

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

LIDIANA BRITO DOS SANTOS TAETZ

**A MEDICINA DA FAMÍLIA NO SESMT: UMA COMPARAÇÃO COM O MODELO
CUBANO E POTENCIAL DE IMPLEMENTAÇÃO NA SAÚDE OCUPACIONAL**

CURITIBA
2025

LIDIANA BRITO DOS SANTOS TAETZ

**A MEDICINA DA FAMÍLIA NO SESMT: UMA COMPARAÇÃO COM O MODELO
CUBANO E POTENCIAL DE IMPLEMENTAÇÃO NA SAÚDE OCUPACIONAL**

Artigo apresentado a Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador(a): Prof. Dr. Paulo Roberto Zétola

CURITIBA

2025

RESUMO

Este trabalho propõe a integração da Medicina da Família e Comunidade (MFC) aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), ressignificando os ambulatórios empresariais como unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). A proposta fundamenta-se em uma análise teórica e qualitativa, com base em revisão de literatura e comparação entre os modelos de atenção primária do Brasil e de Cuba. O modelo cubano é reconhecido por sua eficácia, territorialização e forte vínculo entre médico e comunidade, mesmo diante de limitações de recursos. Discute-se como a inserção de médicos da família — especialmente recém-formados — nos ambulatórios do SESMT pode ampliar a resolutividade dos cuidados em saúde, reduzir custos empresariais com planos privados e aliviar a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, sugere-se o uso desses espaços como campos formativos, com supervisão técnica em práticas clínicas e de saúde do trabalhador. A proposta busca fortalecer a saúde do trabalhador, garantir cuidado integral e humanizado, e alinhar a saúde ocupacional aos princípios da APS, contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente, acessível e sustentável.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Medicina do Trabalho; Serviços Médicos no Local de Trabalho.

ABSTRACT

This study proposes the integration of Family and Community Medicine (FCM) into the Specialized Services in Occupational Health and Safety (SESMT), reconfiguring corporate health clinics as Primary Health Care (PHC) units. The proposal is based on a theoretical and qualitative analysis through literature review and a comparison between the primary care models of Brazil and Cuba. The Cuban model is recognized for its effectiveness, territorial structuring, and strong physician-community bonds, even under resource constraints. The study discusses how incorporating family physicians — especially recent graduates — into SESMT clinics can enhance the resolution of healthcare needs, reduce corporate health expenses, and alleviate the burden on Brazil's Unified Health System (SUS). It also suggests using these clinics as training spaces, supervised by occupational and family medicine professionals. The proposal aims to strengthen workers' health, ensure comprehensive and humanized care, and align occupational health with the principles of PHC, contributing to a more efficient, accessible, and sustainable health system.

Key-Words: Occupational Health Services; Occupational Medicine; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	METODOLOGIA	5
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1.	História e Conceitos da Medicina da Família e Comunidade	6
3.2.	A Influência da Declaração de Alma-Ata na Atenção Primária à Saúde e na Medicina da Família no Brasil	8
3.3.	Medicina do Trabalho e o SESMT	10
3.4.	Modelo Cubano de Medicina da Família e Comunidade	12
3.5.	O Ambulatório do SESMT como Base da Atenção Primária	15
4.	COMPARAÇÃO ENTRE O MODELO CUBANO E O SESMT E SUA APLICAÇÃO	17
4.1.	Distribuição dos Médicos	17
4.2.	Atividades do Médico da Família x Possibilidades no SESMET	18
4.3.	O Princípio da Regionalização no Brasil	19
4.4.	Benefícios da Implementação no SESMT	20
5.	PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE MÉDICOS RECÉM-FORMADOS NO SESMT	22
5.1	Modelo Inspirado no Programa Mais Médicos	22
5.2	Aproveitamento da Infraestrutura Empresarial	23
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6.1	Conclusão	26
6.2	Sugestões para Pesquisas Futuras	29
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1. INTRODUÇÃO

A Medicina da Família e Comunidade (MFC), como base da Atenção Primária à Saúde (APS), tem como foco o cuidado contínuo, centrado no indivíduo, em sua família e no território em que está inserido. Ela atua a partir de uma abordagem biopsicossocial, levando em consideração os diversos determinantes sociais da saúde. Por sua vez, a Medicina do Trabalho é especializada em compreender a relação entre a atividade laboral e a saúde do trabalhador, conhecendo em profundidade os riscos ocupacionais, as exigências das funções e o impacto que o ambiente de trabalho exerce sobre o corpo e a mente dos indivíduos.

Ao integrar essas duas especialidades no contexto dos ambulatórios das empresas, propõe-se uma abordagem inovadora: a junção entre o olhar clínico-preventivo da MFC e o saber técnico-operacional da Medicina do Trabalho. Essa união permite o exercício pleno do princípio da integralidade do cuidado, uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe o atendimento ao ser humano em sua totalidade — física, psíquica, social e laboral.

Enquanto a Medicina do Trabalho compreende o trabalhador dentro do ambiente corporativo, conhecendo profundamente os riscos, atividades e funções que desempenha, a Medicina da Família amplia essa visão ao abordar suas condições sociais, emocionais, familiares e comunitárias. Juntas, essas duas práticas médicas são capazes de construir um cuidado mais completo, individualizado e resolutivo.

Diante disso, torna-se pertinente discutir como os ambulatórios das empresas, tradicionalmente focados em ações legais e preventivas de caráter ocupacional, podem ser ressignificados e utilizados como unidades de Atenção Primária à Saúde, com base nos princípios da Medicina da Família. Para fortalecer esse debate, este trabalho propõe uma análise comparativa com o modelo cubano de APS, considerado um dos mais bem estruturados do mundo, especialmente pela proximidade entre o médico e a comunidade atendida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter teórico e qualitativo, baseado em revisão bibliográfica e análise comparativa entre os modelos cubano e brasileiro. A proposta não inclui coleta de dados primários, como entrevistas ou levantamentos estatísticos, mas sim uma reflexão crítica fundamentada em documentos oficiais, literatura acadêmica e experiências existentes.

A abordagem utilizada será descritiva e exploratória, visando construir uma proposta conceitual e estrutural que permita visualizar a viabilidade da implementação do modelo da Medicina da Família dentro dos SESMTs, com base em referências práticas como o Programa Mais Médicos e a estrutura organizacional do sistema de saúde cubano.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. História e Conceitos da Medicina da Família e Comunidade

A Medicina da Família e Comunidade (MFC) constitui o eixo central da Atenção Primária à Saúde (APS) e tem como objetivo oferecer cuidados integrais, contínuos e centrados na pessoa, considerando sua inserção familiar, social e territorial. Seu desenvolvimento global remonta aos anos 1960, como resposta aos sistemas hospitalocêntricos e fragmentados.

