



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

de Assis Amorim, Luciana; Lacerda e Silva, Thais; Pereira de Faria, Horácio; Mesquita
Huet Machado, Jorge; Costa Dias, Elizabeth
Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes
de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 10, outubro, 2017, pp. 3403-3413
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053248025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil

Worker's Surveillance in the Primary Care:
learning with Family Health team of João Pessoa, Paraíba, Brazil

Luciana de Assis Amorim¹

Thais Lacerda e Silva²

Horácio Pereira de Faria³

Jorge Mesquita Huet Machado⁴

Elizabeth Costa Dias³

Abstract *This study analyzed the Worker's Surveillance activities of Family Health teams, based on the perceptions of physicians and nurses in the city of João Pessoa. We used a 30-question questionnaire split into four blocks: data on the professional, occupational healthcare practices focusing on the production and epidemiological profile, and matrix and institutional support to the teams. A total of 179 professionals participated, 82% of them were female, and 46% aged 50 or more; 60% had worked in the area for more than 10 years. Results show that Worker's Surveillance activities are not part of team day-to-day activities: 53% mapped productive activities and 30% related them to health hazards. Twenty-four percent mentioned activities to eliminate/mitigate exposure to risk and vulnerabilities. The support of Family Health teams by the Reference Center for Occupational Health was mentioned by 45% of the participants, less than the number reported for Worker's Surveillance. Involvement in occupational health training was mentioned by 24% of the professionals. Results suggest the need to expand and strengthen continued education and team support.*

Key words *Health Surveillance, Worker's Surveillance, Primary care*

Resumo *O estudo analisa ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas por equipes de Saúde da Família, a partir da percepção de médicos e enfermeiros no município de João Pessoa. Utilizou-se questionário com 30 questões organizadas em quatro blocos: identificação do profissional; práticas de atenção à saúde dos trabalhadores com ênfase no perfil produtivo e epidemiológico e apoio matricial e institucional às equipes. Participaram 179 profissionais; 82% mulheres; 46% com 50 anos ou mais e 60% com atuação há mais de 10 anos na atividade. Os resultados evidenciam que ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador não estão incorporadas no cotidiano de trabalho das equipes: 53% realizam mapeamento das atividades produtivas e 30% correlacionam-nas com situações de riscos para a saúde. Referem ações para eliminar/mitigar a exposição a situações de riscos e vulnerabilidade, 24%. O apoio às equipes de Saúde da Família pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador foi referido por 45% dos participantes, menor que pela Vigilância em Saúde do Trabalhador (32%). A participação em processos de qualificação em saúde do trabalhador foi mencionada por 24% dos profissionais. Os resultados sugerem necessidade de ampliar e fortalecer os processos de educação permanente e apoio técnico às equipes.*

Palavras-chave *Vigilância em Saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Atenção Básica*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. cianaassis.amorim@gmail.com

² Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

⁴ Diretoria Regional de Brasília, Fiocruz. Brasília DF Brasil.

Introdução

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é considerada eixo estruturante do cuidado à saúde dos trabalhadores pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)¹. Na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, ela se organiza em dois componentes básicos: a vigilância dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, que tem interfaces com a Vigilância Epidemiológica e a dos ambientes e condições de trabalho, que se articula às práticas da Vigilância Sanitária e da Ambiental, uma vez que na origem de muitos problemas ambientais estão os mesmos processos produtivos responsáveis por doenças ou agravos à saúde dos trabalhadores. Nessa compreensão, a VISAT é uma ação transversal, articulada aos três componentes da Vigilância em Saúde (VS) e à assistência.

O cuidado à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde deve considerar a inserção destes nos processos produtivos, considerando que o trabalho é determinante importante do processo saúde-doença. Assim, é essencial que as equipes de saúde conheçam o trabalho ou a ocupação do usuário-trabalhador e incorporem esse conhecimento às ações de promoção, proteção e vigilância, assistência e reabilitação, na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A prescrição constitucional de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, atribuiu ao SUS a responsabilidade pela atenção integral à saúde dos trabalhadores. Desde então, esta tem sido implementada por meio de diferentes arranjos organizacionais, estratégias e práticas no âmbito da gestão, atenção e controle social. Inicialmente, essas ações foram nucleadas pelos Programas e ou Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), processo que foi ampliado e ganhou visibilidade social a partir da criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (Renast), em 2002, definida enquanto política estratégica pelo Ministério da Saúde².

