011

Trapé (2011) analisou o comportamento dessas e outras variáveis de reprodução social quanto à sua capacidade para formar grupos com similares formas de trabalhar e de viver, objetivando contribuir para a construção de instrumentos que possibilitem o mapeamento de tais grupos em determinado território

e propiciem o planejamento de intervenções em saúde. Tal trabalho, que estudou 589 famílias do Município de Santo André, SP, concluiu que as variáveis de condição de atividade (assalariado, desempregado, bico, entre outros), de qualificação para o trabalho e de curso preparatório para o trabalho foram as que mais se destacaram na dimensão das formas de trabalhar; e as variáveis propriedade da residência, pagamento de IPTU, número de cômodos para dormir, recebimento de conta de água e de luz, acesso a serviços de esgoto e ida a cultos como atividade de lazer foram as que melhor definiram a dimensão das formas de viver na diferenciação dos grupos.

O trabalho partiu das variáveis potentes para caracterizar os grupos e construiu o Índice de Reprodução Social – IRS – capaz de mostrar as diferenças de reprodução social entre as famílias no micros espaço (Rua, setor censitário, bolsões de favela, entre outros) (Trapé 2011).

A partir do IRS, busca-se sugerir uma forma de abordagem metodológica para que a ESF apreenda a reprodução social como momento privilegiado, hoje expresso pelo trabalho domiciliar. Espera-se que tal monitoramento constitua as bases para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador nas ESF (Trapé, 2011).

### **A perspectiva de superação do impasse para a atuação da ESF em ST**

Após se mapearem as condições de trabalho e vida dos diversos grupos sociais pelo IRS, são necessários instrumentos para que os serviços de saúde da APS possam atuar na saúde dos trabalhadores. Assim, pretende-se empreender uma reflexão de como a ESF poderia incorporar, em sua prática, a abordagem das relações entre trabalho e saúde-doença (Lacaz, Santos, 2010).

No âmbito legal, a atenção em ST no SUS é garantida na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) (Brasil, 1990). Com a publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) pela Portaria 3.908, de 30/10/98, estão estabelecidos procedimentos para orientar as ações e serviços do SUS (Brasil, 1998). O investimento nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) foi a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), pela Portaria 1.679, de 19/09/2002 (Brasil, 2002a). A Renast foi objeto de mais duas Portarias nos anos de 2005 e 2009 (Brasil, 2009, 2005), que buscaram ampliá-la e dar-lhe rumos mais afeitos às ações de promoção e vigilância em ST, ao lado de focar também a formação de quadros mais capacitados para nela atuarem (Santos, Lacaz, 2012).

Quanto à atenção à saúde dos trabalhadores na rede básica, houve algumas tentativas de sua incorporação na ESF, dentre elas a publicação do Caderno de Atenção Básica em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2002b). Aí eram apontadas as atribuições dos serviços de AB via ESF, considerando a equipe e o papel de cada membro no que tange ao desenvolvimento das ações de ST. Envolve a identificação e registro da População Economicamente Ativa (PEA), as atividades produtivas existentes no território, para planejamento e execução da vigilância nos locais de trabalho. As situações de trabalho infantil devem ser consideradas como alerta epidemiológico. O Caderno ainda contém dados referentes às doenças relacionadas ao trabalho e aos procedimentos decorrentes da sua notificação.

Embora a proposta da Renast tenha apresentado, como atribuição dos Cerest, dar suporte técnico e científico às intervenções em ST em toda rede do SUS, inclusive na AB (Brasil, 2006b), “[...] a rede SUS ainda não incorporou, [...], em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o Trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental” (Dias et al., 2009, p.2064).

Por outro lado, autores do campo ST assinalam que a estratégia de implantação dos Cerest vem permitindo avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, mas ainda apresenta grande dificuldade de articulação intrasetorial, seja nos níveis básicos de atenção à saúde, seja nos níveis especializados, bem como nas instâncias de vigilância (Dias et al., 2009; Dias, 2008; Lacaz, Machado, Porto, 2002; Lacaz, 1996).

