



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Thiago Campos de Souza

Saúde do Trabalhador: a Estratégia Saúde da Família e suas potencialidades para facilitar o acesso dos usuários.

Florianópolis, Abril de 2017

Thiago Campos de Souza

Saúde do Trabalhador: a Estratégia Saúde da Família e suas potencialidades para facilitar o acesso dos usuários.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Rodrigo Otávio Moretti Pires
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Thiago Campos de Souza

Saúde do Trabalhador: a Estratégia Saúde da Família e suas potencialidades para facilitar o acesso dos usuários.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Rodrigo Otávio Moretti Pires
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido com a Constituição de 1988, tendo como seus maiores atributos a universalidade do atendimento, onde todos os brasileiros tem direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Durante a vivência nas unidades de saúde não raro evidencia-se a dificuldade de acesso dos trabalhadores a esses serviços, tendo em vista os choques de carga horária laboral com o expediente normal de uma Unidade de Saúde da Família, além das exigências cada vez maiores de seus empregadores e dos próprios usuários. A Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada e como responsável por toda a população de sua área deve oferecer alternativas que integrem essa classe de usuários do SUS aos seus serviços de saúde. A partir disso o seguinte projeto tem como proposta facilitar o acesso à saúde pelos trabalhadores através de ações no âmbito da atenção primária, permitindo que os mesmos tenham possibilidade de avaliar suas condições de saúde sem afetar a sua carga horária e até melhorar seus desempenhos no trabalho. Desta forma propos-se trabalhar com horário estendido no serviço de saúde e espera-se melhorar o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, eliminando os seus conflitos de carga horaria de trabalho com a UBS.

Palavras-chave: Assistência em saúde, Planejamento em saúde, Saúde do trabalhador

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O trabalho refere-se ao serviço de saúde do município de Imbituba, que é uma cidade de imigrantes açorianos e indígenas. Porém hoje temos muitos moradores que vieram do Rio Grande do Sul e cultivam as características gaúchas. A cidade está localizada no sul de Santa Catarina com cerca de quarenta mil habitantes, os quais tem o turismo de verão, o observatório de baleias e o porto como economia.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) 14, abrange dois bairros de distintas características, a Vila Nova Alvorada e a Vila Esperança.

A Vila Nova Alvorada é um bairro proveniente de pescadores e moradores que vieram de outros estados para trabalhar nas empresas portuárias. Apresenta associação dos moradores, centro comunitário com atividades fixas para a comunidade e comércio bem estabelecido. Possui uma escola de educação básica e um CAIC, apresenta taxa de analfabetismo de 4%, ficando abaixo da média nacional de 8,5%; existem cerca de seis igrejas; os ônibus circulares são constantes e noventa por cento das ruas são pavimentadas. O saneamento se dá por meio de fossas e canalização que desemboca nos arroios do bairro, não possuindo qualquer forma de tratamento. A Divinéia possui uma quantidade significativa de usuários de drogas, não sendo por acaso que essas pessoas somam cerca de 15% dos encarcerados do presídio sediado no bairro. Como é um dos bairros mais carentes da cidade, justifica-se a média de 8% da população receber benefício social do governo como o bolsa família. As casas são em sua maioria de alvenaria, dispendo de água encanada e luz elétrica em sua maioria absoluta.

A Vila Esperança iniciou com uma colônia de pescadores ainda hoje atuantes e, mais recentemente, com a vinda de turistas gaúchos que acabaram fixando suas moradias. Este bairro se diferencia da Divinéia por ter maior poder aquisitivo, que justifica a menor quantidade de benefícios sociais, maior escolaridade e, assim, maior entendimento das orientações dadas em consultas. Possui igrejas, pré-escola, biblioteca comunitária, diretoria da igreja católica, associação dos pescadores e dos moradores, centro comunitário com atividades para a comunidade. As Festas religiosas movimentam a população, angariando fundos para manutenção das necessidades do próprio bairro. As associações atualmente lutam pela melhoria do saneamento básico, do calçamento das ruas e da limpeza da praia. Assim como o vizinho, a Ribanceira apresenta cerca de 90% das casas de alvenaria, sendo todas supridas com energia elétrica e água encanada.

O número de pessoas cadastradas é de 2305, sendo maioria mulheres e seguindo uma pirâmide etária semelhante ao dos estados do sul com base estreita e média de vida maior que a media nacional. A prevalência de hipertensos é de 15,7% e diabéticos de 3,2%. É importante destacar que existem os casos não acompanhados devido aos usuários não aceitarem acompanhamento ou ainda aqueles que moram ocasionalmente nessa área,

perdendo assim o seu seguimento.

