

Planeamiento estratégico situacional en salud: abordaje de la salud del trabajador en la Estrategia Salud de la Familia

Planeamento estratégico situacional em saúde: abordagem da saúde do trabalhador na Estratégia Saúde da Família

Situational strategic planning in health and the approaches to worker's health in Family Health Strategy

Recibido: 19/12/2019

Aprobado: 31/03/2019

Publicado: 15/05/2020

Fernanda Carolina Camargo¹

Gabriela Gonçalves Machado²

Luana Rodrigues Rosseto Felipe⁴

Gabriela Souza Faria⁵

Ana Laura Nogueira⁶

Sandra Cristina Romano Marquez Reis⁷

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh⁸

Estudio por métodos mixtos y de abordaje constructor social, con el objetivo de analizar la conducción del Planeamiento Estratégico Situacional en salud para levantamiento de las demandas relacionadas a la salud del trabajador con dos equipos de la Estrategia Salud de la Familia, realizado de mayo a junio de 2018. Se realizó observación activa del territorio, entrevista con informantes-clave, análisis de datos secundarios y ronda de discusión. Los equipos poseían 1637 familias registradas, todas las casas son de ladrillo, 80,1% con agua tratada en el domicilio y 99,6% con abastecimiento por la red pública. La colecta de la basura es pública, 99,9% posee red de cloaca y 99,5% energía eléctrica. La observación activa indicó un predominio del comercio informal. Equipamientos sociales fueron identificados, como iglesias, bancos, centro comunitario para práctica deportiva, escuelas públicas y un Centro de Referencia para Asistencia Social, así como una universidad pública. Las áreas de cobertura presentan residentes de clase media baja, con personas en situación de pobreza. Los informantes-clave relataron que existen actividades ocupacionales domiciliarias frecuentes entre las mujeres en edad productiva. En la enfermedad relacionada al trabajo, el sufrimiento mental y la depresión fueron apuntados como recurrentes, así como la inexistencia de acciones intersectoriales. En el plan de acción, se optó por el problema "Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Sufrimientos Mentales como las enfermedades frecuentes entre los usuarios trabajadores". El nudo-crítico seleccionado para la elaboración del plan de acción fue "Organización del proceso de trabajo de los equipos con fragilidades en las investigaciones/reconocimiento de las condiciones de salud del usuario trabajador". El estudio propone el fortalecimiento y la construcción de competencias que actúen en la modificación de la realidad social de las colectividades, en consonancia con el debate actual brasileño para la protección y promoción de la salud y para prevenir daños a la salud del trabajador.

Descriptor: Salud laboral. Estrategia de Salud Familiar; Planificación en salud comunitaria; Diagnóstico de la situación de salud.

Estudo por métodos mistos e de abordagem constructor social, com objetivo de analisar a condução do Planeamento Estratégico Situacional em saúde para levantamento das demandas relacionadas à saúde do trabalhador com duas equipes da Estratégia Saúde da Família, realizado de maio a junho de 2018. Realizou-se observação ativa do território, entrevista com informantes-chave, análise de dados secundários e roda de discussão. As equipes possuíam 1637 famílias cadastradas, todas as casas são de tijolo, 80,1% com tratamento da água em domicílio e 99,6% com abastecimento pela rede pública. A coleta do lixo é pública, 99,9% possui rede de esgoto e 99,5% energia elétrica. A observação ativa indicou predominância de comércio informal. Equipamentos sociais foram identificados, como igrejas, bancos, centro comunitário para prática desportiva, escolas públicas e um Centro de Referência para a Assistência Social, bem como uma universidade pública. As áreas de abrangência apresentam moradores de classe média baixa, com pessoas em situação de pobreza. Os informantes-chave relataram que existem atividades ocupacionais domiciliares frequentes entre as mulheres em idade produtiva. No adoecimento relacionado ao trabalho, o sofrimento mental e a depressão foram apontados como recorrentes, bem como a inexistência de ações intersectoriais. No plano de ação, optou-se pelo problema "Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Sofrimentos Mentais como as doenças frequentes entre os usuários trabalhadores". O nó-crítico selecionado para a elaboração do plano de ação foi "Organização do processo de trabalho das equipes com fragilidades nas investigações/reconhecimento das condições de saúde do usuário trabalhador". O estudo propõe o fortalecimento e a construção de competências que atuem na modificação da realidade social das coletividades, em consonância com o debate atual brasileiro para a proteção e promoção da saúde e para a prevenção de danos à saúde do trabalhador.

Descriptor: Saúde do trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Planejamento em saúde comunitária; Diagnóstico da situação de saúde.

Study using mixed methods and a constructionist social approach, aiming to analyze the use of Strategic Situational Health Planning to survey the demands related to worker health with two teams of the Family Health Strategy, from May to June 2018. We conducted an active observation of the territory, interviews with key informants, analysis of secondary data, and a group discussion. The teams had 1637 registered families, all the houses are made of brick, 80.1% have water treatment, and 99.6% receive their water supply through the public network. Garbage collection is public, 99.9% houses have a sewage system and 99.5% electricity. Active observation indicated a predominance of informal commerce. Social facilities were identified, such as churches, banks, community center for sports, public schools and a Reference Center for Social Assistance, as well as a public university. The residents of the areas covered are from the lower middle class, with people in a situation of poverty. Key informants reported that there are frequent household occupational activities among women of productive age. With regards to work-related illness, mental suffering and depression were identified as recurrent, as well as the absence of intersectorial actions. In the plan of action, the problem "Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, and Mental Suffering as frequent diseases among working users" was selected. The major issue selected for the elaboration of the action plan was "Organization of the work process of the teams with weaknesses in the investigations / recognition of the health conditions of the working user". This study seeks to strengthen and build competences that lead to changes in the social reality of collectives, in line with the current Brazilian debate for the protection and promotion of health and for the prevention of damage to the health of workers.