A PNSTT, publicada em 2012, reforçou a Renast, no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e apontou para a importância do cuidado aos trabalhadores no âmbito da Atenção Básica (AB), considerada coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Nesse sentido, também reforçou a necessidade da integração entre setores e ações de Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, de modo a garantir a integralidade do cuidado, referenciado às necessidades de saúde da população trabalhadora.

Entre as características da Atenção Básica que favorecem a atenção à saúde dos trabalhadores destacam-se: a capilaridade da rede de serviços e a organização das ações, incluindo as de Vigilância em Saúde, a partir do território sob responsabilidade sanitária de uma equipe multiprofissional, que permite levar o cuidado o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham. O planejamento das ações a partir do território e do perfil da população adscrita permite contemplar a situação de saúde e as suas condições de vida e construir vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários e, desse modo, definir práticas de atenção à saúde em sintonia com as reais necessidades do usuário e da coletividade³.

No entanto, embora a integração das ações de Vigilância em Saúde na atenção básica seja reconhecida como condição obrigatória para a construção da integralidade do cuidado, no cotidiano de trabalho das equipes da Saúde da Família (eSF), grande parte das atividades ainda se concentra nas ações assistenciais. Com frequência, as práticas de vigilância, baseadas na análise da situação de saúde da população adscrita ao território, por meio de intervenções articuladas sobre os principais determinantes e controle de situações de risco e danos à saúde, permanecem pontuais e, muitas vezes, atreladas a episódios de emergências sanitárias, como no caso recente da tríplice epidemia (dengue, zika, chikungunya).

Na literatura técnico-científica, é possível identificar experiências e iniciativas de atuação das eSF na perspectiva da Vigilância em Saúde, articulando Vigilância Epidemiológica e Ambiental⁴. As práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no âmbito da Atenção Básica são ainda mais escassas e pontuais⁵. Os registros na literatura técnico-científica sobre o tema mostram aumento da produção a partir de 2009, traduzida em artigos, capítulos de livros, dissertações e teses, assim como relatos de experiências em Anais de mostras nacionais, congressos e reuniões técnicas de Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Intervenções sobre os agravos e seus determinantes relacionados aos processos produtivos e ao modelo de desenvolvimento pressupõem ações articuladas e/ou integradas com outros pontos de atenção do SUS, em especial com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental e necessitam contar com o apoio do Cerest, dos movimentos sociais e representações de trabalhadores, e de instâncias como setores da fiscalização do Ministério do Trabalho e do Ministério Público do Trabalho, entre outros, configurando ações intersetoriais.

Neste sentido, reconhecendo a centralidade da Atenção Básica no cuidado à saúde dos trabalhadores e a necessidade de se definir estratégias de suporte técnico-pedagógico e institucional às eSF para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores, este estudo buscou conhecer as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas equipes no município de João Pessoa-Paraíba, visando identificar dificuldades, oportunidade e apoios. O estudo integra a linha de pesquisa “Organização de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica”, desenvolvida por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração e com apoio financeiro da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS-MS).

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, que tem como principal unidade de análise a atuação de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do trabalhador, no município de João Pessoa. A escolha de João Pessoa atendeu aos critérios: ser município de grande porte, com população acima de 300.000 habitantes; sediar Cerest; apresentar cobertura de estratégia saúde da família maior que 70% e possuir atores-chave e facilitadores para a realização da investigação.

João Pessoa, capital do estado da Paraíba, possui uma população de 723.515 pessoas, sendo 53,31% mulheres e 46,68 homens⁶. A População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) é de 326.765 trabalhadores, 45% da população. A economia do município está baseada em atividades industriais, de comércio, pesca e extração de caju e coco, com destaque para o turismo. O maior número de empregados se encontra na Administração Pública (114.259) e no setor de serviços (95.509)⁷. A cobertura da estratégia de Saúde da Família no município é de 90,14%⁸, com 194 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 126 unidades, em cinco Distritos Sanitários⁹.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa (Cerest-JP) integra a rede de atenção especializada, sendo responsável pelo território da macrorregional I, abrangendo 65 (29,14%) municípios, uma população de 1.906.595 habitantes (48,34%), do Estado da Paraíba¹⁰. São 32 Unidades de Saúde consideradas Sentinela para notificação de acidentes e

agravos relacionados ao trabalho, em 5 municípios, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa¹¹.