Os agendamentos, incluindo visitas domiciliares e atendimentos no posto de saúde somam 70% das consultas deixando 30% para a demanda espontânea. O funcionamento da unidade acontece das 8h as 17h, de segunda a sexta-feira. Os atendimentos organizam-se pela demanda que está primeiramente como acompanhamento de pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial 19,03%, em segundo lugar o Diabetes 11,52%, em terceiro e quarto lugar, respectivamente a ansiedade 10,23% e a depressão 9,83% com seus usos indiscriminados de antidepressivos; e em quinto lugar 6,33%, as queixas de asma.

A puericultura e pré-natal tem seus atendimentos concentrados nos centros especializados, no caso das gestantes, o médico de família acaba realizando apenas a primeira consulta e a consulta de puerpério. Não apresenta dentista próprio, sendo atendida pelo profissional da outra equipe. Mesmo assim supre de certa forma a demanda da população. Uma das queixas do pacientes é de que alguns de seus familiares não conseguem realizar uma consulta devido a própria jornada de trabalho, deixando assim de cuidar de sua saúde.

No ano de 2016 houve apenas uma morte de criança menor que uma ano de idade devido a síndrome de Edwards. Todas as crianças foram acompanhadas e vacinadas corretamente, com apenas alguns atrasos mínimos devido a disponibilidades de vacinas.

Já com relação às gestantes, cerca de 89,25% delas tiveram sete consultas ou mais entre atendimento na UBS e no centro de gestantes do município.

As cinco principais causas de mortes em ordem decrescente foram:

Acidente Vascular Encefálico,

Infarto Agudo do Miocárdio,

Pneumonia,

Acidentes de trânsito e

Diabetes;

Definido uma taxa de mortalidade de 7,4 mortes para cada 1000 habitantes, ficando acima da média nacional de 6,08 para cada 1000 habitantes no mesmo ano (IBGE, 2017a). As internações nos idosos se deram em decorrência à Insuficiência Cardíaca, AVE, IAM, Pneumonia/DPOC e diabetes descompensada. Além dessas causas de internação é importante ressaltar a grande quantidade de pacientes psiquiátricos, com destaque para a depressão e ansiedade.

Problema

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos trabalhadores está cada vez mais presente devido as alta cargas horárias e empregadores cada vez mais exigentes. Isso proporciona maior cobrança, dedicação e tempo laboral, paralelamente também aumenta o temor de perderem seus empregos caso destinem algumas horas de trabalho para realizar uma simples consulta médica. As condições de saúde variam desde patologias não relacionadas ao trabalho, como hipertensão arterial e diabetes, até LER e DORT, estresse,

depressão, doenças que podem afetar negativamente o desempenho do trabalhador em curto, médio e longo prazo.

Justificativa

A Constituição de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde e uma de suas diretrizes é a universalidade como sendo um princípio fundamental e determina que todos os brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Este tema é importante pois conforme as diretrizes do SUS é necessário o atendimento universal da população, dando possibilidade a todos e atendimento de saúde.

As pessoas dependem de suas atividades laborais para ganhar salários e manter as despesas em dia, o que acontece hoje é que as cargas horárias são cada vez maiores e os chefes cada vez mais duros com seus trabalhadores e isso os impossibilita de ter acesso aos serviços de saúde públicos com atendimento de suas necessidades de forma integral, focado na pessoa e não na doença, devido ao fato de as Unidades de saúde normalmente funcionarem em horário comercial e os estabelecimentos como Pronto Atendimento 24h e Pronto Socorros de hospitais geralmente proporcionarem soluções rápidas, em sua maioria provisórias e não continuadas. A comunidade ocasionalmente relata a necessidade de melhor acesso aos trabalhadores e acha necessário uma abordagem diferenciada a esses usuários, concordando com a ideia desse projeto, além disso, a unidade de saúde também permite essa execução deste tipo de ação.

Esse projeto visa facilitar o acesso à saúde pelos trabalhadores, permitindo que os mesmos tenham possibilidade de avaliar suas condições de saúde sem afetar a sua carga horaria e até melhorar seus desempenhos no trabalho. Além disso, possibilitará maior vínculo com a comunidade, executar a responsabilização da equipe com a população e, por fim, melhorar os indicadores de saúde da população da ESF Vila Esperança, sendo um diferencial no atendimento, servindo de referência para outras UBS.