Descriptor: Occupational health; Family Health Strategy; Community health planning; Diagnosis of health situation.

1. Enfermera. Doctora en Atención a la Salud. Epidemióloga Clínica del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). ORCID: 0000-0002-1048-960X E-mail: fernandaccamargo@yahoo.com.br

2. Fisioterapeuta. Maestranda del Programa de Pos Graduación en Fisioterapia (PPGF) por la UFTM/Universidad Federal de Uberlândia (UFU), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-4155-8858E-mail: gabi_machado@hotmail.com

3. Fisioterapeuta. Maestranda del PPGF por la UFTM/UFU, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3892-6936 E-mail: luanafisioterapiauftm@gmail.com

4. Enfermera. Fisioterapeuta. Especialista en Salud de la Familia. Especialista en Enfermería del Trabajo. Maestranda del PPGF por la UFTM/UFU, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-9440-3203 E-mail: gabrielasf26@hotmail.com

5. Fisioterapeuta. Magister en Fisioterapia. Fisioterapeuta de la Físio Prime, Uberaba/MG. ORCID: 0000-0002-6840-1586 E-mail: analaura_fisio@hotmail.com

6. Educadora Física. Fisioterapeuta. Magister en Fisioterapia. Directora de la Clínica de Fisioterapia de la Universidad de Uberaba (UNIUBE). ORCID: 0000-0003-2092-3307 E-mail: cacosandra1@gmail.com

7. Fisioterapeuta. Doctora en Fisioterapia. Profesora Asociada de la carrera de Graduación en Fisioterapia de la UFTM y del PPGF de la UFTM/UFU Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2317-1326 E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En Brasil, después de 30 años de Sistema Único de Salud (SUS), son requeridas estrategias políticas y organizacionales que tengan como fin la consolidación y fortalecimiento de ese sistema^{1,2}. El ejemplo más reciente de esa necesidad se refleja en la 15ª Conferencia Nacional de Salud, ocurrida en 2015, cuyo lema fue la defensa del cuidado de calidad como un derecho del pueblo brasileiro mediante valorización del trabajo multiprofesional e interdisciplinario, transformador de las prácticas de salud³.

Delante del informe de esa Conferencia, fue presentada la importancia de haber, cada vez más, la manutención de la protección social universal en salud³. En este contexto, la expansión de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se presenta como acción prioritaria para el fortalecimiento del SUS. Asociada a la expansión, la cualificación del proceso de trabajo en la ESF también es crucial para que se promueva la integralidad de las prácticas de salud^{1,2}.

La reordenación del funcionamiento de la red de servicios de salud SUS implica reforzar el papel ordenador de la atención básica por medio de la ESF. Como nivel de atención preferente, debe adaptarse a las necesidades ampliadas en salud y organizadas por prácticas que estén dirigidas al contexto socio territorial de individuos, familias y comunidades^{1,2}.

En relación a la Salud del Trabajador, un gran avance en Brasil fue su reconocimiento constitucional como área de la salud pública⁴. Sin embargo, la reducción de vulnerabilidades relativas a las condiciones del ambiente y a los procesos de trabajo se ha constituido como un importante desafío para el SUS⁴⁻⁶.

Se ha observado, en las ESFs, fragilidades en el manejo de las cuestiones de salud del trabajador, pues no se adopta un instrumento específico para entender las realidades de trabajo de la clientela. Esto acaba dificultando una posible reflexión de los equipos sobre las relaciones entre trabajo y los procesos salud-enfermedad⁷, aunque la Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora del SUS (PNSTT-SUS), al ofrecer las bases conceptuales y directrices estratégicas para proveer la atención integral a los trabajadores, refuerce, para su efectivización, la necesidad del compromiso de la atención básica/ESF⁴⁻⁶, proponiendo que los equipos de atención básica/ESF estén capacitados para el reconocimiento de las necesidades de salud del trabajador en los territorios y para la vigilancia de las situaciones de vulnerabilidad y articulaciones de acciones intersectoriales en el enfrentamiento de estas demandas⁴.

De esta manera, el cuidado a la salud de los trabajadores en la atención básica/ESF debe considerar una comprensión ampliada de los procesos laborales en los territorios vivos, teniendo en cuenta que el trabajo es un determinante social del proceso salud-enfermedad. Es importante que los equipos conozcan los perfiles ocupacionales de su territorio de responsabilidad, y que el acompañamiento de esta condición esté incorporado al día a día de la práctica^{5,6}.

Sin embargo, aunque la integración de las acciones en salud del trabajador en la atención básica/ESF sea reconocida como condición obligatoria para la construcción de la integralidad del cuidado, gran parte de las actividades de los equipos aún se concentra en acciones de atendimento puntuales a las demandas^{5,6} y a las prácticas de intervención, que se basan en análisis de situación de salud de la población, planeadas y articuladas sobre los determinantes locales para condiciones de salud del usuario trabajador, y muchas veces se presentan como incipientes⁴.

En la década de 1980, fue presentado el Planeamiento Estratégico Situacional (PES) como propuesta teórico-metodológica para planear y gobernar, presentándose como método facilitador para la generación de la viabilidad política de los planes. En esta concepción, se resalta que aquellos que proyectan deben ser parte de la realidad planeada como práctica histórica, hecho que requiere diálogo e interacción, pues el diagnóstico de la situación permite tener dominio sobre las circunstancias y no sobre una verdad objetiva. El planeamiento concibe que proporciones planeadas en salud llevarán a la resolución de los problemas de salud si son

fundamentadas en la interpretación de la determinación social del proceso de producción de estos problemas^{8,9}.