Algumas experiências que tratam da reorganização do trabalho em saúde podem colaborar nesse sentido (Campos, Domitti, 2007). Trata-se das Equipes de Referência (ER) e Apoio Especializado Matricial (AM) que foram propostas por Campos (1999), para reorganizar o trabalho em saúde na diretriz do vínculo terapêutico e na perspectiva de estimular a corresponsabilidade pela saúde, tendo como elementos norteadores a gestão do trabalho e a transdisciplinariedade.

No entanto, raras são as experiências de atenção à saúde dos trabalhadores que apontam nessa perspectiva (Dias, Ribeiro, 2011; Santos, 2010; Dias et al., 2009).

Assim, propõe-se exemplificar o AM em ST, desenvolvido pelo Cerest de Amparo, considerando pesquisa de doutorado que analisou proposta de apropriação pela ESF de medidas que pudessem aproximá-la das relações Trabalho e Saúde (Santos, 2010).

Não se está falando do papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência, resolubilidade e o escopo das ações da AB, conforme o art. 1º. Portaria 154, de 24/01/2008 (Brasil, 2008), que, numa omissão irreparável, deixa fora de suas atribuições as ações voltadas para a saúde dos trabalhadores.

A recém publicada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNST), de conformidade com a Portaria MS 1.823, datada de 23/08/12, define que cabe ao Cerest, no âmbito da Renast, dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde dos trabalhadores na APS, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2012). O modelo de AM em ST (Santos, Lacaz, 2012), no município de Amparo/SP, é descrito na perspectiva de que possa ser adaptado e aperfeiçoado para outras realidades municipais.

Em Amparo/SP, a rede de APS foi estruturada em UBS do PSF em 1995, depois ESF, sendo composta por 14 Unidades de Saúde da Família, quatro delas situadas em zona rural. Atuam na ESF vinte equipes, e também atuam, nas equipes, dentistas e auxiliares de consultório dentário, além de nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas do NASF. A gestão das ações na APS está sob a coordenação de um grupo multidisciplinar de apoio para a discussão dos problemas e (re) organização do processo de trabalho.

O Cerest foi credenciado em 2004, mediante sua habilitação à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), de conformidade com o que propunha a Portaria 1.679/2002 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002a).

Santos (2010) mostrou que a atuação em ST na APS estava prevista no Programa de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, e o AM em ST foi definido como prioridade no Plano de Saúde 2007-2008. As reuniões de AM em ST, em 2008, ocorreram em todas as UBS, com ampla participação dos profissionais da ESF. Os temas de ST abordados pelos profissionais do Cerest tinham sua discussão ilustrada a partir dos casos atendidos nas UBSs e Cerest. O objetivo do AM é estimular a atenção à saúde do trabalhador, acidentado ou com doença relacionada ao trabalho, na própria UBS, assim como a notificação dos casos de trabalho infantil e domiciliar, além da vigilância dos locais de trabalho onde ocorreram os acidentes.

De conformidade com as demandas de cada UBS, foi estimulada a criação de grupos educativos de apoio ou projetos de intervenção, de acordo com a realidade do território. Um exemplo foi a elaboração de projeto, em UBS rural, sobre o uso de agrotóxicos por pequenos produtores rurais, com característica multidisciplinar e interinstitucional. O projeto originou-se numa das UBS rurais do município, por meio de um levantamento territorial feito pelos ACS. Esse levantamento consistiu na coleta de dados sobre as formas de trabalhar dos pequenos produtores rurais: o que produziam e que agrotóxicos utilizavam. Os ACS e os profissionais do Cerest visitavam as propriedades rurais para dialogar com as famílias dos produtores, desenvolvendo um processo educativo sobre o uso dos agrotóxicos, armazenagem e descarte de embalagens. Os trabalhadores com suspeita de intoxicação tinham os exames encaminhados ao setor de toxicologia da Unicamp para avaliar os níveis de intoxicação. Assim, com a retaguarda do serviço de referência, foi possível que os ACS levassem a cabo o mapeamento das atividades produtivas no território, incluindo pequenos estabelecimentos e trabalho domiciliar.