A realização do estudo foi pactuada com os gestores de saúde, com apoio do Cerest Regional. Foi aplicado questionário semiestruturado, em amostra constituída por 50% das eSF de cada um dos cinco Distritos Sanitários do município, à época do estudo com 175 equipes em funcionamento. Utilizando-se o programa Microsoft Excel foi realizado um sorteio aleatório das eSF de cada Distrito resultando em 89 eSF participantes do estudo. O questionário, autoaplicável, foi respondido pelos médicos e enfermeiros das eSF que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário, composto por 30 questões, abrange quatro blocos: a) identificação geral do profissional de saúde; b) práticas de atenção à saúde dos trabalhadores; c) características do território (ênfase no perfil produtivo e epidemiológico da população trabalhadora) e d) apoio matricial/institucional para o desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Utilizou-se escala *likert*, com seis opções de respostas para as categorias relacionadas à investigação das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre, não sei) e com quatro opções para a categoria relativa ao apoio de instâncias e dos atores no desenvolvimento das ações (discordo fortemente, discordo, concordo, concordo fortemente).

As informações obtidas a partir dos questionários foram tabuladas no software Microsoft Excel, consolidadas e analisadas a partir de categorias previamente estabelecidas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 179 profissionais integrantes de 89 eSF do município de João Pessoa, sendo 89 médicos e 90 enfermeiros. São do sexo feminino 82%, evidenciando a feminização da força de trabalho na estratégia SF; 45% com 50 anos ou mais e cerca de 60% atuam há mais de 10 anos na atividade. A Tabela 1 apresenta características dos médicos e enfermeiros das equipes. Observa-se que um percentual significativo des-

ses profissionais (59% dos médicos e 80% dos enfermeiros) atuam há mais de quatro anos na estratégia SF.

As ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelas eSF são apresentadas, a seguir, organizadas a partir das seguintes categorias: mapeamento dos processos produtivos desenvolvidos no território; diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores e apoio técnico especializado, pedagógico e institucional para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. Salienta-se que a proposta do estudo foi conhecer as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de SF, a partir da percepção dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros).

Mapeamento dos processos produtivos do território

Entre os profissionais que participaram do estudo, 94 (52,5%) referiram que a equipe realiza quase sempre ou sempre o mapeamento das atividades produtivas no território, 48 (27%) informaram que nunca ou raramente realizaram essa atividade e 19 (11%) profissionais não souberam informar sobre a realização do mapeamento das atividades produtivas, dos quais 16 médicos e três enfermeiros.

Quando perguntados sobre a última vez que participaram da realização do mapeamento das atividades produtivas, 18% informaram que há 6 meses; 20% entre 6 meses e 1 ano e 24% há mais de um ano; 39% não souberam informar.

Chama atenção o número de profissionais que desconhecem ou não participam do pro-

cesso de mapeamento das atividades produtivas no território de atuação da equipe. Além de ser prescrita como atribuição comum a todos os profissionais da eSF, é considerada atividade fundamental para apreender as relações entre o trabalho desenvolvido nos processos produtivos instalados, em especial das atividades desenvolvidas nos espaços domiciliar e peridomiciliar e o processo saúde-doença das pessoas que ali vivem e trabalham e os possíveis impactos sobre o ambiente³.

A identificação de riscos ou situações de vulnerabilidade para a saúde das pessoas provenientes de atividades produtivas foi referida por cerca de 50% das equipes (quase sempre/sempre). No entanto, apenas 32% desenvolvem iniciativas para informar e/ou dialogar com a comunidade sobre esses riscos. Salienta-se que 43% das equipes informaram que nunca ou raramente realizam iniciativas de comunicação dos riscos ou das situações de vulnerabilidade a que estão expostos à população que vive nos territórios em que atuam.