En este ámbito, hay preocupaciones en insertar, en el PES, elementos de un actuar comunicativo, como la cooperación, la negociación, la legitimidad, el compromiso participativo de los actores sociales y la descentralización. Basándose en momentos de discusión abierta, esta forma de pensar el planeamiento en salud se torna sensible a la subjetividad y comprende los contextos sociales no solamente por la abstracción estadística. Además de eso, el PES como técnica reconoce el tiempo como un recurso, asumiendo, por lo tanto, la acción de planear como un carácter ágil y accesible⁸⁻¹⁰.

El PES es estructurado en momentos-clave. En el primer momento, explicativo, se realiza un diagnóstico situacional, levantando problemas, priorizando y definiendo nudos críticos. Los *nudos críticos* apoyan la explicación de las dificultades, dado que constituyen aspectos que interfieren en la producción de uno o más problemas^{9,10}.

En el segundo momento, normativo, se definen objetivos y resultados a ser alcanzados, además de estrategias y acciones que viabilicen superar los *nudos-críticos*. En este momento, se observan obstáculos y oportunidades internas y externas, así como el tiempo exigido por la resolución de los problemas y las acciones necesarias para la gestión del plan^{9,10}.

En el tercer momento, estratégico, se enfatiza la importancia del análisis de recursos económicos, administrativos y políticos necesarios y/o disponibles a partir de las propuestas trazadas. Y en el último momento, táctico operacional, propuestas, cronograma, recursos, participantes y responsables por las acciones son programados. Se discuten los indicadores del monitoreo del plan y su evaluación participativa, necesaria a la promoción de las adecuaciones y ajustes de los rumbos en su conducción^{9,10}.

En este contexto, considerando el planeamiento de las acciones a partir del territorio y considerando el diagnóstico de salud, es posible comprender la situación de salud según otros determinantes, no sólo biológicos^{5,8}, teniendo en cuenta el cuestionamiento: *¿Cómo emprender el PES en salud para abordar las demandas de la salud del trabajador en la atención básica/ESF?* Así, este estudio tiene como objetivo analizar la conducción del Planeamiento Estratégico Situacional en salud para levantamiento de las demandas relacionadas a la salud del trabajador con equipos de la Estrategia Salud de la Familia.

MÉTODO

Se trata de un estudio por métodos mixtos. Este tipo de estudio promueve entendimiento sobre un fenómeno por una vinculación entre investigación cuantitativa y cualitativa, considerando que la comprensión del fenómeno no puede ser alcanzada sólo por uno de estos abordajes. La confiabilidad de los métodos mixtos se orienta por la organización de sus etapas, por la combinación entre los tipos de investigación y por el arcabuz teórico orientador (teorización)^{11,12}.

Vale destacar que, como etapa crucial de investigaciones que envuelven métodos mixtos, se presenta la necesidad de *integración de los resultados* para subsidiar las respuestas de las preguntas del estudio. Otro aspecto importante es la necesidad de expresar las etapas de investigación por medio de una matriz de implementación^{11,13}. Según representado por la Figura 1, fue adoptada como estrategia para la conducción la perspectiva transformativa secuencial de los métodos mixtos¹¹.

Figura 1 - Diagrama de la estructuración del recorrido metodológico de la investigación según la perspectiva de métodos mixtos (matriz de implementación). Uberaba, Minas Gerais, 2018.



El arcabuz teórico-metodológico (teorización) se pauteó en el construccionismo social, el cual busca comprender la manera por la cual las personas generan significados a respecto de sí mismas y del mundo, construyendo conocimiento en conjunto con los actores envueltos, de forma participativa¹⁴.

La colecta de datos ocurrió entre los meses de mayo y junio de 2018. La Fase I fue desarrollada junto a los dos equipos de ESF que habitualmente ejercen sus actividades en formato de integración enseñanza-servicio, pues son asistidas por un centro de salud escuela en convenio con la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Fue una elección intencional, representada por el vínculo previo entre servicio y universidad, que, por consiguiente, lo torna espacio viable para la articulación pretendida por el estudio.

Para la Fase I, la colecta de datos fue organizada por la técnica de la estimativa rápida¹⁴, a saber: observación activa, entrevistas con informantes-clave y análisis de datos secundarios, siendo la colecta orientada por guiones elaborados por los autores. En la observación activa de las áreas de cobertura de los equipos de ESF, fueron considerados el tipo de actividad productiva predominante, los recursos socio comunitarios y las áreas de mayor vulnerabilidad.

Inicialmente, fueron contactadas las enfermeras responsables por los dos equipos para presentación de la propuesta y para que las mismas invitasen a todos los profesionales. Participaron, efectivamente, nueve agentes comunitarios de la salud (ACS), de ambos equipos, que estuvieron presentes en el momento de la educación permanente y fueron considerados informantes-clave por ser residentes de la comunidad, inmersos en el día a día vivo de las condiciones que impregnan el territorio. Fueron excluidos aquellos que estaban de vacaciones o de licencia en el momento de la colecta.

La colecta, junto a las ACS fue organizada en el lugar. Fue orientada por entrevista semiestructurada conteniendo preguntas sobre ocupaciones/profesiones más frecuentes entre los residentes del área, si los trabajos son formales o informales, cuál es el perfil de la enfermedad más frecuente de los trabajadores en el área, y qué tipo de trabajo/trabajadores se enferman más. La aplicación del instrumento tuvo una duración de 20 minutos.

