



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

ISSN: 2317-6369

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e
Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO

Rego, Rita Franco; Machado, Louise Oliveira Ramos; Silva, Gerluce Alves; Falcão, Ila Rocha
Implantação de protocolo de vigilância e atenção à saúde de ex-trabalhadores
e população exposta a chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro, Bahia

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 44, e28, 2019
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO

DOI: 10.1590/2317-6369000010018

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100559392021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



Rita Franco Rego^a
 <https://orcid.org/0000-0002-0632-4546>

Louise Oliveira Ramos Machado^a
 <https://orcid.org/0000-0002-3364-7930>

Gerluce Alves Silva^b
 <https://orcid.org/0000-0002-0978-3393>

Illa Rocha Falcão^a
 <https://orcid.org/0000-0001-6961-3858>

^a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Faculdade de Medicina da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Salvador, Bahia, Brasil.

^b Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Contato:
Rita Rego
E-mail:
ritarego@ufba.br

Artigo baseado em dissertação de mestrado de Louise Oliveira Ramos Machado, intitulada *Avaliação da implantação do protocolo de vigilância e atenção à saúde da população exposta ao chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro, Bahia*, defendida em 2017 na Universidade Federal da Bahia.

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Este estudo compõe projeto de pesquisa que obteve financiamento, por edital, do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (MS), realizado mediante um termo de cooperação entre MS e UFBA, nº 291/2013. Contou também com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Amaro, da Diretoria de Vigilância à Saúde do Trabalhador e da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia.

Os autores informam que o trabalho não foi apresentado em eventos científicos.

Recebido: 01/03/2018

Revisado: 11/09/2018

Aprovado: 17/09/2018

Implantação de protocolo de vigilância e atenção à saúde de ex-trabalhadores e população exposta a chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro, Bahia

Implementation of a guideline for surveillance and health care of ex-workers and the population exposed to lead, cadmium, copper and zinc in Santo Amaro, Bahia, Brazil

Resumo

Introdução: ao longo de 40 anos, estudos evidenciam a contaminação da cidade de Santo Amaro por elevados níveis de chumbo e outros metais. Estudos epidemiológicos revelaram altas concentrações de chumbo e cádmio em amostras de sangue de pescadores, trabalhadores e em compartimentos ambientais. Em 2010, foi instituído um protocolo para orientar o desenvolvimento de ações de assistência, acompanhamento e vigilância da saúde da população exposta. **Objetivo:** identificar as dificuldades e avanços na implantação das estratégias preconizadas pelo protocolo sob a perspectiva dos gestores e profissionais da Saúde. **Métodos:** estudo qualitativo, utilizando pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** a falta de compromisso e as mudanças de gestores na saúde, a carência de infraestrutura, a rotatividade de pessoal e o não cumprimento de acordos entre Município e Estado contribuíram para que as ações de assistência e vigilância à saúde da população exposta não fossem cumpridas. **Conclusão:** a implantação efetiva das ações propostas requer unidade na concepção do que seria a melhor estratégia para atenção à saúde, um maior compromisso das instâncias envolvidas e o engajamento dos usuários do SUS a fim de que reconheçam a relevância do protocolo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: avaliação de impacto em saúde; atenção primária à saúde; vigilância ambiental em saúde; chumbo; poluentes ambientais.

Abstract

Introduction: throughout 40 years studies have emphasized the contamination of the city of Santo Amaro by high levels of lead and other metals. Epidemiological studies have revealed high concentrations of lead and cadmium in blood samples of fishermen, workers and in environmental compartments. In 2010, a guideline was established to rule the development of assistance actions, monitoring and health surveillance of the exposed population. **Objective:** to identify the difficulties and progress in the implementation of the strategies proposed by the guideline under the perspective of the managers and healthcare professionals. **Methods:** qualitative study, using documentary research and semi-structured interviews. **Results:** the lack of commitment and the change of healthcare managers, the lack of infrastructure, the staff turnover and the non-compliance of agreements between the local and state administration have contributed to the non-execution of assistance actions and health surveillance of the exposed population. **Conclusion:** the effective implementation of the proposed actions requires unit in the conception of what would be the best strategy for the healthcare, a bigger commitment of the instances concerned with it, and the involvement of the national health service users in order to recognize the relevance of the guideline for the improvement of the population quality of life.

Keywords: health impact assessment; primary healthcare; environmental health surveillance; lead; environmental pollutants.