Em Cuba, a Medicina da Família teve início em 1984, com a criação da especialidade de Medicina Geral Integral. Os primeiros especialistas se formaram em 1987, consolidando um modelo de atenção primária centrado na prevenção, no acompanhamento contínuo e no atendimento comunitário. O médico cubano atua inserido na comunidade, responsável por uma população específica, o que fortalece a relação médico-paciente e a resolutividade do cuidado.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada em 1994, inspirada em diversas experiências internacionais, incluindo o modelo cubano. O governo brasileiro, à época, buscou adaptar boas práticas internacionais para fortalecer a estrutura da atenção primária e ampliar a cobertura do SUS. A ESF incorporou princípios como territorialização, vínculo, adscrição de clientela e enfoque familiar, fundamentos que também sustentam a medicina cubana.

A comparação entre os dois países é reveladora: Cuba, uma ilha de governo socialista, submetida a embargos econômicos e com recursos muito mais limitados que o Brasil, desenvolveu um sistema de saúde de baixo custo e alta eficácia, baseado fortemente na APS. Com cerca de 11,3 milhões de habitantes, Cuba mantém uma das maiores proporções de médicos por habitante do mundo, graças à sua política pública de formação médica e vinculação obrigatória dos recém-formados à prática comunitária.

Em contraste, o Brasil, com mais de 200 milhões de habitantes e extensa desigualdade regional, ainda enfrenta sérias dificuldades na distribuição de médicos, especialmente nas regiões mais remotas. Embora forme um número crescente de profissionais, muitos concluem apenas a graduação e enfrentam barreiras para especialização. A fixação de médicos na atenção primária também é afetada por

fatores como alta carga de trabalho, ausência de infraestrutura adequada e falta de incentivos à permanência no serviço público.

Essas diferenças ressaltam a capacidade de Cuba em implementar um sistema de saúde eficiente mesmo com limitações econômicas e geográficas, oferecendo lições valiosas para a construção de uma APS mais estruturada, resolutiva e acessível no Brasil.

No Brasil, os princípios da integralidade e da universalidade estabelecidos por Alma-Ata foram fundamentais para a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se tornou um modelo de saúde pública universal. A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, foi uma resposta direta aos desafios colocados pela Declaração de Alma-Ata, buscando, através de um modelo de saúde territorializado, expandir o acesso aos serviços de saúde de forma integral e preventiva, alinhando-se com os princípios de Alma-Ata.

A Medicina da Família e Comunidade (MFC) é fundamentada em princípios que orientam sua prática e organização, visando oferecer um cuidado integral e contínuo à população. Esses princípios incluem:

1. Acesso Universal: Garantia de que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica.

2. Integralidade: Oferta de um conjunto completo de serviços que atendam às necessidades de saúde da população, desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação.

3. Continuidade do Cuidado: Acompanhamento constante e coordenado dos pacientes ao longo do tempo, fortalecendo o vínculo entre profissionais de saúde e a comunidade.

4. Coordenação do Cuidado: Organização dos serviços de saúde de forma a assegurar que os pacientes recebam atendimento adequado em diferentes níveis de complexidade, com comunicação eficaz entre os profissionais envolvidos.

5. Enfoque Familiar e Comunitário: Consideração do contexto familiar e comunitário dos indivíduos no planejamento e execução das ações de saúde, reconhecendo a influência desses fatores no bem-estar dos pacientes.

6. Participação Social: Envolvimento ativo da comunidade no planejamento, implementação e avaliação das políticas e serviços de saúde, promovendo a corresponsabilidade e o controle social.

7. Adscrição da Clientela: Vínculo formal entre uma equipe de saúde e uma população específica, o que permite o acompanhamento contínuo e planejado das necessidades de saúde desse grupo.

8. Longitudinalidade do cuidado: Acompanhamento da pessoa ao longo do tempo pela mesma equipe, fortalecendo o vínculo médico-paciente e permitindo um cuidado mais eficaz e resolutivo.

Esses princípios são compartilhados por diversos sistemas de saúde que adotam a Atenção Primária como eixo estruturante, incluindo os modelos de Cuba e do Brasil. No contexto cubano, a implementação eficaz desses princípios tem resultado em indicadores de saúde positivos, mesmo diante de recursos limitados. Já no Brasil, a Estratégia Saúde da Família busca incorporar esses fundamentos para fortalecer a Atenção Primária e melhorar a qualidade dos serviços prestados à população.

3.2. A Influência da Declaração de Alma-Ata na Atenção Primária à Saúde e na Medicina da Família no Brasil

A Declaração de Alma-Ata, proclamada em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, foi um marco fundamental para a saúde pública mundial. A conferência estabeleceu a Atenção Primária à Saúde (APS) como a estratégia central para alcançar a Cobertura Universal de Saúde (CUS), reconhecendo a importância da saúde preventiva e o papel das comunidades na promoção da saúde. A declaração enfatizou a necessidade de tratar o ser humano de forma integral, considerando todos os determinantes sociais da saúde, como condições de vida, trabalho e acesso a serviços de saúde.

Esse conceito de integralidade da saúde, que leva em consideração não apenas os cuidados médicos, mas também os fatores sociais, econômicos e ambientais, influenciou diretamente a Reforma Sanitária no Brasil nos anos 1980. A Reforma Sanitária culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que incorporou os princípios de Atenção Primária à Saúde definidos em Alma-Ata,

com a missão de garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para toda a população brasileira.

O Brasil, inspirado pelos princípios de Alma-Ata, implementou a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi criada para reorganizar a atenção básica à saúde, priorizando ações de prevenção, promoção da saúde e cuidado contínuo. A ESF tornou-se um pilar do SUS, com equipes formadas por médicos da família, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, que têm a responsabilidade de atender a uma população adstrita e criar um vínculo contínuo com a comunidade. Essa estrutura busca promover a integralidade do cuidado, com um enfoque que vai além da doença, considerando também os aspectos sociais e comunitários dos indivíduos.

A Influência de Alma-Ata na Medicina da Família no SESMT

A Declaração de Alma-Ata teve um impacto importante na reorganização dos serviços de saúde não só no Brasil, mas também em muitos países ao redor do mundo. No contexto do Sistema de Saúde Ocupacional, essa influência pode ser vista na forma como a Medicina da Família poderia ser integrada aos SESMTs (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) das empresas. O conceito de integralidade da saúde proposto em Alma-Ata se encaixa perfeitamente no contexto de Medicina da Família no SESMT, pois permite que a saúde do trabalhador seja vista de forma mais holística, levando em consideração não apenas os aspectos ocupacionais (riscos e doenças relacionadas ao trabalho), mas também as condições sociais, familiares e comunitárias do trabalhador.

Ao integrar a Medicina da Família aos SESMTs, seria possível ampliar a atuação do médico do trabalho, adotando uma abordagem mais ampla, que não se limita apenas à saúde ocupacional, mas também à prevenção de doenças crônicas, ao acompanhamento contínuo das condições de saúde e ao suporte social necessário para promover a saúde do trabalhador. Isso se alinha com o princípio de Atenção Primária à Saúde defendido por Alma-Ata, que busca oferecer cuidados de saúde completos e contínuos em todos os aspectos da vida do indivíduo.