Seguidamente, fue realizada una ronda de discusión junto a los ACS para ampliación de las informaciones en cuanto a las acciones de salud: si usualmente hacen preguntas sobre la actividad laboral del usuario durante los atendimientos, si perciben articulación junto al Centro de Referencia de Salud del Trabajador (CEREST) de la localidad, si ha sido completada la notificación obligatoria para agravamientos ocupacionales. La ronda de conversaciones tuvo duración de 90 minutos.

En cuanto al análisis de datos secundarios, fueron obtenidos registros de los sistemas de información de los equipos para la caracterización sociodemográfica y ocupacional de la población adscripta. Fueron accedidos datos colocados a disposición por los equipos (informe del sistema e-SUS para el año 2017), complementados por datos del área de cobertura, colocados a disposición por el CEREST a través del informe sobre el perfil productivo realizado en 2015.

La Fase II fue desarrollada en sala apropiada en la universidad durante los encuentros de la materia de posgraduación. Fue realizado el análisis del diagnóstico situacional (Fase I) por medio de una ronda de discusión entre los investigadores.

También, en consonancia con la estructuración procesual para el PES, hubo un diálogo para el levantamiento de los problemas, priorizados según criterios de gobernabilidad del equipo de las ESF en enfrentarlos (denotados valores de 0 a 10, siendo el mayor valor la mayor gobernabilidad), de motivación/importancia para proponer acciones (Fuera/Poco; Parcial; Dentro/Alta) y relacionados a la urgencia de su impacto en la comunidad (clasificada como baja/intermediaria/alta)¹³.

En la secuencia, el problema seleccionado fue descripto y explicado por análisis de nudos-críticos. Fue elaborado un plan de intervenciones por construcciones colectivas y participativas entre los investigadores durante la ronda de discusión, resultando en un cuadro de acciones para el enfrentamiento del nudo-crítico prioritario. Fueron identificados los recursos críticos para la implantación de la propuesta, siendo estos políticos (correspondiente a la negociación con instancias o sectores), administrativos (recursos financieros, personal o material) y cognitivos (necesidad de ampliación de la habilidad del equipo para el manejo)¹³.

En cuanto a los análisis emprendidos para la Fase I, datos numéricos fueron presentados por estadística descriptiva, registros de la observación activa de forma narrativo-discursiva, fragmentos de los discursos de ACS fueron utilizados y, para la preservación de la confiabilidad y el anonimato, codificados por numeral (ACS_n).

Para la Fase II, todo el contenido discutido fue registrado en cuaderno de campo para posterior organización de las informaciones, transcripción para el estudio, integración de los resultados, análisis y conducción del PES.

Sobre los aspectos éticos, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la UFTM en 2017, bajo el dictamen n° 2.427.323. La colecta de datos fue realizada después de firmado el Término de Consentimiento Libre y Aclarado por los participantes.

RESULTADOS

En cuanto al diagnóstico situacional de la salud del trabajador en el territorio de la ESF, la observación activa indicó un predominio de comercio informal, siendo los establecimientos de diferentes tipos, envolviendo mercado de alimentos (mini mercados), tiendas de artefactos diversos, como papelerías, y tiendas de pequeño porte que venden ropas, con farmacias y consultorios odontológicos en las proximidades. Aún distribuidos en el interior de las áreas, hay garajes, talleres de carrocería, comercio nocturno con puntos de prostitución, además de bares en diversos puntos del barrio.

Equipamientos sociales fueron identificados, como iglesias, bancos, centro comunitario para práctica deportiva y escuelas públicas. Hay, además, un Centro de Referencia para la Asistencia Social (CRAS) en la región. La propia universidad se constituye como un equipamiento social del área adyacente.

De forma general, las áreas de cobertura presentan características de territorios con residentes de clase media baja y sectores más enfocados en el territorio, con personas en situación de pobreza. La conformación de las áreas de cobertura permite que micro áreas estén más alejadas de los recursos sociales, conformando mayores vulnerabilidades a esta población más periférica.

Los nueve informantes-clave participantes relataron que las ocupaciones laborales recurrentes en el área de cobertura son de pequeños comerciantes, domésticas y trabajadores de la construcción civil, como albañiles y ayudantes de albañil, siendo que los dos últimos desempeñan sus actividades laborales fuera del barrio.

Existen actividades ocupacionales domiciliarias frecuentes entre las mujeres en edad productiva. Son mujeres que hacen viandas u otros alimentos, dulces o salados, vendedoras de

cosméticos en el propio domicilio, además de aquellas que ejercen actividades de manicura y peluquera en los patios traseros de sus casas.

Mencionaron que, durante la noche, existen puntos de aglomeración de jóvenes y adultos ingiriendo bebidas alcohólicas, como bares, proporcionando algún contacto entre compañeros, existiendo, también, situaciones de prostitución en lugares específicos durante la noche.

La cuestión del tráfico de drogas en la región fue alertada por los informantes, que relataron la existencia de preadolescentes y adolescentes envueltos en la venta. En los discursos, mencionaron áreas en el territorio delimitadas para el “comercio” de las drogas.

Hay, según un relato, imposiciones de la criminalidad, con aparición de robos a los individuos y al comercio local, lo que acaba influenciando en la ausencia de la circulación libre en las plazas y demás lugares del territorio, especialmente en el horario nocturno.

Sobre la enfermedad relacionada al trabajo entre la población del área de cobertura, informantes-clave manifestaron sufrimiento mental y depresión como frecuentes en la población del área adscrita:

[...] Cansancio mental, vemos muchos trabajadores reclamando eso (ACS₁).