As principais potencialidades do contato continuado entre profissionais de ST e SF, através das reuniões de equipe, dos projetos específicos e/ou contato telefônico para esclarecimento de dúvidas dos casos atendidos, residem na construção de um processo de educação permanente em ST na APS e na possibilidade de estreitar vínculos entre os profissionais da rede de saúde (Santos, 2010). Por outro lado, a questão da rotatividade das equipes, com vínculos celetistas, em especial dos médicos e psicólogos, e a frágil relação com o movimento sindical são as principais dificuldades para o desenvolvimento desta ação (Santos, 2010).

Ademais, como assinala Santos (2010), para os entrevistados, a discussão e o atendimento em conjunto dos casos por profissionais de diferentes profissões produz conhecimento interdisciplinar e possibilita à ESF aprender a reconhecer in loco onde intervir em ST e atuar com maior autonomia. Dessa forma, consideram que houve um aumento do interesse dos profissionais das UBS pelo tema ST e pela história de trabalho das pessoas atendidas, na perspectiva de buscarem a compreensão da relação entre trabalho, saúde e doença, para promoção, proteção, prevenção e assistência à saúde (Santos, Lacaz, 2012). Isso gera mudança no fluxo de encaminhamento dos trabalhadores atendidos na rede de atenção e representa o início da ruptura do modelo médico centrado individualizado e da adoção de uma abordagem pautada na prevenção e promoção da saúde, com forte potencial de atuação intersetorial e com maior protagonismo dos profissionais de saúde (Santos, 2010).

## Considerações finais

Não por acaso o título do presente ensaio apresenta uma indagação. Trata-se de refletir sobre os parâmetros que devem fundamentar o envolvimento da ESF com o campo ST, marcadamente atentando para o referencial teórico-metodológico, tanto no que diz respeito à teoria social que embasa esta aproximação, a partir da realidade do mundo do trabalho na contemporaneidade; quanto do ponto de vista operacional, da orientação das práticas a serem adotadas na rede de serviços de APS do SUS.

Assim, entende-se que há uma enorme lacuna a ser preenchida pela prática da ESF, e que uma possibilidade de relacionamento da ESF com a ST deve ter como mote o trabalho em domicílio e seus desdobramentos, como o trabalho do menor e da mulher. Mas não só, é preciso repensar o monitoramento dos locais de trabalho que fazem parte da vida social na área de abrangência de uma UBS. O que se propõe é que as práticas de ST na ESF sejam planejadas a partir da adoção do referencial teórico-metodológico marxista, na medida em que este prioriza a análise do trabalho para compreender a realidade da acumulação capitalista, dando conta da totalidade do processo de produção, circulação e consumo de bens e serviços. Propõe-se também, neste ensaio, a decomposição da categoria reprodução social em componentes do trabalho e da vida, como a melhor forma de aproximação e monitoramento do modo de andar a vida no bairro por meio da utilização de instrumentos como o IRS desenvolvido por Trapé (2011).

Com tal opção, não se quer desvalorizar outras abordagens, tais como as que transitam pela Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 2007); pela Ergologia em suas implicações com a subjetividade (Araújo et al., 2004), e pela Ergonomia (Wisner, 1987), mas sua contribuição para a temática aqui discutida fugiu do escopo da análise empreendida neste texto.

Faz-se necessário que as equipes da ESF/PSF sejam sensibilizadas e capacitadas continuamente para desenvolver e assumir tais práticas, o que constitui tanto um desafio como uma superação dos limites de sua atuação, quando esta deixa de lado um grande contingente populacional que trabalha no espaço privilegiado de sua intervenção.