3.3. Medicina do Trabalho e o SESMT

História da Medicina do Trabalho no Brasil

A evolução da Medicina do Trabalho no Brasil reflete o crescente reconhecimento da importância da saúde ocupacional. Em 1919, foi promulgada a primeira legislação sobre acidentes de trabalho no país. Posteriormente, em 1921, criou-se a Inspeção do Trabalho, com o objetivo de fiscalizar as condições laborais. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), instituída em 1943, unificou a legislação trabalhista e incluiu disposições específicas sobre segurança e medicina do trabalho. Nas décadas seguintes, diversas normativas foram implementadas, culminando, em 1978, na criação das Normas Regulamentadoras (NRs), que detalham procedimentos obrigatórios para garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores.

Estrutura e Funções do SESMT dentro das Empresas

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) foi regulamentado pela Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4), com o objetivo de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores. Sua composição depende do grau de risco da atividade econômica e do número de empregados da empresa, podendo incluir:

- Médico do Trabalho: realiza exames médicos ocupacionais, acompanha doenças relacionadas ao trabalho e implementa ações preventivas de saúde.
- Engenheiro de Segurança do Trabalho: atua na identificação, avaliação e controle de riscos ambientais.
- Enfermeiro do Trabalho: auxilia o médico do trabalho e atua em programas de prevenção e educação em saúde.
- Técnico de Segurança do Trabalho: realiza inspeções, treinamentos e orientações sobre normas de segurança.
- Auxiliar de Enfermagem do Trabalho: presta suporte nas atividades de enfermagem e atendimentos ambulatoriais.

As principais atribuições do SESMT, conforme a NR-4, incluem:

- Elaborar e implementar o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), identificando e avaliando os riscos presentes no ambiente de trabalho.
- Acompanhar a implementação das medidas de prevenção, garantindo sua eficácia e conformidade com a legislação vigente.
- Promover campanhas e programas de educação e conscientização em segurança e saúde no trabalho.
- Investigar e analisar acidentes e doenças ocupacionais, propondo medidas corretivas e preventivas.
- Manter registros atualizados sobre acidentes, doenças ocupacionais e condições de trabalho, fornecendo dados para estatísticas e análises.

Medicina do Trabalho e sua Relação com a Saúde dos Funcionários

A Medicina do Trabalho desempenha um papel estratégico na promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores. Ao focar na prevenção de doenças ocupacionais e na melhoria das condições laborais, contribui para:

- Redução do absenteísmo: Funcionários saudáveis tendem a faltar menos, aumentando a produtividade da empresa.
- Prevenção de doenças e acidentes: A identificação precoce de riscos e a implementação de medidas preventivas minimizam a ocorrência de problemas de saúde relacionados ao trabalho.
- Melhoria do ambiente de trabalho: A adoção de práticas seguras e saudáveis resulta em um ambiente mais agradável e motivador para os colaboradores.
- Conformidade legal: Garantir que a empresa esteja em conformidade com as legislações trabalhistas evita sanções e reforça a responsabilidade social corporativa.

Limitações do Modelo Atual no Brasil e sua Atuação Restrita à Legislação

Apesar dos avanços legais e da obrigatoriedade do SESMT em empresas de determinados portes e riscos, o modelo atual enfrenta limitações importantes:

- Ênfase excessiva na conformidade legal: muitas empresas mantêm os serviços ocupacionais apenas para atender às exigências normativas, sem foco real na promoção de saúde.
- Atuação predominantemente reativa: as ações são frequentemente centradas em exames e laudos, sem estratégias consistentes de prevenção ou promoção de saúde.
- Isolamento da área de saúde ocupacional: a falta de integração com outras áreas da empresa, como gestão de pessoas e saúde suplementar, dificulta abordagens mais amplas e efetivas.
- Desigualdades regionais e estruturais: há grandes disparidades na implementação dos serviços de saúde ocupacional entre regiões do país, especialmente em pequenas e médias empresas.

Reestruturar esse modelo com base em princípios da APS e da Medicina da Família, especialmente ao integrar os ambulatórios empresariais ao cuidado contínuo e integral, pode representar uma mudança positiva e necessária para o cenário da saúde ocupacional no Brasil, indo além do mero cumprimento das normas e investindo na promoção de um ambiente de trabalho verdadeiramente saudável e seguro.

3.4. Modelo Cubano de Medicina da Família e Comunidade

Cuba é uma ilha localizada no Caribe, com aproximadamente 109.884 km² de território, dividida em 15 províncias e com uma população estimada em 11,3 milhões de habitantes. Apesar de ser um país com recursos econômicos limitados e sujeito a embargos políticos internacionais há décadas, Cuba consolidou um dos sistemas de saúde pública mais reconhecidos do mundo, baseado fortemente na atenção primária e na Medicina da Família.

O sistema cubano de saúde começou a ser reestruturado na década de 1980, quando foi criada, em 1984, a especialidade de Medicina Geral Integral — equivalente à Medicina da Família e Comunidade — como resposta à necessidade de fortalecer a saúde comunitária e garantir cobertura universal e resolutiva. Os primeiros especialistas se formaram em 1987, e desde então o modelo expandiu-se para todo o território nacional.

A organização da atenção primária em Cuba ocorre em três níveis principais:

- Consultórios do Médico e da Enfermeira da Família: núcleo básico do atendimento à saúde, onde cada equipe é responsável por cerca de 600 a 1.200 pessoas da comunidade.
- Policlínicas: unidades de apoio aos consultórios, oferecendo exames complementares, especialidades médicas e suporte técnico.
- Hospitais gerais e especializados: atendimento de média e alta complexidade.

O modelo de APS em Cuba baseia-se nos Consultórios do Médico e da Enfermeira da Família. Após a graduação, os médicos cubanos, seguindo o programa de qualificação médica, são colocados para atuar por um período nesses consultórios, o que garante, ao mesmo tempo, experiência prática e especialização como Médicos Gerais Integrais, com grande vínculo com a comunidade.

A política educacional cubana, estratégica e descentralizada, é o que garante essa estrutura por meio de uma ampla rede de formação.

Segundo o portal Infomed Cuba (www.sld.cu), o país conta com:

- 10 universidades de ciências médicas;
- 7 faculdades de medicina;
- A Escola Nacional de Saúde Pública;
- E a renomada Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM), que já recebeu mais de 19 mil estudantes de mais de 110 países.