Los trabajadores buscan el servicio para tratar la hipertensión y diabetes, percibiendo que estas enfermedades se ampliaron entre la población adulta trabajadora. Sin embargo, al discutir la situación de la salud del trabajador del área de cobertura, acaban por discutir, también, las precariedades que envolvían su propia condición de salud y trabajo. [...] Yo misma tomé licencia por diagnóstico de depresión por cuatro meses que no fue aceptado por el INSS, estuve ese tiempo sin cobrar. Aquí no se puede enfermar (ACS₂).

No fueron apuntadas, por los informantes-clave, acciones intersectoriales articuladas junto a los equipos de ESF para la promoción de la salud del trabajador, ni la organización de redes locales de protección. No fue mencionada la articulación de representantes para la participación en los procesos decisivos y evaluativos del centro de salud escuela, como la composición del consejo local de salud. Además, sobre la organización del servicio de salud para atender las necesidades del usuario-trabajador, se identificaron fragilidades en su operación en el día a día de las actividades de ambos equipos:

[...] Aplicación de las políticas de salud, muchas no son desarrolladas (ACS₃).

El profesional del sexo no fue comprendido, en el discurso de los informantes-clave, como una categoría que necesita cuidados específicos, como una negligencia velada al acogimiento de las demandas de este usuario trabajador.

Relataron, además, no tener, en la rutina cotidiana, la práctica de completar las notificaciones de agravamientos relacionados al trabajo. Debatieron que en la unidad no hay un flujo o actividad específica para abordar las cuestiones del usuario trabajador, como, por ejemplo, un tercer turno de atendimento, y que existen interacciones junto al CEREST regional, pero, frecuentemente, estas interacciones son informativas-normativas. No consiguieron identificar encuentros para problematización del contexto o planeamiento de acciones en conjunto.

Sobre el análisis de los datos secundarios, de acuerdo con los datos del e-SUS, los equipos poseen 1637 familias registradas (ESF₁=800; ESF₂=837). En cuanto a la estructura física de las áreas, 80,1% de las casas posee tratamiento del agua en el domicilio. El abastecimiento de agua es realizado por la red pública en un 99,6% de las casas. Todas las casas son de ladrillo y 99,5% posee energía eléctrica. El destino de la basura es realizado por la colecta pública y 99,9% de las casas posee red de cloaca.

Las actividades más comunes fueron: peluquero, cocinera, manicura, empleada doméstica, albañil y vendedor, actividades que, de forma general, exigen menor grado de escolaridad o especialización para su desempeño.

Tabla 1. Caracterización de la población del área de cobertura de los equipos de ESF en cuanto al perfil productivo. Uberaba, Minas Gerais, 2018.

Aspectos del Perfil Productivo ^a	Equipos	
	ESF1 (n)	ESF2(n)
<i>Familias que participaron en el Perfil Productivo</i>		
Familias registradas en la ESF	800	837
Familias entrevistadas	629	837
<i>Personas que participaron en el Perfil Productivo</i>		
Personas participantes	2911	2915
Participantes en edad activa	2371	2310
Participantes que relataron trabajo informal	51	47

Fuente: Uberaba, Secretaría Municipal de la Salud, CEREST, Perfil Productivo, 2015.

Según el análisis del diagnóstico situacional, las construcciones colectivas para el PES en salud del trabajador en el territorio de las ESF posibilitaron el delineamiento de cinco macro problemas relacionados al contexto socio territorial de estudio (Cuadro 1).

Cuadro 1. Identificación y priorización de los problemas relacionados a la salud del trabajador en la población del área de cobertura de los equipos de ESF, según diagnóstico situacional. Uberaba, Minas Gerais, 2018.

Problemas Identificados	Gobernabilidad	Urgencia	Motivación
Red local intersectorial con vínculos inexistentes o frágiles para la promoción de acciones para la Salud del Trabajador.	5	Promedio	Parcial
Actividades productivas, según perfil, relacionadas a ocupaciones con baja escolaridad, resultando en subempleos.	1	Baja	Fuera/ Poca
Tráfico de drogas siendo una fuente de ingresos para preadolescentes y adolescentes.	4	Alta	Parcial
Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Sufrimientos Mentales como las enfermedades frecuentes entre los usuarios trabajadores.	7	Alta	Dentro/ Elevada
Organización del proceso de trabajo de los equipos ESF con fragilidades en las investigaciones/reconocimiento de las condiciones de salud del usuario trabajador.	8	Intermediaria	Dentro/ Elevada

Fue priorizado, para la elaboración del plan de acción, el problema “*Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Sufrimientos Mentales como las enfermedades frecuentes entre los usuarios trabajadores*”. Este problema se explica, por el relato de los informantes-clave, como siendo un agravamiento frecuente entre usuarios trabajadores asistidos por las ESF, por ser una realidad en relación a la cual el grupo de investigadores presentaba mayor gobernabilidad y motivación para intervención.

De esta manera, el *nudo-crítico* seleccionado para la elaboración del plan de acción fue “*Organización del proceso de trabajo de los equipos ESF con fragilidades en las investigaciones/reconocimiento de las condiciones de salud del usuario trabajador*”. Sobre el plan de acción, fueron definidas iniciativas pasibles de ser implementadas en el escenario del estudio (Cuadro 2).

Cuadro 2. Plan de acción para enfrentamiento de los problemas relacionados a la salud del trabajador en la población del área de cobertura de los equipos ESF, según diagnóstico situacional. Uberaba, Minas Gerais, 2018.