Do ponto de vista operacional, o AM para atuar em ST é a estratégia proposta, tomando-se em consideração a experiência desenvolvida no município de Amparo/ SP. Tal estratégia já está sendo colocada em prática pela ESF, com a criação dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), cuja inserção no cotidiano das equipes já ocorre, apesar de, dentre suas atribuições de apoio, não constarem as ações em Saúde do Trabalhador, como foi referido anteriormente no presente artigo. Ressalte-se que a adoção do AM em ST propiciou o intercâmbio sistematizado de conhecimentos e experiências entre as várias especialidades e profissões, bem como uma experiência concreta de avanço na incorporação da ST na rede do SUS (Santos, 2010).

Sabe-se que propostas de envolvimento das equipes do PSF em ST faziam parte da preocupação do Ministério da Saúde quando da edição dos Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2002 b), e, atualmente, com a publicação da PNST pela Portaria 1.823, em 23/08/12 (Brasil, 2012). Na prática, tal atuação não ocorreu de forma institucionalizada, o que pode ser explicado pela ausência de uma formulação teórico-metodológica mais clara. Também deve-se considerar a necessidade de formulação de estratégias de

operacionalização que possam ser incluídas na prática cotidiana das agora denominadas equipes da ESF. Foi justamente a discussão dessas duas questões que se buscou suscitar com o presente texto.

### Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

### Agradecimento

Agradecemos a Mariana Lacaz pela tradução do resumo para o espanhol.

### Referências

- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ARAÚJO, A. et al. (Orgs.). **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP & A, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1823, de 23 de agosto de 2012. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 ago. 2012. Seção 1, p.46-51.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório. Caderno 2, Brasília, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 1823, de 23 de agosto de 2012. Aprova a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 24 ago. 2012; Seção 1, p.46-51.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. Caderno 2, Brasília, 2002 b.
- \_\_\_\_\_. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55.
- \_\_\_\_\_. Portaria 2728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 nov. 2009. Seção 1, n.216, p.77.
- \_\_\_\_\_. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jan. 2008; Seção 1, n.18, p.47-49.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006b. Série A: Normas e manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, v.4.
- \_\_\_\_\_. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 mar. 2006a. Seção 1, n.61, p.71.
- \_\_\_\_\_. Portaria 2437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 dez. 2005. Seção 1, n.236, p.78.

BRASIL. Portaria 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 2002a. Seção 1, n.183.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório. Caderno 2, Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. Portaria 3908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 nov. 1998. Seção 1, n.215, p.17.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, v.12, n.1, p.11-21, 2002.

CALIPO, S.M.; SOARES, C.B. Público e privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil. **Soc. Debate**, v.14, n.1, p.119-38, 2008.

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

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

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.9, p.1881-92, 2006.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A.M. (Org.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. p.22-42.

DIAS, E.C. **Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007**: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo. (Relatório Técnico). Belo Horizonte: SES/MG; UFMG; CERES, 2008.

DIAS, E.C.; RIBEIRO, E.E.N. **Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2011.

DIAS, E.C. et al. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.6, p.2061-70, 2009.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, v.12, n.1, p.59-75, 2002.

FREITAS, C.U.; LACAZ, F.A.C.; ROCHA, L.E. Saúde Pública e ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. **Temas IMESC, Soc., Saude, Direito**, v.2, n.1, p.3-10, 1985.

FRIEDRICH, D.B.C.; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes de saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativas do processo produtivo. **Physis**, v.16, n.1, p.83-97, 2006.

KOHEN, J. Situación en Argentina. In: ASSOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL. RED DE SALUD Y TRABAJO. **Informe continental sobre la situación del derecho a la salud en el trabajo**. Bogotá: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames), 2008. p.6-26.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.413-29.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. **Cienc. Saude Colet.**, v.5, n.1, p.151-61, 2000.

LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. 1996. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1996.

LACAZ, F.A.C.; SANTOS, A.P.L. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando seus atores sociais. **Rev. Assoc. Med. Minas Gerais**, v.2, supl.2, p.5-12, 2010.