Além de sua organização funcional, formada por uma Equipe Básica de Saúde (EBS) composta por um Médico e Enfermeiro da Família, a estrutura física dos Consultórios do Médico e da Enfermeira da Família em Cuba estão localizados dentro da própria comunidade, muitas vezes, situam-se na mesma residência ou anexas ao prédio onde residem o médico e a enfermeira. Essa configuração permite fácil acesso à população atendida e garante a presença constante do profissional no território, promovendo uma relação direta e contínua com os moradores possibilitando atendimentos rápidos, visitas domiciliares programadas ou emergenciais. A unidade geralmente conta com três cômodos: uma sala de consulta, um pequeno espaço para procedimentos básicos e uma área administrativa. Essa convivência cotidiana entre o profissional e os moradores é um dos pilares do modelo cubano e um dos fatores que explicam sua alta eficácia em ações de prevenção e controle epidemiológico.

Esse modelo garante a adscrição da clientela, com responsabilização clara de cada equipe por sua população, e promove a longitudinalidade do cuidado, com acompanhamento contínuo, tanto no consultório quanto em visitas domiciliares regulares. A atuação integrada com a comunidade fortalece o vínculo médico-paciente, melhora os indicadores de saúde e reduz a necessidade de atendimentos de alta complexidade.

Além disso, a alta densidade de médicos no país — uma das maiores do mundo em relação à população — permite a divisão equitativa da responsabilidade sanitária, o que se reflete na eficiência e resolutividade do sistema. O modelo cubano é capaz de alcançar cobertura total da população com custos reduzidos e forte impacto na prevenção e controle epidemiológico.

Esse contexto evidencia como, mesmo com limitações financeiras e políticas, é possível estruturar um sistema de saúde público eficiente, desde que se invista estrategicamente na formação profissional, na atenção primária e na valorização da relação entre o profissional de saúde e a comunidade.

3.5. O Ambulatório do SESMT como Base da Atenção Primária

Os ambulatórios existentes nas empresas, especialmente aquelas de médio e grande porte, tradicionalmente têm suas atividades focadas no atendimento a queixas agudas, realização de exames ocupacionais e registros legais. No entanto, essas estruturas possuem um enorme potencial de expansão e requalificação, podendo assumir um papel central na Atenção Primária à Saúde (APS) do trabalhador, quando reorganizadas com base nos princípios da Medicina da Família e Comunidade (MFC).

A comparação com o modelo cubano é inevitável e pertinente. Assim como os consultórios do médico e da enfermeira da família em Cuba, que atendem populações pequenas e bem definidas, os ambulatórios do SESMT já atuam sobre um grupo delimitado: os trabalhadores da empresa. Essa população adstrita favorece o acompanhamento longitudinal, o conhecimento das condições de vida e de trabalho, e o estabelecimento de um vínculo duradouro entre o médico e os funcionários.

Ao ampliar o escopo de atuação desses ambulatórios — hoje muitas vezes subutilizados — e introduzir práticas da MFC, é possível incorporar funções típicas da APS, como acolhimento, escuta qualificada, continuidade do cuidado e articulação com a rede de saúde pública. Esta atuação integrada dos profissionais permitiria intervenções mais abrangentes e resolutiva, isso representaria uma ruptura com o modelo restrito à burocracia legal e traria um novo significado para a atuação do médico do trabalho e da equipe do SESMT.

Além disso, o trabalho conjunto entre o médico do trabalho e o médico da família viabiliza o desenvolvimento de ações preventivas e educativas em saúde voltadas para os trabalhadores, como campanhas de vacinação, educação sobre ergonomia, prevenção de doenças crônicas, saúde mental e promoção de hábitos saudáveis no ambiente corporativo. Essas atividades ampliam o papel do SESMT para além do cumprimento normativo, transformando-o em um núcleo ativo de cuidado e promoção da saúde.

Outra possibilidade é a utilização desses ambulatórios como espaço de formação e suporte acadêmico para estudantes de medicina, especialmente em programas de estágio supervisionado ou internato. O contato com a prática clínica na empresa, sob supervisão de profissionais das áreas de saúde do trabalhador, representa uma oportunidade de ensino-aprendizagem que integra teoria e prática, além de aproximar os futuros médicos da realidade demandas da saúde ocupacional.

A reconfiguração dos ambulatórios empresariais como unidades de atenção primária também favorece a integração com o Sistema Único de Saúde (SUS). Quando estruturados sob os mesmos princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF) — adscrição, territorialização, continuidade e vínculo. No contexto das empresas, o território é representado pelo ambiente de trabalho; a população adstrita, pelos funcionários; e o vínculo, pela presença contínua da equipe de saúde ocupacional. Esses serviços podem atuar como portas de entrada complementares ao SUS, contribuindo para a ampliação do acesso à saúde com menor complexidade e custos reduzidos.

Assim, o ambulatório do SESMT, ao ser fortalecido com os princípios da MFC, e sendo uma ampliação a cobertura da APS, apresenta-se como uma alternativa viável e estratégica para fortalecer a saúde do trabalhador, se tornar um espaço

privilegiado de cuidado integral, prevenção, educação em saúde e formação profissional, com impactos positivos tanto para a saúde dos trabalhadores quanto para o sistema de saúde aliviando a demanda sobre os serviços saúde como um todo.

4. COMPARAÇÃO ENTRE O MODELO CUBANO E O SESMT E SUA APLICAÇÃO

4.1. Distribuição dos Médicos

A proporção de médicos por habitante é um dos fatores centrais para o sucesso de um modelo de atenção primária de qualidade. Em Cuba, a densidade médica é uma das mais altas do mundo: há aproximadamente 8,4 médicos para cada 1.000 habitantes, o que permite uma divisão equilibrada da população entre as equipes de saúde da família. Cada equipe, formada por um médico e uma enfermeira, é responsável por cerca de 600 a 1.200 pessoas, o que permite cuidado contínuo, visitas regulares, ações educativas e vigilância em saúde detalhada.

No Brasil, embora a quantidade de escolas médicas tenha crescido expressivamente, ainda há desigualdade na distribuição dos profissionais. Estima-se que a proporção nacional esteja em torno de 2,5 médicos por 1.000 habitantes, com forte concentração nas regiões Sul e Sudeste. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), uma única equipe pode atender até 4.000 pessoas, o que compromete a continuidade e a personalização do cuidado, dificultando a aplicação plena dos princípios da APS.

Já no contexto do SESMT, o número de trabalhadores por médico é proporcionalmente menor do que nas UBSs, permitindo uma relação mais próxima entre profissional e paciente. Essa característica aproxima o modelo dos consultórios cubanos, especialmente porque o médico do trabalho conhece em profundidade as funções, os riscos, as rotinas e o contexto psicossocial do trabalhador. A medicina ocupacional, ao considerar a saúde em relação direta com a atividade laboral, tem muito a contribuir com a lógica da APS ao propor intervenções preventivas contextualizadas, precoces e orientadas pelo ambiente de trabalho.

Assim, a organização populacional dos ambulatórios do SESMT se mostra mais adequada ao modelo cubano do que ao modelo tradicional de ESF no Brasil, sobretudo no que diz respeito à proximidade, ao vínculo e à resolutividade das ações de saúde.