Sobre o desenvolvimento de iniciativas destinadas a eliminar ou mitigar a exposição a fatores de risco e situações de vulnerabilidade decorrentes das atividades produtivas, observou-se baixa atuação das equipes, pois apenas 23% referiram desenvolvê-las (sempre/quase sempre); 21% nunca as realizaram; 22% informaram que o fazem raramente e 24%, às vezes.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das ações desenvolvidas pelas equipes relacionadas à categoria “Mapeamento dos processos produtivos nos territórios de atuação das equipes”.

Tabela 1. Características dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família participantes do estudo.

Variáveis	Enfermeiro %	Médico %	% Total geral*
Sexo			
Homens	3	33	18
Mulheres	97	67	82
Idade (anos)			
Até 29 anos	13	22	17,4
De 30 a 39 anos	24	14	19,1
De 40 a 49 anos	24	13	18,5
De 50 a 59 anos	28	13	20,2
60 anos ou mais	10	40	24,7
Tempo de atuação na ESF			
Até 04 anos	30	42	31
De 05 a 09 anos	10	15	12
10 anos ou mais	70	44	57

*Percentual relativo ao total de participantes no estudo n = 179.

Tabela 2. Distribuição das respostas por itens da categoria “Mapeamento dos processos produtivos”, pelas equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – 2015.

Categoria	Nunca/raramente	Às vezes	Sempre/quase sempre	Não sabe
	Freq. Relat	Freq. Relat	Freq. Relat	Freq. Relat
Mapeia atividades produtivas	26,8%	9,5%	52,5%	10,6%
Identifica riscos relacionados às atividades produtivas	20%	13%	47%	19%
Discute com a comunidade os riscos	43%	18%	32%	6%
Realiza ação para eliminar riscos	43%	24%	23%	9%
Realiza negociação de medidas prevenção de riscos provenientes das atividades produtivas	49%	23%	18%	9%

Observa-se menor envolvimento das equipes em ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador à medida que a complexidade destas aumenta. Embora a realização do mapeamento das atividades produtivas e a identificação dos riscos para a saúde das pessoas e o ambiente tenham sido referidas por mais da metade das eSF (52,5%), apenas 23% dos profissionais relataram desenvolver sempre/quase sempre alguma ação para eliminar ou minimizar os fatores de risco e as situações de vulnerabilidade associadas ou identificados.

É importante observar o percentual de profissionais que referiram desconhecer se a equipe em que atua desenvolve essas ações (10,6%). Embora o mapeamento do território e o reconhecimento de suas características ambientais, epidemiológicas e produtivas sejam, na prática, uma atividade realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), a participação nesse processo e a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades são atribuições de todos os profissionais da equipe.

Em relação a denúncias ou solicitação de intervenção sobre problemas de saúde relacionados ao trabalho e ou às atividades produtivas no território, apenas 9% das equipes relataram recebê-las quase sempre e sempre; 54,2% dos respondentes apontaram que as equipes nunca receberam denúncia e ou não sabem informar sobre o assunto. Este resultado sugere que a atenção básica, embora seja porta de entrada prioritária do usuário no SUS, não é reconhecida pela comunidade como um canal de denúncias para problemas relacionados ao trabalho e tampouco como potencialmente responsável por intervenções e pelo controle dessas situações¹².

Por outro lado, é interessante destacar o relato sobre denúncia encaminhada por ACS e agen-

tes de Vigilância Ambiental à equipe do CEREST de João Pessoa, sobre a ocorrência de aumento da frequência de problemas respiratórios em crianças e idosos, possivelmente decorrentes da exposição à poeira originada de uma fábrica de cimento no território. Em resposta à denúncia, o Cerest articulou intervenção multidisciplinar, por equipe composta por assistente social, enfermeiro, médico do trabalho, fisioterapeuta, com apoio do Cerest Estadual, da Secretaria de Meio Ambiente, e das Vigilâncias Sanitária e Ambiental em conjunto com a eSF responsável pelo território. Entre os desdobramentos, identificou-se que a empresa estava em situação irregular, com trabalhadores e moradores expostos a poeira e apresentando quadros de doenças respiratórias. Foram realizadas intervenções junto à empresa visando a correção da situação, e assistência à saúde dos trabalhadores e da população exposta¹². Esse relato reforça a importância do trabalho do ACS na escuta sobre as queixas e os problemas apresentados pela população e de seu conhecimento sobre o território, para o desenvolvimento de ações articuladas de assistência e de Vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Ambiental), para a proteção da saúde dos trabalhadores e da população sob responsabilidade sanitária da equipe¹³.