Como médico de saúde da família e comunidade, seguindo as diretrizes do SUS, e como trabalhador que muitas vezes encontra dificuldades para prezar pelo próprio bem-estar biopsicossocial, vejo neste projeto uma possibilidade de proporcionar melhor saúde para os trabalhadores, bem como disponibilizar funcionários mais sadios e eficientes às empresas e empregadores.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Melhorar o acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores em uma Unidade de Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

a. Disponibilizar consultas para os trabalhadores fora do horário tradicional e comercial ao menos um período noturno uma vez ao mês.

b. Estabelecer em comum acordo com a equipe de saúde da família os horários e dias a serem disponibilizados para atendimento, sem afetar o atendimento diário rotineiro.

c. Estabelecer comunicação constante com os líderes da comunidade, com os agentes comunitários e com a equipe a fim de verificar as possibilidades, os aspectos positivos e aspectos negativos da ação.

d. Divulgar para a comunidade os serviços a serem disponibilizados bem como suas regras, tendo os seus líderes, agentes comunitários e restante da equipe de saúde como porta-vozes.

e. Estabelecer critérios para o agendamento dos atendimentos em comum acordo com a equipe.

f. Suprir gradativamente as necessidades dos trabalhadores.

3 Revisão da Literatura

O grande marco da Reforma Sanitária acontece na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde (MS) e a primeira com participação social, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”, a qual tinha como finalidade obter subsídios visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para se debater a saúde na futura Constituinte. Nesta época era claro que não bastava somente uma reforma administrativa e financeira, havia de ocorrer uma mudança em todo arcabouço jurídico-institucional vigente (BRASIL, 2009).

No ano seguinte, em 1987, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como continuidade à estratégia até então adotada pelas Ações Integradas de Saúde (AIS). Posteriormente, em 1988, a Constituição Federal aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a criação do Sistema Único de Saúde surge um novo modelo de atenção à saúde, tendo com eixo de organização a integralidade da atenção. Para isso, o Ministério da Saúde criou o programa de Saúde da Família em 1994 como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, com o intuito estruturar seu sistema de saúde a partir da Atenção Básica.

No entanto, apesar das propostas do PSF objetivarem uma mudança do cenário/ideia da abordagem e concepção de saúde, ainda revelou-se insuficiente na prática cotidiana, resultando assim numa sobrevivência do modelo centrado na doença.

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), buscando por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, adotou a humanização como política transversal contendo diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde, atenção e gestão, em todas as esferas do SUS, caracterizando uma construção coletiva, com mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2006). Com a PNH, o acolhimento passa a ser considerado como dispositivo para mudança do processo de trabalho na ESF.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). Por conseguinte

deve ser a porta de entrada e atender a toda a população que a norteia, o que caracteriza um dos mais importantes princípios doutrinários do SUS: o acesso universal.

A Universalidade pode ser compreendida como a garantia de atenção por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Apesar dos avanços significativos obtidos no campo da equidade, ainda persistem desigualdades geográficas e sociais no acesso e no uso dos serviços de saúde após duas décadas da instituição do Sistema Único de Saúde (VIACAVA, 2010). Aspectos como localização geográfica, recursos disponíveis, escolhas individuais e, também, disponibilidade e tipos de serviços oferecidos influenciam tanto no acesso quanto na utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2000).

Em 2006, o Pacto pela Saúde redefiniu a organização da atenção à saúde no país e atribuiu à Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de eixo organizador das ações no SUS. Nesse cenário, torna-se imperativo desenvolver alternativas de organização das ações de Saúde do Trabalhador na APS, tendência que já vinha sendo observada desde o final dos anos 90 (DIAS et al., 2010). Como porta inicial e tendo como base os princípios do SUS, a APS deve exercer a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação do indivíduo exercendo o papel de coordenadora de cuidado, sendo o usuário encaminhado para serviços especializados quando se esgotam as possibilidades de cuidado. São necessárias, então, ações a respeito de determinantes do processo saúde-doença, dentre eles o trabalho.

No Brasil os trabalhadores tinham um sistema paralelo de atuação até o final da década de 1980 voltado apenas aos contribuintes da Previdência Social, cenário modificado com a Reforma Sanitária. A aproximação da Saúde do trabalhador com a Atenção Básica iniciou-se em 1998, proveniente de discussões da Política de Saúde do trabalhador para o SUS.