4.2. Atividades do Médico da Família x Possibilidades no SESMET

O modelo cubano de atenção primária atribui ao médico da família um papel amplo, que inclui não apenas a assistência clínica, mas também atividades de vigilância em saúde, prevenção de agravos, acompanhamento domiciliar e ações educativas voltadas à promoção da saúde em nível individual, familiar e comunitário. Entre suas principais atividades estão:

- Atenção materno-infantil (pré-natal, puericultura e vacinação);
- Cuidado ao adulto e idoso;
- Controle de doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis;
- Ações de saúde mental e reabilitação;
- Monitoramento epidemiológico da população adscrita;
- Visitas domiciliares programadas e em situações de risco;
- Educação em saúde e mobilização comunitária.

No Brasil, tais atividades também estão previstas para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, muitos desses serviços enfrentam limitações operacionais, como número excessivo de pacientes por equipe, falta de insumos e desorganização da rede.

No contexto das empresas, o médico do trabalho, atuando dentro do SESMT, também desenvolve ações de prevenção e promoção da saúde, com forte base na análise dos riscos ocupacionais. A expertise desse profissional no conhecimento do ambiente laboral, das funções desempenhadas pelos trabalhadores, dos fatores de risco ergonômicos, físicos, químicos e psicossociais, representa um diferencial importante que complementa o olhar clínico da medicina da família.

Ao unir essas duas áreas de atuação, cria-se uma possibilidade rica de integração entre as ações clínicas e preventivas. O médico do trabalho pode, por exemplo:

- Identificar precocemente agravos relacionados ao trabalho e articular intervenções com foco em reabilitação e readaptação funcional;
- Participar de ações educativas em conjunto com o médico da família, abordando temas como ergonomia, alimentação saudável, saúde mental e controle de doenças crônicas;
- Contribuir com o monitoramento de indicadores de saúde e absenteísmo, alimentando sistemas de informação e planejamento de ações preventivas personalizadas;
- Apoiar o planejamento de atividades integradas com a rede pública de saúde, facilitando encaminhamentos e continuidade do cuidado.

Outro aspecto relevante do modelo cubano é a atuação do médico da família como formador de acadêmicos de medicina, o que contribui diretamente para o desenvolvimento profissional dos estudantes e para a consolidação de uma prática médica mais próxima da realidade social. A vivência comunitária, aliada ao acompanhamento prático dos casos, faz parte da rotina educacional em Cuba.

No contexto brasileiro, essa experiência pode ser incorporada ao ambiente do SESMT, com a inclusão de estudantes de medicina nos ambulatórios ocupacionais, atuando sob supervisão conjunta do médico do trabalho e do médico da família. Essa prática não só ampliaria o alcance das ações de saúde na empresa, como também fortaleceria o ensino da saúde ocupacional, tema ainda pouco valorizado na formação médica tradicional.

A presença de um médico da família no SESMT não elimina, mas complementa a atuação do médico do trabalho, ampliando a capacidade resolutiva dos ambulatórios e permitindo que as empresas assumam um papel mais ativo na promoção da saúde de seus trabalhadores. Essa colaboração reforça o princípio da integralidade do cuidado, ao reconhecer que a saúde do indivíduo é influenciada simultaneamente por seu ambiente de trabalho, estilo de vida, condições sociais e familiares.

Assim, a combinação das atividades da medicina do trabalho com os princípios da medicina da família representa uma oportunidade única de construir um modelo mais completo e eficaz de atenção à saúde no ambiente corporativo.

4.3. O Princípio da Regionalização no Brasil

A regionalização é um dos princípios organizativos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Esse princípio estabelece que os serviços de saúde devem ser organizados em regiões, de forma hierarquizada e descentralizada, considerando as características geográficas, populacionais e epidemiológicas de cada território.

O objetivo é garantir acesso equitativo e resolutivo à saúde para todas as pessoas, aproximando os serviços da população e evitando sobrecarga em unidades de maior complexidade. Dentro desse modelo, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do sistema, e as Equipes de Saúde da Família são responsáveis por populações adstritas em territórios definidos.

Assim como ocorre no modelo cubano de APS, onde o território é claramente delimitado e cada médico da família conhece a totalidade da população sob seus cuidados, o ambiente de trabalho nas empresas também pode ser entendido como um território específico, com características próprias e população definida — os trabalhadores.

Nesse contexto, o SESMT, ao assumir funções semelhantes às da APS, pode reforçar o conceito de territorialização interna, organizando ações de saúde voltadas para a realidade daquele grupo populacional restrito, com vínculo direto e acompanhamento longitudinal.

A aplicação desse princípio dentro das empresas permitiria:

- A planejamento de ações de saúde ocupacional baseadas em diagnóstico local (como perfil epidemiológico dos trabalhadores, riscos ambientais e condições psicossociais);
- A organização de fluxos assistenciais internos, garantindo acolhimento, resolutividade e encaminhamento adequado para a rede pública ou privada;
- A responsabilização da equipe de saúde ocupacional pela saúde integral dos trabalhadores, de forma semelhante à atuação das equipes de saúde da família nos territórios do SUS.

Portanto, a regionalização não se limita ao espaço geográfico tradicional, mas pode ser adaptada ao ambiente corporativo, onde o SESMT assume o papel de referência em saúde para aquela população trabalhadora. Essa proposta aproxima o modelo brasileiro das experiências bem-sucedidas como a cubana, e reforça o papel

estratégico da medicina do trabalho na construção de uma atenção primária qualificada, contínua e orientada pelo território institucionalizado da empresa.

4.4. Benefícios da Implementação no SESMT

A adaptação do modelo cubano de Atenção Primária à Saúde (APS) para os ambulatórios do SESMT no Brasil oferece uma oportunidade estratégica para ampliar o cuidado à saúde dos trabalhadores, fortalecer o papel da Medicina do Trabalho e contribuir para a organização do sistema de saúde como um todo.

A presença de uma equipe de Medicina da Família nos SESMT das empresas potencializa a atuação do médico do trabalho, agregando um olhar clínico mais amplo, biopsicossocial e preventivo. Essa colaboração fortalece o princípio da integralidade do cuidado, promovendo a detecção precoce de agravos, a reabilitação funcional e o acompanhamento contínuo do trabalhador, em sua dimensão profissional e pessoal.

Entre os principais benefícios esperados, destacam-se:

- Maior proximidade do médico com os trabalhadores, facilitando o vínculo, a escuta qualificada e o cuidado contínuo;
- Ampliação da capacidade resolutiva dos ambulatórios empresariais, com redução da necessidade de encaminhamentos externos;
- Redução de custos com planos de saúde privados, por meio do atendimento direto no ambiente de trabalho;
- Diminuição do absenteísmo e aumento da produtividade, com acompanhamento de doenças crônicas e prevenção de afastamentos;
- Melhor controle epidemiológico da população trabalhadora, com geração de dados úteis para o planejamento em saúde;
- Alívio da demanda sobre o SUS, ao transformar os ambulatórios em portas de entrada complementares à rede pública.