Nudo Crítico: Organización del proceso de trabajo de los equipos ESF con fragilidades en las investigaciones/reconocimiento de las condiciones de salud del usuario trabajador	
Acciones	Recurso Crítico
Compartir el diagnóstico situacional con los equipos ESF para discusiones y construcciones colectivas en cuanto al plan de acción.	- Político: Autorización de las jefaturas para la realización del encuentro.
Sensibilizar todo el equipo de ESF en cuanto a la importancia de la Notificación Obligatoria de Agravamientos Relacionados al Trabajo.	- Político: Autorización de las jefaturas para realización del encuentro. - Cognitivo: organización de la sensibilización.
Desarrollar material informativo sobre acciones de los equipamientos sociales del área de cobertura, incluyendo la universalidad, en cuanto a la creación de iniciativas para cualificación profesional y para “cuidado a la salud del trabajador”.	- Cognitivo: elaboración del material informativo. - Administrativo: identificación de los equipamientos sociales locales y de los recursos que colocan a disposición (mapeamiento).
Realizar actividad junto a los informantes-clave (ACS) sobre prácticas para el cuidado a la salud y para el manejo de las cuestiones cotidianas relacionadas a su trabajo.	- Político: Autorización de las jefaturas para la realización del encuentro. - Cognitivo: organización de la sensibilización.

DISCUSIÓN

Para la estructuración de las prácticas en el contexto de la ESF es prioritario reconocer el territorio como un espacio social donde la sociedad se construye y se reconstruye de acuerdo con el núcleo de su proceso de trabajo y producción, dividiéndose en clases diferenciadas, resultando en desigualdad de acceso a los servicios de salud y a los bienes de consumo¹⁵⁻¹⁷.

La vulnerabilidad social es comprendida como la sobreposición de riesgos sociales y ambientales que se concentran en determinadas áreas y amplían las situaciones de pobreza y además de pobreza y otros problemas. La realidad discutida en el presente estudio coincide con realidades existentes en muchas áreas periféricas y periurbanas brasileñas^{15,16}.

Se evidencia que, desde su implantación, la ESF tuvo como prerrogativa iniciar la cobertura asistencial por las áreas de mayor vulnerabilidad social, imprimiendo, en la interacción entre los equipos ESF y en las relaciones comunitarias, necesidades de preparación para enfrentamiento de adversidades del contexto territorial, como violencia y otras vulnerabilidades expresadas por la desigualdad social¹⁵⁻¹⁷.

Existen lagunas importantes para las acciones de los equipos en cuanto a las circunstancias acerca del PES y dirigidas a la salud del trabajador en la atención básica/ESF. De forma general, no se ha considerado el diagnóstico situacional en salud del trabajador para planear las acciones¹⁸. Las acciones de la PNSTT-SUS desarrolladas por los CEREST, de forma espontánea o normativa, no han sido suficientes para que haya integración entre estos servicios y los equipos de atención básica/ESF¹⁹.

Es limitante la incorporación de la salud del trabajador en la atención básica/ESF sin que sean considerados los propios trabajadores de salud y su actividad profesional. Pueden ser observadas, en esta dimensión, fragilidades en cuanto a la formación de estos, además de la ausencia del apoyo institucional en el establecimiento de líneas de cuidados en esta temática. Dificultades estructurales son persistentes en la atención básica/ESF, destacando precariedades de la red física y de informatización^{18,19}.

El establecimiento de la relación entre el trabajo y las quejas/enfermedad presentados por el usuario-trabajador posibilitan develar la contribución del trabajo en el proceso salud-enfermedad y orientar las conductas a ser tomadas^{20,21}.

Se destaca la relevancia de reconocer al usuario trabajador y establecer relación entre el trabajo y la condición de salud-enfermedad, dado que, en la actual coyuntura socioeconómica brasileira, hay un contingente de la población trabajadora que se encuentra en el sector informal

y/o precarizado de trabajo, o está desempleada y en situación de vulnerabilidad social, en muchos casos desarrollando actividades productivas en el domicilio y en el peridomicilio^{20,21}.

La PNSTT-SUS destaca la importancia del análisis de la situación de salud de los trabajadores en el contexto territorial, especialmente para orientar la identificación de los usuarios y de los grupos más vulnerables, como, por ejemplo, los desempleados y aquellos insertos en actividades productivas domiciliarias y/o en relaciones informales y precarias de trabajo, o expuestos a actividades peligrosas para la salud²⁰.

Cabe a los CEREST un papel importante como apoyadores de las acciones, actuando como referencias en el proceso de trabajo de los equipos de atención básica/ESF, buscando identificar estrategias oportunas para que características y organizaciones de las prácticas de salud de los equipos de atención básica/ESF favorezcan el acceso de los trabajadores al cuidado de la salud, con calidad y resolutivez, siendo potencialmente capaces de aprender los mecanismos por los cuales el trabajo influencia en sus condiciones de vida y salud^{20,21}.

En cuanto a la red de nudos-críticos, fueron priorizadas las interferencias directas relativas al proceso de trabajo de los equipos ESF, el cual se distancia de las necesidades de la población trabajadora. Al mismo tiempo, esta organización del proceso de trabajo se encuentra limitada en la articulación intersectorial de la red local, que podría promover protección ampliada a los usuarios trabajadores, inclusive frente a la posibilidad de viabilizar, por el trabajo en red, oportunidades para cualificación técnica y aumento de la escolaridad de la población de usuarios trabajadores, posibilitando su búsqueda por mejor inserción en el mercado de trabajo.

La organización, el modo y el proceso de trabajo de los equipos ESF no estimulan la aproximación a las necesidades de los usuarios trabajadores dificultando el compromiso social y la actuación democrático-participativa junto al servicio de salud. La no movilización social de los usuarios trabajadores limita el enfrentamiento de cuestiones como la criminalidad y el tráfico de drogas, manteniendo el cotidiano vivencial de esta población bajo esa realidad de violencias.