Apenas em 2002 surgiu mais uma conquista importante no âmbito da saúde do trabalhador com a criação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador visando romper a fragmentação e marginalidade da Saúde do Trabalhador e criando uma cultura institucional sanitária frente aos problemas decorrentes da relação saúde, trabalho e meio ambiente (SANTA CATARINA, 2008). Em 2003 foi habilitado o CEREST em Santa Catarina e os Centros Regionais na Macrorregião do Vale do Itajaí em Blumenau e da Macrorregião Nordeste em Joinville.. Em 2005 houve ampliação e fortalecimento da RENAST com a implantação de mais quatro Centros nas cidades de Criciúma, Lages, Florianópolis e Chapecó. Devido às dificuldades para o desenvolvimento de ações para a saúde dos trabalhadores e o esgotamento do modelo de atenção centrado nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), realiza-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador sugerindo o deslocamento do eixo das ações para a APS onde se garantiria o atendimento ao acidentado, ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, notificação dos agravos, sistematização e análise dos dados além da utilização dos dados com subsídio para programação e avaliação de ações de saúde neste campo (BRASIL, 1998).

A cultura de calar a manifestação do sofrimento ou dos sintomas da doença torna-se uma prática comum entre os trabalhadores, o que reflete, simultaneamente, um misto de esperança da reabilitação espontânea e o medo de perder o emprego” (BARRETO, 2003), já que o trabalho é o que lhe proporciona a garantia do sustento individual e familiar.

O papel da Atenção Básica é cada vez mais importante pela possibilidade de prover cuidados de saúde aos trabalhadores, independente do seu vínculo empregatício (formal ou informal) e do local de sua moradia (rural ou urbana) e às suas famílias e comunidade, em virtude da facilidade de contato com o usuário-trabalhador, por atuar no território em que vivem e trabalham (DIAS; SILVA, 2013).

Em São José do Seridó no ano de 2011 foi criado a Hora do Trabalhador em que disponibilizaram atendimentos noturnos com o objetivo de melhorar os níveis de saúde pessoal e coletivo dos trabalhadores das fábricas do município, garantindo assim, que todos tenham acesso a Estratégia de Saúde da Família. O resultado foi satisfatório uma vez que garantiu o acesso e boa condução e conclusão de tratamento, bem como, o desenvolvimento de saber preventivo, através de Educação em Saúde, para os riscos presentes nos ambientes de trabalho. Porém o projeto depende de investimentos para a sua manutenção ao longo do tempo e expansão para outros setores produtivos (FILHO; SANTOS, 2017).

De acordo com o CENSO de 2010 a população economicamente ativa no Brasil é de 69,7%(IBGE, 2017c), sendo que no estado de Santa Catarina e no município de Imbituba possuem, respectivamente, 56,7%(IBGE, 2017b) e 62,4%(IBGE, 2017a) para esse mesmo indicador . Isso mostra a força trabalhadora da nossa população que é essencial para o desenvolvimento municipal, estadual e nacional, e que por muitas vezes não consegue atendimento devido as condições de trabalho a que são submetidos e/ou a disponibilidade de serviços de saúde.

Para realizar a atenção à saúde do trabalhador é preciso compreender esse em sua integralidade, sua dinâmica psicológica, seus sofrimentos, angústias, desejos e prazeres. É preciso entender o sujeito na sua relação com seu trabalho, buscando compreender interfaces, condicionantes, determinantes e consequências desta relação, para que seja possível intervir sobre o problema (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004). Por ser um campo complexo e relativamente novo no SUS, a Saúde do Trabalhador encontra dificuldades para sua efetiva implementação e necessita de maiores estudos para o seu entendimento e, por consequência, sua melhoria.

4 Metodologia

Ao analisar a demanda, queixas e sugestões de pacientes e seus familiares, foi possível identificar a necessidade de um plano alternativo à jornada de trabalho convencional de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo em vista a dificuldade de acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde devido aos seus conflitos de carga horaria de trabalho com a UBS, culminando com a perda de início e seguimento da atenção à sua saúde.

Uma das sugestões frequentemente dadas pelos usuários é a disponibilidade de atendimento noturno, sendo assim, após exposição da situação durante reunião de equipe e consentimento da gestão municipal, ficou estabelecido esse tipo de atendimento durante quatro horas após o expediente regular com ciclo mensal ou quinzenal, conforme a demanda gerada, por um período de experiência de seis meses, passando a ser definitivo caso se obtenha êxito. Durante a semana em que for realizada a ação a ESF não trabalhará no período da manhã do mesmo dia. Além disso serão realizadas, durante expediente normal da UBS, visitas mensais aos ambientes de trabalho a fim de esclarecer e demonstrar aos empregadores a necessidade de cuidado e valorização da saúde de seus trabalhadores para o melhor rendimento laboral, também disponibilizar educações em saúde e atendimentos conforme demanda.