Potencial de impacto prático

Segundo estimativas baseadas em dados do Ministério da Economia, o Brasil possui cerca de 20 milhões de empresas registradas. Dentre elas, aproximadamente 2 milhões têm 50 ou mais funcionários, o que, conforme a Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4), já exigiria a constituição de um SESMT em caso de grau de risco 3 ou

4. Considerando uma estimativa conservadora de que 70% dessas empresas possuem SESMT estruturado, chega-se a um número de cerca de 1,4 milhão de empresas com estrutura apta à integração de uma equipe de Medicina da Família.

Se cada uma dessas empresas atendesse uma média de 100 trabalhadores por ambulatório, teríamos 140 milhões de atendimentos diretos anuais, considerando a inclusão de uma equipe médica por empresa. Com a capacidade da Medicina da Família de resolver cerca de 80% das demandas de saúde, essa estrutura seria suficiente para atender a maior parte das necessidades básicas de saúde dos trabalhadores.

Essa integração poderia representar uma expansão massiva das portas de entrada para a APS, com potencial de reduzir de 10% a 15% da demanda direta sobre o SUS, especialmente nas unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos. Esses ambulatórios empresariais funcionariam, assim, como postos avançados da atenção primária, com foco na prevenção e promoção da saúde, e sob gestão colaborativa entre setor privado e sistema público.

Além disso, a presença desses serviços nas empresas poderia estimular a formação acadêmica de qualidade, com a inserção de estudantes de medicina sob supervisão do médico do trabalho e da equipe da medicina da família, ampliando a valorização da saúde ocupacional dentro da graduação médica — um aspecto ainda negligenciado nas diretrizes curriculares brasileiras.

Outro benefício importante está na redução da evasão dos trabalhadores nos fluxos de cuidado em saúde. Atualmente, muitos funcionários, ao serem diagnosticados com alguma condição clínica no ambiente de trabalho, são encaminhados ao Sistema Único de Saúde para dar continuidade ao tratamento. No entanto, esse seguimento muitas vezes não ocorre, devido a obstáculos como receio de faltar ao trabalho, deslocamento até a UBS, tempo de espera e ausência de vínculo com a equipe externa. Com a presença da equipe de APS dentro da empresa, esses entraves são superados: o atendimento ocorre no próprio ambiente de trabalho, sem prejuízos à jornada do colaborador, o que favorece a adesão ao cuidado, a continuidade do tratamento e a resolutividade das ações em saúde.

Portanto, os benefícios da implementação do modelo são tanto assistenciais quanto estruturais, com impactos na saúde do trabalhador, na organização do SUS,

na economia dos serviços de saúde e na formação profissional em saúde. É uma proposta viável, replicável e com forte potencial transformador.

5. PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE MÉDICOS RECÉM-FORMADOS NO SESMT

5.1. Modelo Inspirado no Programa Mais Médicos

Tomando como base o sucesso do Programa Mais Médicos, criado pelo governo federal para ampliar o acesso à atenção primária no Brasil levando assistência à população em áreas desassistidas, propõe-se uma nova vertente voltada ao ambiente corporativo. A ideia central é inserir médicos recém-formados nos ambulatórios do SESMT, em empresas públicas ou privadas que aderirem ao projeto. Esses profissionais atuariam com carga horária mista, entre prática e formação teórica, sob supervisão conjunta de um médico do trabalho e um preceptor da Medicina da Família, integrando o cuidado clínico com a saúde ocupacional.

A estrutura da proposta contempla:

- Atuação prática supervisionada no ambulatório da empresa, em conjunto com o médico do trabalho e com um preceptor da medicina da família;
- Formação teórica continuada, com ênfase em Medicina da Família e Comunidade e em Saúde do Trabalhador, viabilizada por instituições de ensino ou programas públicos.

A jornada desses médicos poderia ser dividida da seguinte forma:

- 80% da carga horária dedicada ao atendimento dos trabalhadores no ambulatório da empresa;
- 20% da carga horária dedicada à formação teórica, com foco em Medicina do Trabalho e Medicina da Família e Comunidade.

Esse modelo ofereceria três grandes benefícios diretos:

1. Empregabilidade e formação: os recém-formados ingressariam no mercado de trabalho com segurança e acompanhamento, ao mesmo tempo em que construiriam sua especialização.

2. Valorização da saúde do trabalhador: os profissionais teriam formação prática sobre os impactos do trabalho na saúde, promovendo cuidado integral e contextualizado.

3. Expansão da atenção primária no setor privado: as empresas contribuiriam diretamente com a ampliação da APS nacional e com o alívio do SUS, ao assumir parte do cuidado de seus funcionários.

Para o sistema de saúde como um todo, esse modelo contribui para aumentar a capilaridade da atenção primária, ampliar o cuidado no ambiente de trabalho e estimular o interesse dos futuros médicos pelas especialidades de Medicina do Trabalho e em Medicina da Família, especialidade ainda pouco procuradas nas residências médicas, mas com papel estratégico para a saúde pública e privada. Além de um ensino acadêmico de excelência, com vivência integrada desde o início da prática médica.

5.2. Aproveitamento da Infraestrutura Empresarial

Embora o ambulatório do SESMT e o consultório do Médico da Família e Comunidade tenham focos diferentes, com um voltado para a saúde ocupacional e o outro para a saúde integral da comunidade, eles compartilham semelhanças significativas em sua estrutura física e função.

A seguir, enumeramos as principais semelhanças entre as duas:

1. Objetivo de Atendimento Integral e Preventivo: Ambos têm um foco preventivo e integral, buscando atender as necessidades de saúde das pessoas, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, seja no ambiente de trabalho ou na comunidade.

2. Estrutura Básica de Consultório Médico: Ambos os locais têm um consultório médico bem estruturado para a realização de exames físicos básicos e

consultas individuais, com equipamentos médicos essenciais para a avaliação da saúde.

3. Sala de Enfermagem para Cuidados Imediatos: Ambos os ambientes precisam de espaços de armazenamento adequados para organizar medicamentos, materiais médicos e prontuários, permitindo que os profissionais de saúde tenham fácil acesso aos recursos necessários para o atendimento.

4. Sala de Espera e Aconchego: Ambos os locais têm uma sala de espera onde os pacientes aguardam atendimento, com materiais educativos e informativos relacionados à saúde, criando um ambiente acolhedor e informativo.

5. Atendimento Médico Regular e Exames Periódicos: Ambos os ambientes oferecem exames periódicos para monitorar a saúde dos pacientes, com a diferença de que no SESMT os exames têm um foco mais voltado à saúde ocupacional, enquanto na Medicina da Família, os exames cobrem uma gama mais ampla de condições de saúde.

6. Atenção à Saúde e Prevenção: Ambos os serviços têm uma forte ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde, com o SESMT focando mais nas condições de saúde relacionadas ao trabalho e o Médico da Família em uma abordagem mais holística e comunitária.