LACAZ, F.A.C.; MACHADO, J.H.M.; PORTO, M.F.S. **Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil**. Relatório de Pesquisa, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/arquivo/sala187.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

LAURELL, A.C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S. et al. (Orgs.). **Debates en Medicina Social**. Quito: Organización Panamericana de la Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1991. p.249-339.

LAURELL, A.C.; NOREIGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1989.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produção de mais valia. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O capital**: crítica da economia política. Livro primeiro: o processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. p.201-23. v.1, cap.V.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.3, p.898-906, 2005.

NAVARRO, V. The labour process and health: a historical materialist interpretation. **Int. J. Health Serv.**, v.12, n.1, p.5-19, 1982.

NAVARRO, V.L. Mudanças no trabalho e seus reflexos na saúde dos trabalhadores do calçado no Brasil. In: NAVARRO, V.L.; PADILHA, V. (Orgs.). **Retratos do trabalho no Brasil**. Uberlândia: Edufu, 2009. p. 207-24.

NOBRE, L.C.C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saude Publica**, v.8, n.4, p.963-71, 2003.

PINOTTI, J.A. PSF **Folha de São Paulo**, Tendências/Debates, 30 nov. 2008, p.A3.

QUEIROZ, V.M.; SALUM, M.J.L. Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria da reprodução social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5., 1997, Lindóia. **Comunicação Coordenada...** Lindóia, 1997.

RIBEIRO NETO, F.S. A situação do Brasil. In: ASSOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL. RED DE SALUD Y TRABAJO. **Informe continental sobre la situación del derecho a la salud en el trabajo**. Bogotá: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames), 2008. p. 27-60.

SALUM, M.J.L.; QUEIROZ, V.M.; SOARES, C.B. **A responsabilidade da universidade pública no ensino de (enfermagem) saúde coletiva.** 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/edenfer.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

SANTOS, A.PL. **Processo e gestão do trabalho em saúde:** estudo de caso dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 2010. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2010.

SANTOS, A.PL.; LACAZ, F.A.C. Apoio matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/SP. **Cienc. Saude Colet.**, v.17, n.5, p.1143-50, 2012.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SOARES, L.T. **Saúde para todos em 2005:** outro Brasil. Disponível em: <[http://www.lpp-uerj.net/outrobrasil/Docs/1752005155616\\_laura\\_janeiro\\_2005.pdf](http://www.lpp-uerj.net/outrobrasil/Docs/1752005155616_laura_janeiro_2005.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2007.

TRAPÉ, C.A. **Operacionalização do conceito de classes sociais em epidemiologia crítica:** uma proposta de aproximação a partir da categoria reprodução social. 2011. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho** - ergonomia: método e técnica. São Paulo: FTD, Oboré, 1987.

WRIGHT, E.O. **The debate on classes.** London: Verso, 1989.

LACAZ, F.A.C. et al. Estrategia Salud de La Familia y Salud del Trabajador: ¿un dialogo posible? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.75-87, jan./mar. 2013.

Este ensayo tiene por objetivos reflexionar acerca de la omisión de prácticas relacionadas a la salud del trabajador en el ámbito de la actuación de la Estrategia Salud de La Familia (ESF) y proponer la inclusión de tales prácticas. Se fundamenta en la teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad y en las categorías de trabajo y reproducción social. Se propone que la incorporación de la salud del trabajador en la ESF sea realizada por medios operacionales de: un instrumento que recopile y analice variables e indicadores de reproducción social; un sistema de apoyo matricial que integre los Centros de Referencia en Salud del Trabajador (ST) con la Unidad Básica de Salud; la capacitación de los equipos de la ESF en contenidos del área de ST.

*Palabras clave:* Salud del trabajador. Programa de Salud de la Familia. Estrategia Salud de la Familia. Atención Primaria de la Salud. Sistema Único de Salu

Recebido em 04/04/12. Aprovado em 11/11/12.