Introdução

O município de Santo Amaro, no estado da Bahia, é tido como um dos mais contaminados por chumbo no mundo¹. Nos últimos 40 anos, Santo Amaro foi foco de muitas investigações científicas que mostram evidências da contaminação da cidade por elevados níveis de chumbo e outros metais, durante o funcionamento e após a desativação de uma metalúrgica instalada no município^{2,3}.

A contaminação afetou os industriários da mineradora Plumbum, moradores do seu entorno, parte da população da cidade que teve as ruas pavimentadas pela escória da produção da indústria, além do Rio Subaé, que foi contaminado e afetou a população ribeirinha que sobrevivia da pesca e agricultura³.

Baseado nas Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Vigilância e Atenção à Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado⁴, o governo do estado da Bahia instituiu, no ano de 2010, o protocolo de vigilância e atenção à saúde das populações expostas a chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro, Bahia⁵, doravante denominado Protocolo, em razão da magnitude do problema da contaminação ambiental que vem causando danos à saúde da população e dos trabalhadores e ex-trabalhadores até os dias atuais.

De acordo com o Protocolo⁵, estão expostas em torno de 2.570 famílias, que representavam, em 2010, 8.661 pessoas (15% da população, em 2010), incluindo moradores do entorno da Plumbum (consumidores de moluscos, em especial as famílias de pescadores da colônia de Caieiras), ex-funcionários e trabalhadores em atividades de risco e suas famílias, expostos a metais pesados na atualidade e no passado^{5,6}.

O Protocolo⁵ orienta que os profissionais sigam fluxogramas de rotinas e condutas distintos para crianças e adolescentes, adultos, ex-funcionários da Plumbum e outros trabalhadores de Santo Amaro. Levantar questões e identificar problemas vivenciados pelos profissionais e gestores no âmbito dos serviços de saúde requer o conhecimento do cotidiano enquanto locus onde se tornam evidentes tanto as experiências de vida (esfera individual), quanto as relações distintas que envolvem pessoas, grupos e instituições em determinado tempo e espaço⁷.

Poucas experiências no Brasil retratam a avaliação de protocolos de vigilância ambiental e em saúde do trabalhador implantados pelo SUS em áreas afeitas por contaminantes ambientais⁵. Reconhecendo que as percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são estabelecidas por suas vivências junto aos programas⁸, este estudo busca analisar

as concepções e experiências vivenciadas por gestores e profissionais de Saúde no processo de implantação do protocolo de vigilância e atenção à saúde das populações expostas a chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro.

Métodos

Área de estudo

Santo Amaro é um município localizado a 73 km de Salvador, no estado da Bahia, com área aproximada de 492.916 km² e população de 57.811 habitantes⁹.

Desenho e condução do estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizou análise documental e técnica de entrevista semiestruturada com profissionais da gestão municipal e estadual de Saúde. Foram analisados documentos como atas de reuniões do Grupo de Trabalho Setorial de Saúde, relatórios, regulamentos, projetos e avaliações desenvolvidos pelo Centro de Tecnologia Mineral (Cetem) e Ministério da Saúde, leis e fontes estatísticas.

O trabalho de campo foi realizado de janeiro a março de 2015. O município possuía 13 Unidades de Saúde da Família (USF) no período pesquisado; duas unidades estavam desativadas, quatro não aplicavam o Protocolo⁵ e duas haviam trocado recentemente de coordenador, sendo que os novos profissionais não receberam treinamento nem souberam informar acerca das estratégias do Protocolo⁵, restando cinco unidades para o desenvolvimento da pesquisa.

O roteiro de entrevista semiestruturado utilizado continha três vertentes: a primeira abordou a organização dos serviços, o conhecimento e envolvimento do profissional sobre o Protocolo⁵, a execução das atividades previstas, e os recursos materiais e de pessoas; na segunda, questionou-se o conhecimento do profissional a respeito da temática da contaminação, seu envolvimento na construção e implantação do protocolo e como, no âmbito de sua atuação, vinha conduzindo as ações indicadas pelo protocolo; na terceira vertente, buscou-se saber como o profissional avaliava a implantação do Protocolo⁵, os principais êxitos e entraves identificados e quais medidas poderiam ser adotadas para a melhoria e adequação do que havia sido preconizado.