A proposta de inserção de equipes de Medicina da Família nos ambulatórios do SESMT se apoia também em uma vantagem estrutural significativa: as empresas já dispõem de uma rede instalada de espaços físicos, equipamentos e recursos humanos voltados à saúde ocupacional, especialmente em setores industriais, de logística, energia, construção e grandes redes de serviço.

Muitos desses ambulatórios funcionam de forma intermitente, com períodos de ociosidade ao longo da jornada de trabalho, o que representa uma oportunidade para otimizar o uso desses espaços com atividades assistenciais de atenção primária, sem impacto negativo nas rotinas legais do SESMT.

A utilização da infraestrutura já existente traz diversos benefícios:

- Redução de custos ao Sistema Único de Saúde (SUS): parte da demanda espontânea por cuidados clínicos básicos, hoje absorvida pelas Unidades

Básicas de Saúde (UBS), passaria a ser resolvida diretamente dentro da empresa, promovendo desafogamento da rede pública;

- Geração de dados epidemiológicos mais precisos e segmentados: o acompanhamento clínico contínuo dos trabalhadores permitiria o mapeamento de doenças crônicas, agravos ocupacionais e riscos prevalentes por setor econômico, contribuindo com o planejamento em saúde pública e privada;

- Possibilidade de incentivos fiscais ou regulamentação por políticas públicas: a adesão das empresas ao modelo pode ser estimulada por políticas governamentais que reconheçam a relevância social da iniciativa. A criação de incentivos fiscais, certificações de empresa cidadã ou benefícios em contratos públicos são estratégias possíveis.

- Integração com os sistemas de vigilância e atenção do SUS: por meio de convênios ou canais institucionais, os ambulatórios empresariais podem se articular com as redes municipais de saúde, garantindo encaminhamentos, continuidade do cuidado e notificação de doenças de interesse coletivo.

Portanto, o aproveitamento da infraestrutura empresarial representa um fator-chave de viabilidade do projeto. Ele reduz custos operacionais, evita a necessidade de construção de novos serviços e reforça o compromisso social das empresas com a saúde de seus colaboradores — transformando o ambiente de trabalho em mais um ponto estratégico de atenção primária no território.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. Conclusão

Este trabalho teve como objetivo explorar a integração da Medicina da Família nos ambulatórios do SESMT e analisar o impacto dessa mudança na atenção à saúde dos trabalhadores, em especial no Brasil, à luz dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Declaração de Alma-Ata. A proposta de integrar a Medicina da Família e Comunidade aos SESMTs representa uma estratégia inovadora para aprimorar a saúde ocupacional, ampliando os cuidados preventivos, integrados e contínuos, e atendendo a um princípio fundamental da APS: a integralidade da saúde.

Minha experiência pessoal em Cuba, como acadêmica de medicina por 6 anos, vivenciando intensamente o modelo de saúde cubano, foi fundamental para a formulação deste trabalho. Durante minha formação, a maior carga horária das aulas foi voltada para saúde pública e medicina da família e comunidade. Tive o privilégio de atuar diretamente na atenção primária à saúde, fazendo parte da equipe de Medicina da Família em Cuba, o que me proporcionou uma visão única e profunda sobre como o sistema de saúde cubano, com seus limites de recursos, consegue proporcionar cuidados integrais e contínuos à população.

Cuba, embora enfrente uma escassez extrema de recursos, desde materiais básicos como papel para prontuários até equipamentos ultrapassados, como seringas de vidro, demonstra uma capacidade impressionante de superação. O sistema cubano coloca a medicina da família como o eixo central da atenção primária, com a equipe básica de saúde, composta pelo médico e enfermeiro da família, sendo os principais agentes na prestação de cuidados. A presença constante do médico da família e o vínculo íntimo e contínuo com a população são os maiores fatores de sucesso nesse modelo. O médico não apenas cuida da saúde do paciente, mas também conhece suas condições sociais, familiares e comunitárias, o que é essencial para o sucesso do cuidado preventivo.

Em Cuba, os postos de saúde enfrentam dificuldades enormes devido à falta de recursos, mas o que realmente faz a diferença é a presença constante do

médico. Ao contrário de muitos lugares, como ocorre em algumas regiões do Brasil, onde postos de saúde completos funcionam, mas sem médicos, a falta de presença profissional acaba por comprometer a qualidade do atendimento. O sucesso da saúde, portanto, está diretamente relacionado à presença do médico na comunidade, independentemente das condições materiais.

Essa relação médico-paciente, caracterizada pela confiança e pelo acolhimento contínuo, proporciona aos pacientes um sentimento de segurança, fazendo com que se sintam mais participativos no autocuidado e, conseqüentemente, mais engajados nas ações de prevenção à saúde. Em Cuba, essa relação é consolidada pela presença constante do médico na comunidade, que o torna um membro ativo do cotidiano dos moradores, conhecendo e compreendendo as dificuldades sociais e adversidades enfrentadas pela população. A visão real e vivenciada do médico da família sobre a realidade local permite a ele agir de maneira mais eficaz na prevenção de doenças.

Na experiência vivenciada em Cuba, evidenciou-se que uma relação próxima, humanizada e de confiança entre médico e paciente tem efeitos profundamente positivos na adesão terapêutica. O médico de família, inserido na comunidade, atua não apenas como provedor de tratamento, mas também como parceiro no cuidado integral, conhecendo o contexto de vida de cada pessoa e estabelecendo um vínculo genuíno de empatia e respeito. Essa abordagem humanizada reflete-se em pacientes mais engajados e aderentes aos tratamentos propostos, pois se sentem acolhidos, compreendidos e seguros para compartilhar suas preocupações e seguir as recomendações médicas de forma consistente. Essa percepção encontra respaldo em evidências científicas internacionais. Por exemplo, um estudo observacional realizado no México com 289 pacientes hipertensos constatou adesão terapêutica em apenas 57% dos casos; entretanto, entre os pacientes que mantinham uma boa relação com seu médico (cerca de 64% dos participantes), a probabilidade de aderir ao tratamento anti-hipertensivo foi aproximadamente duas vezes maior. De forma semelhante, uma pesquisa transversal na China com 3.289 pacientes em 103 hospitais revelou que a demonstração de empatia e compreensão por parte do médico — ao abordar os medos e preocupações do paciente — fortalece significativamente o vínculo de confiança entre eles. Relações pautadas

nessa confiança mostraram-se associadas a maior compartilhamento de informações, melhor adesão e satisfação dos pacientes, além de melhores resultados de saúde e até mesmo redução de processos judiciais contra profissionais de saúde. Esses dados quantitativos corroboram o que a prática em Cuba já indicava: a qualidade da interação médico-paciente pode ser determinante para o sucesso do tratamento, aumentando a adesão e os benefícios terapêuticos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a aderência como "a medida em que os comportamentos de uma pessoa, como tomar um medicamento, seguir uma dieta ou realizar mudanças no estilo de vida, se correspondem com as recomendações acordadas por um fornecedor de atenção médica". Esse conceito de aderência reflete a importância da relação médico-paciente como um facilitador crítico na adesão às intervenções propostas.