La validación y compartir el diagnóstico situacional junto a los equipos ESF se presentan como iniciativa crucial, siendo el resultado exhibido en el presente estudio como una primera perspectiva a ser inducida en el territorio. Respetar el referencial del PES de dialogía y compromiso junto a los actores sociales envueltos en el escenario a ser planeado es crucial para la creación de la viabilidad política para implantación del plan²²⁻²⁴.

Es necesario tener en cuenta que un actor social con conocimiento del problema y capacidad de raciocinio estratégico enfrentará, seguramente, mejor un problema que alguien con bajo conocimiento de la realidad y solo conocimiento metodológico²²⁻²⁶.

Especialmente después del diagnóstico situacional en salud fue posible identificar la necesidad de acciones dirigidas a las especificidades de la vida cotidiana en las comunidades, imprimiendo al planeamiento iniciativas singulares a los contextos sociales y mediante el interés de los actores comprometidos^{23,24}.

Considerar el territorio como base operacional para el planeamiento de las acciones e incorporar los problemas provenientes de las relaciones de la producción y del trabajo en una actuación integrada en la atención básica/ESF han sido discutidas como iniciativas de mayor viabilidad para que, con esto, sean organizadas acciones estratégicas que contribuyan a la materialización de la promoción de la salud del trabajador, según apuntas relatos de experiencia²³⁻²⁵.

Aunque existan problemas identificados por el análisis situacional, hay, en el territorio de estudio, otros recursos, como la existencia de aparatos sociales que pueden contribuir en la perspectiva de la promoción de la salud del trabajador. En este sentido, la universidad pública federal, uno de los equipamientos sociales del territorio, tiene como parte de su misión apoyar la implementación de iniciativas, por la integración de la enseñanza-servicio, que favorezcan el cuidado integral y la vigilancia a la salud del trabajador en los territorios.

Iniciativas de PES como estrategia para integración enseñanza-servicio en la ESF han sido reproducidas en escenarios de formación con el fin de incentivar a los alumnos a discutir las problemáticas de salud pública, incorporando también clases prácticas para reconocimiento de diferentes escenarios para análisis de situaciones de salud^{22,23,26}.

CONCLUSIÓN

El presente estudio analizó el emprendimiento del PES en salud, orientado por las fases de diagnóstico de la situación de salud y de las construcciones colectivas para planeamiento. Además de eso, viabilizó la aproximación de la realidad de los usuarios trabajadores, repleta de empleos informales que requieren baja escolaridad, siendo sus domicilios espacios de actividades productivas. Se adiciona a esto el comercio de drogas, la prostitución y las imposiciones de la criminalidad, de modo que esta realidad se asemeja a la de muchas áreas periféricas brasileras.

Sobre el planeamiento en sí, se reveló como nudo crítico la organización del proceso de trabajo de los equipos ESF abordados. Este proceso presenta fragilidades para la investigación de las condiciones de salud del usuario trabajador.

Se considera que la implementación de acciones intersectoriales de compromiso social para la movilización participativa y de vigilancia de las condiciones de salud del usuario trabajador están vinculadas al enfrentamiento del nudo crítico relatado.

El planeamiento fue desarrollado como actividad de integración enseñanza-servicio. Por consiguiente, se presenta la necesidad de compartir el diagnóstico situacional con los equipos ESF, además de la necesidad de evaluación, en investigaciones posteriores, el impacto de las acciones planeadas sobre los equipos y sobre la comunidad.

Limitaciones de este estudio se revelan a partir de la imposibilidad de generalizaciones, mediante las especificidades del territorio de análisis. Sin embargo, fue posible la comprensión de prácticas de salud dirigidas al usuario trabajador en el contexto de la ESF y de la necesidad de resignificarse acciones de promoción y vigilancia de la salud del trabajador en la comunidad.

Se reconoce una laguna producida por la no descripción de la percepción de otros informantes-clave sobre el territorio. Sin embargo, los aspectos concernientes al trabajo de ACS, por estar inmersos en el cotidiano vivo de los territorios e, inclusive, por ser residentes de este, legitima la participación de estos como actores oportunos.

El hecho de que las construcciones colectivas se hayan desenvuelto solo en el escenario de formación puede ser otro factor limitante, lo que deberá ser trabajado en estudios posteriores cuando se lleve a cabo la acción de compartir los resultados junto a los equipos de ESF. Según consta en el plan, deberá ser articulada la ampliación de la discusión con los demás actores sociales del territorio estudiado.

El potencial de contribución del estudio se presenta como incentivo para que actividades semejantes puedan ser reproducidas en la formación en salud, con el fin de fortalecer la construcción de competencias que actúen en la modificación de la realidad social de las colectividades, en consonancia con el debate actual brasilerero sobre la necesidad de defensa y fortalecimiento de la misión del SUS de proteger y promover la salud y prevenir los daños a la salud del trabajador.