O critério de seleção dos entrevistados incluiu profissionais de saúde que tiveram contato com a elaboração do Protocolo⁵ ou assumiam serviços estratégicos na condução do fluxograma deste,

perfazendo um total de 13 informantes-chave: cinco coordenadores de USF que conheciam os instrumentos e fluxogramas do Protocolo, o coordenador da regulação, o da vigilância em saúde, o do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o secretário de saúde à época e quatro integrantes do Grupo de Trabalho de Santo Amaro (GTS) a nível estadual. Para preservar a identidade dos sujeitos, optou-se por diferenciá-los conforme a esfera de trabalho: profissional do município, participante do Grupo de Trabalho Setorial de Saúde (GTSS) a nível estadual e participante do GTSS a nível municipal. Foram criados roteiros diferentes para cada serviço pesquisado considerando a sua natureza e funções atribuídas a esses pelo Protocolo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, categorizadas e analisadas. Para a análise e interpretação dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo¹⁰.

A análise sistemática e objetiva das informações obtidas, com base nas categorias determinadas no estudo descritas quando da apresentação dos resultados a seguir, possibilitou identificar elementos para discutir as concepções dos profissionais e gestores a respeito do Protocolo e os fatores que influenciam na implantação de ações propostas.

Aspectos éticos

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), parecer nº 934.168, CAAE 39570114.8.8.0000.5577.

Resultados e discussão

A análise de conteúdo das entrevistas revelou as seguintes categorias: a entidade hospitalar e o retorno financeiro; o vínculo, as pesquisas e as falhas de acompanhamento; descentralização/organização do município; frustração, persistência e descontinuidade: “o último dos moicanos” e o “karma santamarense”.

A entidade hospitalar e o retorno financeiro

Após ação civil pública movida em 2003 pela Associação das vítimas da contaminação por chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro (Avicca), a justiça federal determinou que a União e a Fundação Nacional da Saúde (Funasa) adotassem as providências necessárias para a implantação de um Centro de Referência no município de Santo Amaro para tratamento de pacientes vítimas da contaminação por metais pesados¹¹. Até o ano de 2015, o Centro não havia sido implantado. Existia a crença, difundida

por ex-trabalhadores e profissionais da rede, de que a atenção à saúde da população de Santo Amaro deveria ocorrer por meio de um “hospital do chumbo”, que seria esse Centro de Referência.

Foi criada [...] a cultura da questão do Centro de Referência como solução para todos os problemas! Eu perguntava aos ex-trabalhadores, eu tive muito contato com eles na construção do Protocolo, e perguntava o que você entende? Como é que você vê? Visualiza esse Centro de Referência? Eles diziam assim: - Ah, doutora, hospital do chumbo, entendeu? Então foi criada muito essa questão, essa cultura de um hospital, de uma entidade hospitalar na cabeça do trabalhador, do ex-trabalhador e da população em geral de uma entidade hospitalar. Até a mim surpreendeu há poucos dias, eu conversando com alguém que faz parte da coordenação: - Ah, não, mas esse problema não entra para PSF, esse problema é para, não sei, é para um hospital, um Centro. [...] (Profissional 1 do município)

Este tipo de entendimento marcava a contradição da percepção dos profissionais quanto ao modelo de vigilância à saúde¹² proposto no Protocolo⁵, baseado no funcionamento de uma rede de serviços na qual tal protocolo era uma de suas etapas e no modelo hospitalocêntrico. A saúde, segundo o entrevistado, estaria vinculada à possibilidade do atendimento médico num momento de ameaça devido a alguma doença instalada. Tais concepções merecem, portanto, maior reflexão das equipes de saúde sobre o objeto da prática em saúde coletiva, o que requer a reconceitualização deste e a reflexão epistemológica do conceito de saúde, o que implica na redefinição dos meios de trabalho e das atividades e uma nova configuração do agente-sujeito¹³.

Existia a preocupação, por parte de alguns profissionais, de que o Protocolo⁵ não fosse associado apenas ao preenchimento de um instrumento e sim ao cumprimento de fluxogramas de condutas que envolvessem uma série de serviços e atividades, atendimento integral desde a prevenção, proteção e promoção da saúde. O “coração do Protocolo” seria a efetividade dessa rede de cuidados.

[...] as pessoas olham muito o Protocolo como uma ficha, como um questionário e não é um questionário [...] o coração disso aí, desse trabalho está naqueles fluxogramas [...] se você não tem como dar um seguimento naquelas ações que estão propostas naqueles fluxogramas, você não está fazendo nada. Preencher um questionário tudo bem, você vai ter dados, você vai ter um banco de dados, mas você vai estar trazendo algo de positivo para a questão ou para a saúde dessas pessoas? (Profissional 1 do município).