Com relação aos atendimentos no período noturno, como será uma ação com meta de atingir o público de trabalhadores da área de abrangência, os critérios para o agendamento dos atendimentos será:

a. Apresentar comprovante de trabalho (Ex: carteira de trabalho assinada, última folha de pagamento, contrato de trabalho).

Ficará a cargo de cada membro da Equipe de Saúde expor as solicitações de agendamento, discutir, avaliar e aprovar os agendamentos durante reunião de equipe semanal.

Serão realizadas também reuniões mensais com os líderes da comunidade, agentes comunitários e restante da equipe a fim de verificar as possibilidades, os aspectos positivos e aspectos negativos da ação, assim como esclarecer as ações a serem realizadas no primeiro encontro.

A divulgação das ações para a comunidade os serviços a serem disponibilizados bem como suas regras, serão expostos pelos líderes da população, agentes comunitários e restante da equipe de saúde, além de panfletos e cartazes informativos na Unidade de Saúde.

5 Resultados Esperados

O papel da Atenção Básica é cada vez mais importante pela possibilidade de prover cuidados de saúde aos trabalhadores, independente do seu vínculo empregatício (formal ou informal) e do local de sua moradia (rural ou urbana) e às suas famílias e comunidade, em virtude da facilidade de contato com o usuário-trabalhador por atuar no território em que vivem e trabalham. Sendo assim, ao final da execução desse projeto com a aplicação dos atendimentos noturnos na UBS e dos atendimentos nos ambientes de trabalho espera-se melhorar o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, eliminando os seus conflitos de carga horaria de trabalho com a UBS, e assim dar início e manter seguimento da atenção à sua saúde, tendo um aumento satisfatório na condução e conclusão de tratamentos, bem como, no desenvolvimento de um saber preventivo, através da Educação em Saúde para os riscos presentes nos ambientes de trabalho.

A união da equipe durante as discussões assim como o diálogo constante com os líderes comunitários são de extrema importância para a boa aplicação de todas as ações. Ao aplicar os atendimentos e educações em saúde, as necessidades dos trabalhadores poderão ser atendidas e sanadas com o passar do tempo, podendo servir como modelo a outras unidades de saúde a fim de melhorar seus indicadores de saúde laboral, além disso esse projeto irá servir para a ampliação dos conhecimentos sobre essa vertente da Atenção a Saúde: os trabalhadores.

Referências

- BARRETO, M. *Violência, saúde, trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: EDUC, 2003. Citado na página 17.
- BRASIL. Ministério da saúde. portaria n.3.120, de 1o de julho de 1998. aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no sus. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 1998. Citado na página 16.
- BRASIL. Política nacional de humanização da atenção e da gestão do sus — material de apoio. Ministério da Saúde, Brasília, n. 3, 2006. Citado na página 15.
- BRASIL. Conselho nacional de secretários de saúde. as conferências nacionais de saúde: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, n. 1, 2009. Citado na página 15.
- BRASIL. Ministério da saúde. política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2012. Citado na página 15.
- DIAS, E. C. et al. *Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes*. Belo Horizonte: Área Saúde Trabalho, 2010. Citado na página 16.
- DIAS, E. C.; SILVA, T. L. e. Contribuições da atenção primária em saúde para a implementação da política nacional de saúde e segurança no trabalho (pnsst). *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 38, n. 127, p. 31–43, 2013. Citado na página 17.
- FILHO, A. de M. P.; SANTOS, D. C. D. *Projeto “A Hora do Trabalhador”: garantindo a saúde do trabalhador e da trabalhadora no município de São José do Seridó/RN*. 2017. Disponível em: <http://www.sibsa.com.br/resources/anais/4/1403130833_ARQUIVO_AhoradoTrabalhadorTrabalho.pdf>. Acesso em: 25 Jan. 2017. Citado na página 17.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *População Economicamente ativa em Imbituba*. 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/4207304/pesquisa/23/2010>>. Acesso em: 30 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 17.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *População Economicamente ativa em Santa Catarina*. 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 30 Jan. 2017. Citado na página 17.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *População Economicamente ativa no Brasil*. 2017. Disponível em: <<http://pais.ibge.gov.br/#/pt/pais/brasil/info/economia>>. Acesso em: 30 Jan. 2017. Citado na página 17.
- SANTA CATARINA. Caderno catarinense de saúde do trabalhador para a rede de atenção básica. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, Florianópolis, n. 1, 2008. Citado na página 16.
- TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133–149, 2000. Citado na página 16.

VIACAVA, F. Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2210–2211, 2010. Citado na página 16.

ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. Citado na página 17.