O modelo de saúde cubano reforça a ideia de que, mesmo em um contexto de escassez de recursos, é possível expandir o acesso à saúde e melhorar a qualidade de vida da população com a presença constante do médico, que utiliza sua distribuição pelas comunidades. Cada médico é responsável por uma população específica e essa abordagem poderia ser adaptada à realidade brasileira. No Brasil, temos desafios semelhantes, como a escassez de profissionais e a distribuição desigual de médicos entre as regiões, mas já existem ações em andamento, como o Programa Mais Médicos, que busca levar profissionais para áreas distantes.

Uma maneira de ampliar essa rede de cuidados no Brasil seria integrar os ambulatórios das empresas ao sistema de Atenção Primária à Saúde, com incentivos aos empresários que participarem do programa. Essa parceria entre o setor público e privado seria essencial para trazer diversos benefícios para ambos os lados. As empresas, ao assumirem a responsabilidade pela saúde de seus funcionários, teriam ganhos com a redução de absenteísmo e aumento da produtividade, enquanto o sistema público de saúde, o SUS, seria aliviado, principalmente nas unidades de saúde mais demandadas, como as UBSs.

Portanto, a implementação da Medicina da Família nos SESMTs se apresenta como uma estratégia promissora para melhorar o cuidado dos trabalhadores, proporcionando uma atenção contínua e integral à saúde ocupacional. Em sintonia

com essas evidências e com a proposta de humanização, espera-se melhorar a adesão dos trabalhadores às medidas terapêuticas e preventivas recomendadas, otimizando sua saúde e bem-estar. Em última instância, cultivar um relacionamento de confiança e empatia entre o profissional de saúde e o trabalhador não apenas aumenta a eficácia dos tratamentos, mas também promove um ambiente de cuidado mais acolhedor e eficiente, beneficiando a saúde do paciente-trabalhador e a eficácia dos sistemas de saúde como um todo.

6.2. Sugestões para Pesquisas Futuras

Este trabalho possui caráter teórico e exploratório, e por isso recomenda-se a realização de estudos complementares e mais aprofundados que possam mensurar os impactos práticos da proposta. Entre as sugestões de pesquisa, destacam-se:

- I. Estudos quantitativos e econômicos que avaliem:
 - A. A redução do absenteísmo e do presenteísmo com a presença da equipe de APS no SESMT;
 - B. A diminuição dos custos com planos de saúde empresariais e reembolsos médicos;
 - C. O impacto da detecção precoce de doenças crônicas no ambiente de trabalho.
- II. Pesquisas qualitativas que analisem:
 - A. O grau de satisfação dos trabalhadores atendidos nos ambulatórios com atuação integrada;
 - B. A percepção de gestores, médicos do trabalho e médicos da família sobre a implementação da proposta;
 - C. Os desafios e boas práticas na articulação entre empresas, universidades e serviços públicos.
- III. Estudos de caso em empresas que já adotem modelos integrados ou que estejam dispostas a implementar pilotos com médicos recém-formados, permitindo a avaliação dos resultados em contexto real.

O fortalecimento da saúde do trabalhador é uma missão compartilhada entre o setor produtivo e o sistema de saúde. Investir nessa proposta é promover não apenas qualidade de vida, mas também inovação, responsabilidade social e desenvolvimento sustentável.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, Daisy Maria Xavier de; PINHEIRO, Pedro Cisalpino; QUEIROZ, Bernardo Lanza; LOPES, Érica Araújo Silva; MACHADO, Antônio Thomaz Gonzaga Matta; LIMA, Ângela Maria de Lourdes Dayrell de; SANTOS, Alaneir de Fátima dos; ROCHA, Hugo André da. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp.1, p. 67-80, 2018.
2. AZEVEDO, Cássia Virgínia dos Santos. *Experiências da saúde em Cuba*. Instituto de Estudos Latino-Americanos – IELA/UFSC, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://iela.ufsc.br/experiencias-da-saude-em-cuba/>
3. BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília: Diário Oficial da União.
4. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora Nº 4 – SESMT. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/entenda-o-que-e-o-sesmt>.
5. CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. E. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15, jul-set 1999. 647-654.
6. CUBA. Infomed – Red de Salud de Cuba. Sistema Nacional de Salud Cubano. Disponível em: <http://www.sld.cu>.
7. CUBA. Ministerio de Salud Pública – MINSAP. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Havana, 2017.
8. CUBA. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana: MINSAP, 2011. Disponível em: https://instituciones.sld.cu/pdvedado/files/2019/11/programa_med_enf_completo.pdf.
9. EPSJV. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários aspectos para a saúde mundial. Entrevista. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>
10. FERNÁNDEZ SACASAS, José Ángel. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 24, n. 3, p. 197-203, 2008.

11. GONZÁLEZ, Orestes; DÍAZ, Ana M. O médico da família: suas funções e projeções futuras. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, v. 12, n. 2, 1996. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000200003.
12. GOMES, M. A. L.; BARBOSA, R. A.; SANTOS, S. L. B. dos. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 109-122, 2016. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1602>.
13. LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. D. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Itajaí, 8, 2003. 775-782.
14. MACHADO, Maíra. Por dentro da saúde cubana – muito além das vacinas. *Outras Palavras*, São Paulo, 29 set. 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/por-dentro-da-saude-cubana-muito-alem-das-vacinas/>.
15. MACINKO, James ; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, 2018.
16. OSA, J. A. DE . LA .. Um olhar para a saúde pública cubana. *Estudos Avançados*, v. 25, n. 72, p. 89–96, maio 2011.
17. PEÑA-VALENZUELA, A. N. et al. Doctor-patient relationship and therapeutic adherence in patients with arterial hypertension. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2 Janeiro 2023. 55–60.
18. REV CUBANA SAÚDE PÚBLICA. La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. *Rev Cubana Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 22, n. 2, p. 4-5, dez. 1996. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000200003&lng=es&nrm=iso.
19. TEIXEIRA, Soraya Smalli; MORAES, João Henrique Salles da Cunha; MAZZA, Vanessa Cristina Assis. Formação médica no Brasil: desafios para um sistema de saúde universal. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 43,

e022003, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ea/a/dwtTTnmDSPWtQQthGXgcG8c/?lang=pt>

20. TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 361-378, 2018.
21. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). Municípios em escassez de médicos na Atenção Básica caiu de 1.200 para 557 após implementação do programa. Brasília: UNA-SUS, 10 nov. 2021. Disponível em:
<https://www.unasus.gov.br/noticia/municipios-em-escassez-de-medicos-na-atencao-basica-caiu-de-1200-para-557-apos-implementacao>.