Ao concentrar a implantação do Protocolo⁵ a partir da ESF, considera-se que é atribuída a esta a responsabilidade de conhecer e intervir na realidade dos trabalhadores e das famílias que estavam

inseridas na área de abrangência, possibilitando maior ênfase em ações de proteção e promoção da saúde. Fazia-se necessária não só a presença de “técnicos com conhecimento em necessidades sociais de saúde”, mas também de “gerentes de processos coletivos de trabalho em saúde” para realizar ações de vigilância, planificação, gestão, controle, avaliação, além de intervenções sociais organizadas dirigidas à promoção, proteção, comunicação e educação em saúde, portanto, mais comprometidos com a saúde coletiva¹³.

A vinculação do Protocolo⁵ com questões jurídicas de ex-trabalhadores da fábrica trazia, para alguns profissionais, o entendimento de que os usuários não se interessavam por suas condições de saúde e sim pelo retorno financeiro que os resultados do Protocolo poderiam gerar.

Porque o paciente em si não está nem preocupado com a saúde, ele está preocupado [...] com a indenização. Eles pensam muito nessa parte financeira, espécie, eles querem dinheiro. [...] Eles têm a sua razão, lá deles, basicamente os ex-trabalhadores. (Profissional 2 do município).

Os profissionais de saúde pareciam compreender que a maior motivação dos ex-trabalhadores era a indenização, o que poderia perfeitamente se refletir na baixa adesão desses e de suas famílias ao Protocolo⁵. Vale ressaltar que a maioria da população de risco não era de ex-trabalhadores. Se a motivação por saúde não superasse a busca pela indenização, dificilmente a adesão ao Protocolo⁵ teria sucesso. Portanto, para uma maior adesão⁵, era necessário trabalho de comunicação de risco, conforme apontado por outros autores³.

O vínculo, as pesquisas e as falhas de acompanhamento

Os profissionais demonstravam preocupação e vínculo com as famílias atingidas, conforme pode ser observado abaixo:

Eu gostaria até de apresentar para você, um paciente [...] que fez parte da minha vida, [...] desde a infância, que era uma pessoa saudável, e você vê assim, a pessoa hoje em dia, em cima de uma cama com neuropatia deformante, em posição fetal, agora, por último, já apresenta câncer de próstata. A família, a esposa afetada também, cheia de problemas. Os filhos, um tem problema de saúde mental, a todos você vê, quando você vê aquela história toda do Protocolo, e olha assim para essa família, eu vejo classicamente, entendeu, o que pode acontecer. (Profissional 1 do município).

No relato, é percebida a importância da adoção do modelo de Vigilância à Saúde¹² em paralelo com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais pareciam estabelecer vínculos com a história dos usuários e a angústia da incerteza sobre sua

saúde. Além disso, esses trabalhadores reconheciam um déficit na atenção aos outros membros da família (filhos e esposa) indiretamente atingidos pelos contaminantes. Para inserir ações de vigilância nas práticas cotidianas da ESF, especialmente em um território com um grave problema ambiental, os profissionais necessitavam desenvolver habilidades e utilizar instrumentos específicos, visando contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas do território onde atuavam¹⁴. De fato, era importante desenvolver um modelo conceitual de vigilância integrada, metodologicamente bem estruturado, que permitisse executar atividades de biomonitoramento para dar suporte a testes de hipóteses que relacionassem os diferentes perfis de exposição química e os efeitos sobre a saúde, tomando exemplos já propostos em outros países¹⁵.

Os profissionais refletiam sobre as diversas pesquisas realizadas com essa população, a falta de acompanhamento dos casos, a desvinculação dessas com a assistência e a falta de resolutividade.

Essas pessoas, essas crianças que participaram de tantas pesquisas e hoje já estão adultos, adolescentes, como é que está a saúde delas? Os trabalhadores, eles ainda têm um pouco mais de acesso à saúde, porque tem a Saúde do Trabalhador também, fazendo alguma coisa, mas e as famílias deles foram afetadas de alguma maneira? Como é que está essa família? Qualidade de vida? Saúde delas? Então, são perguntas assim que todo mundo se faz [...] não só eu, e todos se angustiam e que não tem resposta! Cadê as ações? O que é que se faz? Como é que está a saúde dessas pessoas? (Profissional 3 do município)

O Protocolo recomenda o acompanhamento da saúde das populações expostas por um período de 15 anos, mediante avaliações periódicas, observando-se, na avaliação inicial de cada indivíduo, a intensidade da exposição às doenças, os agravos, síndromes ou sinais e sintomas identificados para definir a periodicidade das avaliações subsequentes⁵. Segundo os profissionais de saúde, se observava a desvinculação das pesquisas realizadas com a adoção de intervenções. Isso refletia, em parte, na falta da implementação de um modelo de vigilância mais integrado, já proposto por outros autores¹⁵.