REFERENCIAS

1. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [citado en 05 feb 2020]; 23(3):861-80. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232018233.03102016
2. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [citado en 05 feb 2020]; 23(6):1707-14. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1707.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05582018

3. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília, DF; maio 2015 [citado em 11 jun 2018]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf
4. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [citado em 05 feb 2020]; 23(6):1963-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1963.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04922018
5. Silva TL, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [citado em 05 feb 2020]; 18(49):273-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130227.pdf>. DOI: 10.1590/1807-57622013.0227
6. Machado JMH, Santana VS, Campos A, Ferrite S, Peres MC, Galdino A, et al. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST) no Brasil, 2008-2009. *Rev Bras Saúde Ocup*. [Internet]. 2013 [citado em 05 feb 2020]; 38(128):243-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/12.pdf>
7. Lacaz FAC, Trapé A, Soares CB, Santos APL. Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível?. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013 [citado em 05 feb 2020]; 17(44): 75-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a07v17n44.pdf>
8. Uribe Rivera FJ, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2010 [citado em 05 feb 2020]; 15(5):2265-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a02.pdf>
9. Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2011 [citado em 05 feb 2020]; 20(1):184-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf>
10. Silva AK, Sousa JP, Rodrigues W, Cançado AC. Planejamento Estratégico Situacional - PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira. *Rev Serv Público*. [Internet]. 2017 [citado em 05 feb 2020]; 68(2):365-88. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1269>
11. Lorenzini E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. *Rev Cuid*. [Internet]. 2017 [citado em 05 feb 2020]; 8(2):1549-60. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/cuid/v8n2/2346-3414-cuid-8-2-1549.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>
12. Creswell JW. *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage; 2015.
13. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. *Planejamento e avaliação das ações de saúde*. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2010. (Caderno de Estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)
14. Souza LV. Recursos dialógicos e seu uso em sala de aula no ensino superior: contribuições construcionistas sociais. *Rev Grad USP* [Internet]. 2018 [citado em 05 feb 2020]; 3(1):97-100. Disponível em: http://gradmais.usp.br/wp-content/uploads/2018/06/Gradmais6_R04_LauraVilela.pdf. DOI: 10.11606/issn.2525-376X.v3i1p97-100
15. Oliveira LP, Camargo FC, Hemiko IH. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2013 [citado em 05 feb 2020]; 2(2 esp):46-56. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/388>. DOI: <https://doi.org/10.18554/>
16. Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino OS, Vidal ECF. Experiences in the Family Health Strategy: demands and vulnerabilities in the territory. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017 [citado em 05 feb 2020]; 70(5):920-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-0920.pdf>
17. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [citado em 05 feb 2020]; 19(11):4371-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>. DOI: 10.1590/1413-812320141911.11442014
18. Bastos-Ramos TP, Santana VS, Ferrite S. Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho, Brasil, 2007-2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 05 feb 2020]; 24(4):641-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00641.pdf>. DOI: 10.5123/S1679-49742015000400006

19. Dias MDA, Bertolini GCS, Pimenta AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011 [citado en 05 feb 2020]; 9(1):137-48. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a10.pdf>
20. Amorim LA, Silva TL, Faria HP, Machado JMH, Dias EC. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [citado en 05 feb 2020]; 22(10):3403-13. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3403.pdf>. DOI: 10.1590/1413-812320172210.17532017
21. Silva RF, Fonseca BMC. A vigilância nos ambientes e processos de trabalho em Palmas – Tocantins: diagnóstico situacional e contribuições ao setor. *Tempus*. [Internet]. 2018 [citado en 05 feb 2020]; 11(2):199-217. Disponible en: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2236>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2236>
22. Gentilini JA. Atores, cenários e planos: o planejamento estratégico situacional e a educação. *Cad Pesqui*. [Internet]. 2014 [citado en 05 feb 2020]; 44(153):580-601. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v44n153/a06v44n153.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/198053142954>
23. Silva REBG, Ramalho APQ, Souza CCO. Oficinas de planejamento em saúde na disciplina de Saúde Coletiva: relato de experiência. *Rev Grad USP* [Internet]. 2018 [citado en 05 feb 2020]; 3(2):87-91. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/gradmais/article/view/147907>. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2525-376X.v3i2p87-91>
24. Silva CSSL, Koopmans FF, Daher DV. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Rev Pró-Universus*. 2016; [citado en 05 feb 2020] 7(2):30-3. Disponible en: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>
25. Silva A, Ferraz L, Rodrigues-Junior SA. Ações em saúde do trabalhador desenvolvidas na atenção primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Rev Bras Saúde Ocup*. [Internet]. 2016 [citado en 05 feb 2020]; 41:e16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e16.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000122415>
26. Souza KMJ, Seixas CT, David HMSL, Costa AQ. Contribuições da saúde coletiva para o trabalho de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017 [citado en 05 feb 2020]; 70(3):543-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0543.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0401>

CONTRIBUCIONES

Fernanda Carolina Camargo e Isabel Aparecida Porcatti de Walsh contribuyeron en la concepción, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión. **Gabriela Gonçalves Machado, Luana Rodrigues Rosseto Felipe, Gabriela Souza Faria, Ana Laura Nogueira y Sandra Cristina Romano Marquez Reis** participaron en la concepción, obtención de los datos, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Camargo FC, Machado GG, Felipe LRR, Faria GS, Nogueira AL, Reis SCRM, et al. Planeamiento estratégico situacional en salud: abordaje de la salud del trabajador en la Estrategia Salud de la Familia. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 8(2): 249-260. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

CAMARGO, F. C.; MACHADO, G. G.; FELIPE, L. R. R.; FARIA, G. S.; NOGUEIRA, A. L.; REIS, S.C.R.M. et al. Planeamiento estratégico situacional en salud: abordaje de la salud del trabajador en la Estrategia Salud de la Familia. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 8, n. 2, p. 249-260, 2020. Disponible en: *agregar link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Camargo, F.C., Machado, G.G., Felipe, L.R.R., Faria, G.S., Nogueira, A.L., ... Walsh, I.A.P. (2020). Planeamiento estratégico situacional en salud: abordaje de la salud del trabajador en la Estrategia Salud de la Familia. *REFACS*, 8(2), 249-260. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.