Conforme estudo realizado em Santo Amaro, não há iniciativas de retorno dos resultados de pesquisas para a população, exceto nos estudos com crianças realizados na década de 80, que mencionavam o encaminhamento dos casos mais graves de intoxicação para tratamento médico, o que questiona o compromisso ético de pesquisas na devolução dos resultados aos sujeitos participantes das pesquisas³. Por outro lado, os estudos desenvolvidos, incluindo os epidemiológicos, que visavam estudar as causas e distribuições de doenças em populações humanas

para que pudessem ser identificadas maneiras de prevenir e controlar a doença, parecem ter falhado no compromisso mais rigoroso, com a intenção de intervir a longo prazo. Esse argumento tem sido largamente utilizado por alguns autores que defendem uma epidemiologia mais consequencialista como forma de elevar a importância dessa disciplina com a saúde global e a equidade¹⁶.

O argumento da importância da epidemiologia foi ressaltado por um entrevistado que sinalizava também a necessidade da continuidade da assistência à saúde da pessoa exposta a metais pesados e o risco para a saúde.

A gente não encontra chumbo no sangue [...], se encontrar, é no caso de situações crônicas que a gente só vai perceber a relevância delas, realmente, com o acompanhamento, onde a epidemiologia é importantíssima [...]. Está dando muito câncer. Tem muita alteração genética. Então, só uma coisa, um acompanhamento a longo prazo é que a gente vai ter isso. [...] Aí é que está o “X” [xis] da questão! Eles tão sendo bem acompanhados? (Profissional 2 do município)

Baseado no conhecimento dos efeitos tóxicos agudos e crônicos desenvolvidos em humanos e animais por exposição aos contaminantes ambientais de interesse e no perfil epidemiológico do município, o Protocolo⁵ prevê o acompanhamento da saúde devidamente registrado em Fichas de Avaliação das Condições de Saúde (Facs), obedecendo a uma sequência que abrange análise de anamnese, exame físico, exames preliminares, exames adicionais e avaliações subsequentes. Assim, a efetividade da atenção à saúde da população no Protocolo vai além da dosagem de chumbo no sangue. A avaliação da completude das Facs e o estabelecimento de parâmetros de avaliação da implantação do Protocolo foram feitos posteriormente por meio de estudo específico, cujos resultados demonstram que sua implantação foi insatisfatória¹⁷.

Descentralização/organização do município

No Protocolo⁵, três instâncias governamentais são correspondentes pela prestação de serviços: o município, o estado e a União. Ao município caberia colocar toda sua rede de serviços à disposição da resolutividade e do acompanhamento dos casos de contaminação, além de participar de todas as reuniões do GTSS. No entanto, os relatos apontavam a omissão de responsabilidade do ente municipal, o que culminou com a suspensão das atividades do GTSS em 2013.

Esse grupo que a gente tem, setorial de saúde, a gente reunia com frequência, a gente monitorava [...] e chegou um ponto em que os outros órgãos, o Estado e o Ministério estavam presentes e o município se fazia praticamente ausente, a gente deslocava pessoas de

Brasília, de Salvador, para Santo Amaro e, quando chegava lá, do município mesmo, nem sequer a equipe que estava atendendo se colocava disponível para conversar com a gente, apenas um representante do planejamento. Em uma última reunião, o grupo decidiu que se o município não assumisse as ações que a gente estava acompanhando e que tinha um planejamento realizado para ser feito, que a gente não voltaaria para Santo Amaro para fazer o acompanhamento. (Participante 2 do GTSS – nível estadual)

Entre as falhas atribuídas ao município, estava a não realização dos exames essenciais.

O município não encaminhava os ex-trabalhadores para fazer os exames. Eles precisavam do transporte [...] os que tinham como vir, vieram por conta própria. O município trouxe uma quantidade, mas várias vezes eles colocavam que “eu não vim porque não teve carro”. (Participante 2 do GT – nível estadual)

O município [...] não definiu uma equipe para ser capacitada. O Lacen comprou os vidros para fazer os exames, esses têm validade e muitos foram jogados fora e os exames não foram realizados. (Participante 1 do GT – nível estadual)

O ano passado a gente fez análise [...], o Estado até se preparou para isso, ou se preparou ou pelo menos se cobriu para dar o mínimo possível e eu não via esse esforço do município. (Participante 1 do GT – nível estadual)

A não realização de exames pactuados com o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), em Salvador, foi atribuída a falhas do município. Documentos demonstram que, no ano de 2005, houve a elaboração do projeto para implantar o Laboratório de Análises de Metais Pesados em Santo Amaro, facilitando o acesso da população a exames. O município não cumpriu o acordado com o Lacen, de disponibilizar um local como posto de coleta e uma equipe para ser capacitada. O perfil socioeconômico também impunha barreiras ao acesso dos pacientes, conforme apontado em estudo de avaliação de protocolos¹⁸.

A mudança da gestão do nível municipal foi sinalizada como um fator que contribuiu para a descontinuidade das ações, assim como os vínculos precários das equipes de saúde, que limitaram a atuação mais efetiva dos profissionais. Também foi relatado que os profissionais contratados pelo município não detinham conhecimento suficiente na problemática vivenciada pela população santamarense.

Profissionais de saúde apontavam a interferência política nas atividades preconizadas pelo Protocolo⁵.

São pessoas pobres, extremamente carentes, que precisam do poder público atuante na defesa, mas na defesa da sociedade e não na defesa partidária. Então eu acho que Santo Amaro precisa desvincular o que

é o Protocolo, a importância do Protocolo, do que esse pode causar para a política. Eu acho que, quando desvincular isso, a gente vai ter um avanço muito grande. (Participante do GT 4 – nível municipal)

A interferência político-partidária que ocorre na administração pública, como é o caso da escolha de secretários de saúde, desconsidera a capacidade técnica, científica e administrativa do gestor. Os interesses “individuais” ou particulares dos prefeitos sobrepõem-se aos interesses da coletividade¹⁹. Essa escolha é contraditória com princípios do SUS, que deveriam aproximar os serviços de saúde das necessidades de saúde das comunidades, e da escolha de gestores a partir de espaços democráticos com participação da sociedade²⁰.

Em Santo Amaro, os gestores locais e profissionais da saúde sinalizavam a falta de apoio das outras instâncias como fator impeditivo para o andamento das ações preconizadas pelo Protocolo.

Isso aqui é muito ruim. A gente até hoje espera a resposta do Ministério para a gente. Os recursos materiais são totalmente insuficientes, não tem recurso nenhum, nenhum! A gente não tem carro para fazer visita, o profissional, o meu material, eu comprei do meu bolso. Acho que essa é a grande angústia do profissional: não ter (Profissional 3 do município)

Uma maior preocupação, uma maior sensibilidade do Ministério da Saúde em estar vindo com seus técnicos para aqui, para o município, e cobrando do município também a implantação do Protocolo, mas ao mesmo tempo em que cobre, que dê um suporte também, que viabilize, que abra também alguns caminhos para a gente estar amplificando, trazendo o melhor. O Ministério da Saúde ajudando a gente, ele ajuda, mas, a questão de colocar uma referência aqui no município de Santo Amaro, hoje, é muito importante. Uma das minhas sugestões é o Ministério da Saúde se aproximar dos municípios pobres e mais contaminados por metais pesados. (Gestor – nível municipal)

Profissionais do município sinalizavam que a implantação do Protocolo foi permeada por dificuldades, tais como a resistência de alguns profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a falta de estrutura do município para dar seguimento ao fluxograma do Protocolo⁵, como acesso a exames e especialidades médicas. Alguns coordenadores das UBS apontavam a demanda excessiva e a falta de recursos humanos, implicando numa maior sobrecarga laboral, tentando justificar a resistência dos profissionais. A extensão das Facs, que possui 131 campos de preenchimento na ficha de criança e adolescente e 174 na de adultos, foi sinalizada como fator limitante do Protocolo⁵.

A precariedade do vínculo empregatício e a alta rotatividade das equipes se constituíram como

obstáculos para a implantação do Protocolo⁵. Isso dificultava a capacitação continuada das equipes. Na época da realização deste estudo, apenas coordenadores e uma pequena parte de agentes de saúde haviam recebido capacitações.

A alta rotatividade das equipes é um problema e torna-se um desafio para o SUS implantar mecanismos de fixação de profissionais na Atenção Básica²¹. Estudo sobre o grau de implantação de uma estratégia voltada à integração dos serviços de assistência, controle de zoonoses e vigilância epidemiológica evidenciou que o déficit quantitativo e qualitativo de profissionais foi uma das principais barreiras e afetou negativamente a implantação da estratégia, nos processos de reorganização da assistência aos casos, formação de profissionais e vigilância da doença, cujos efeitos refletem diretamente na qualidade da atenção à saúde²².

A rotatividade de profissionais é problema central para a construção da estratégia de saúde da família. Para que haja avanços nessa estratégia, é importante a estabilidade dos profissionais no intuito de que eles se aproximem da comunidade que atuarão, conhecendo o contexto histórico, político e econômico. O vínculo empregatício precário pode ser usado como instrumento de controle político sobre a ESF, demonstrando que as causas de rotatividade são múltiplas e implicam na perda de pessoas estratégicas, ocasionando um fator de ruptura e consequentemente dificultando a eficiência organizacional²³.

Frustação, persistência e descontinuidade: “O último dos moicanos” e o “karma santamarense”

Havia sentimento de frustração e desestímulo por parte dos profissionais por não verem a concretização do Protocolo⁵. Aqueles que persistiam acreditando sentiam-se como “o último dos moicanos” (no sentido de representar uma posição de esperança na implantação do Protocolo).

Não ver o Protocolo andar no município foi uma coisa que desestimulou muito as pessoas, não é? Eu fiquei como uma das pessoas que participou desse processo desde o início, e via pessoas que estavam muito estimuladas no início, que queriam que a coisa acontecesse, mas que depois saiam do grupo. Então, eu vi muitas pessoas saindo e eu me sentia assim: o último dos moicanos. Teve um momento que o grupo todo parou de ir para Santo Amaro. (Participante do GT 1 – nível estadual)

A falta de continuidade das estratégias propostas foi interpretada também como “karma santamarense”, no sentido de punição, castigo ou sofrimento.

Às vezes eu me questiono se é um karma santamarense esse Protocolo não ir adiante. Eu sei que quando a gente conseguir aplicar esse protocolo,

que seja 80%, vai mudar a visão das pessoas em relação ao sofrimento dessas pessoas, ao que essa empresa causou a toda a sociedade de Santo Amaro.
(Participante do GT 4 – nível municipal)

Apesar da descrença e dificuldades, alguns profissionais tentavam dar resolutividade aos casos ou, pelo menos, garantir o acesso a determinado serviço na rede de saúde.

Ando cansada, meio descrente, procuro fazer minha parte, na minha clinicinha básica, diária, meu feijão com arroz, [...] quando eu procuro caminhos para encaminhar o paciente, não pense que eu não encontro dificuldades, não. Eu tenho o fluxograma aqui na cabecinha, porque eu ajudei a elaborá-lo. Mas, só que na hora que eu tento dar um passo ali dentro daquele fluxograma, eu tenho dificuldades, entendeu? E aí o que fazer? Então, é um nó! (Profissional do município)

Foram relatados fatores que dificultaram o cumprimento dos fluxos do Protocolo⁵, tais como: a falta de integração entre os serviços que compõem a rede de assistência e vigilância; a indisponibilidade de acesso aos serviços de saúde, agravado pela falta de médicos especialistas; e acesso a exames.

Apesar das dificuldades, um olhar atento sobre o trabalho em saúde “não significa derrotas absolutas” (p. 1739)²⁴, ele aponta para a construção de uma prática que ultrapasse o fatalismo e que vise a um trabalho em equipe, construindo relações horizontais em direção a um projeto interdisciplinar e humano²⁴.

Importa ressaltar que vários profissionais criticaram a realização de um grande número de pesquisas com a população sem que houvesse uma devolutiva em forma de ação ou mesmo divulgação dos resultados. Esse fato levou a algumas resistências na participação desta pesquisa por parte de alguns profissionais do nível municipal, enquanto outros viram esta pesquisa como uma oportunidade para expor suas dificuldades, como meio de denúncia.

Considerações finais

Recomenda-se que profissionais e gestores conheçam e compreendam a demanda da população e suas interpretações acerca das intervenções de saúde

a fim de que haja uma unidade na concepção da melhor estratégia para atenção à saúde. Fatores como a rotatividade de profissionais, mudanças de gestão e falta de participação do município foram identificados como alguns dos entraves para a implantação do protocolo de vigilância e atenção à saúde das populações expostas a chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro⁵.

Nesse contexto, com base nas evidências apresentadas, a implantação do Protocolo⁵ em sua compleição requer:

- ser considerado enquanto uma “política de Estado” e não sujeito às forças políticas e às interferências de processos eleitoreiros;
- o compromisso dos gestores municipais;
- o desenvolvimento de mecanismos de fixação de profissionais na Atenção Básica do município;
- a articulação dos serviços de saúde para efetivar uma rede de referência e contrarreferência;
- a criação de estratégias para a incorporação das ações nas UBS, pensadas de forma horizontalizada, rediscutindo o processo de trabalho e adotando mecanismos de avaliação processual;
- o engajamento do usuário do SUS para que esses reconheçam a importância da prevenção e acompanhamento da saúde;
- a implantação de projeto de comunicação de risco;
- a revisão da extensão das ficha de avaliação das condições de saúde;
- enfatizar o acompanhamento de grupos prioritários incluindo gestantes.

Este estudo buscou contribuir com a compreensão das dificuldades encontradas ao implantar um protocolo de vigilância em áreas contaminadas por metais pesados, visando propiciar elementos para discutir o redirecionamento de estratégias para esse tipo de ação.

Contribuições de autoria

Todas as autoras contribuíram igualmente no desenvolvimento da pesquisa, na elaboração do artigo e na aprovação da versão final publicada, e assumem responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Referências

1. Fernandes FRC, Bertolino LC, Egler SG, editores. Projeto Santo Amaro-Bahia: aglutinando ideias, construindo soluções. Rio de Janeiro: Centro de Tecnologia Mineral; 2012.
2. Magna GAM, Machado SL, Portella RB, Carvalho MF. Chumbo e cádmio detectados em alimentos vegetais e gramíneas no município de Santo Amaro-Bahia. Quim Nova. 2013;36(7):989-97.
3. Andrade MF, Moraes LRS. Contaminação por chumbo em Santo Amaro desafia décadas de pesquisas e a morosidade do poder público. Ambient Soc [Internet]. 2013 [citado em 2018 fev. 1];16(2):63-80.
4. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para elaboração de protocolos de vigilância e atenção à saúde de populações expostas a solo contaminado. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
5. Bahia. Secretaria da Saúde. Protocolo de vigilância e atenção à saúde da população exposta ao chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro, Bahia. Salvador: Centro Estadual em Saúde do Trabalhador; 2010.
6. Ministério da Saúde (BR). Avaliação de risco à saúde humana por metais pesados em Santo Amaro da Purificação, Bahia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
7. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 65-112.
8. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2002 [citado em 2018 fev. 1];18(6):1561-9.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado em 2015 jan. 10]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_bahia.pdf
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Brasil. Justiça Federal. Ação civil Pública nº 2003.33.00.0002384.
12. Machado JMH, Villardi JWR, Franco Netto G, Rolfs DB, Rangel CF, Vaz CA, et al. Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. Cad Saúde Colet. 2011;19(4):399-406.
13. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.
14. Dias EC, Silva TLS, Almeida MHC. Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. Cad Saúde Colet. 2012;20(1):15-24.
15. Thomsen M, Knudsen LE, Vorkamp K, Frederiksen M, Bach H, Bonefeld-Jorgensen EC, et al. Conceptual framework for a Danish human biomonitoring program. Environ Health. 2008;7 (Suppl 1):1-8.
16. Galea S. An argument for a consequentialist epidemiology. Am J Epidemiol. 2013;178(8):1185-91.
17. Machado LOR. Avaliação da implantação do Protocolo de Vigilância e Atenção à Saúde da população exposta ao chumbo, cádmio, cobre e zinco em Santo Amaro, Bahia [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2017.
18. Silingowschi ETM. Implantação dos protocolos de profilaxias e imunotolerância para a hemofilia no Estado do Tocantins [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2015.
19. Cerqueira EM, Assis MMA, Villa TCS, Leite JA. Vigilância epidemiológica no processo de municipalização do sistema de saúde em feira de Santana-BA. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2003 [citado em 2017 jan. 17];12(4):213-23.
20. Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(8):1781-90.
21. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado em 2017 mar. 10];46(1): 43-50.
22. Barbosa MN, Guimarães EAA, Luz ZMP. Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 [citado em 2018 fev. 1];25(3):563-74.
23. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado em 2018 fev. 5];15(Suppl 1):1521-31.
24. Moreira MCN. A construção da clínica ampliada na atenção básica. Cad Saúde Pública. 2007;23(7):1737-9.