Sobre a integração das eSF com as Vigilâncias em Saúde observou-se maior articulação destas com a Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental, relatada por 47% dos participantes. A articulação com a Vigilância em Saúde do Trabalhador foi referida por apenas 10% dos profissionais participantes do estudo.

Constata-se, assim, que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é um processo frágil e em construção na macrorregião, como aponta o Relatório de

Gestão 2014 do Cerest-JP¹⁰, observando-se avanços nas práticas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e ampliação da coleta de dados e análise das informações destinadas a subsidiar essas ações, como por exemplo a consolidação de dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) sobre ocorrência de acidentes e agravos relacionados ao trabalho¹⁰. Segundo o Relatório, foram realizadas 14 ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no período, envolvendo a inspeção em ambientes e processos de trabalho no município de João Pessoa. Sobre as ações de caráter interinstitucional destacam-se atividades conjuntas com o Ministério Público do Trabalho, Sindicatos de trabalhadores da Construção Civil, do Comércio, e Telecomunicações.

Além da articulação com a Vigilância em Saúde, também buscou-se conhecer a articulação das eSF com setores considerados essenciais para a integralidade do cuidado aos trabalhadores, entre eles, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o Conselho Municipal de Saúde, Associações Comunitárias e organizações de trabalhadores. Dos participantes, 13% referiram articulação com organizações de trabalhadores; 24% das equipes trabalham articuladas com o Conselho Municipal de Saúde e 35% com associações comunitárias. A articulação com o Cerest, apontado como apoiador das eSF pela PNSTT, foi mencionada por 22% dos participantes.

Considerando a importância da participação social, prescrita tanto pela Política da Atenção Básica quanto pela PNSTT, os resultados apontam para a necessidade de fortalecer a participação de usuários e da comunidade na produção do autocuidado, nas ações coletivas e em ações orientadas para a melhoria das condições de vida e trabalho.

Diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores

Entre os participantes do estudo, 43% referiram que as equipes realizam diagnóstico de situação de saúde dos trabalhadores que vivem em sua área de atuação e consideram essas informações essenciais para o planejamento e o desenvolvimento das ações de promoção, vigilância e assistência à saúde.

O diagnóstico da situação de saúde da população adscrita em um dado território perpassa vários momentos do processo de trabalho das equipes: começam a ser colhidas no cadastramento individual das famílias realizado pelos ACS, utilizando as fichas do e-SUS, nas visitas

domiciliares, contribuindo para compor o perfil demográfico, ocupacional e da situação de saúde dos usuários trabalhadores que pertencem à população sob sua responsabilidade. Outros momentos do processo de trabalho que podem aportar informações sobre a situação de saúde das pessoas que residem e ou que trabalham no território são: acolhimento, atendimentos realizados pelos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, e outros profissionais da equipe e atividades em grupo¹⁴. Esse entendimento é importante, pois, significa que a rigor não se trata de uma nova atividade atribuída à equipe, mas da requalificação de ações prescritas pela PNAB e desenvolvidas no cotidiano de trabalho.

A PNSTT destaca a importância da análise da situação de saúde dos trabalhadores para a identificação dos usuários e grupos mais vulneráveis, como, por exemplo, os desempregados e aqueles inseridos em atividades produtivas domiciliares, e ou em relações informais e precárias de trabalho ou expostos a atividades perigosas para a saúde¹.

Os resultados apontam que a identificação de riscos e situações de vulnerabilidades relacionadas às atividades produtivas desenvolvidas no território e o desenvolvimento de iniciativas capazes de minimizar a exposição e seus efeitos não constitui prática rotineira das equipes. Essas observações reforçam a necessidade e a importância do apoio técnico e pedagógico para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador pelas eSF.

Reconhecimento do usuário trabalhador e estabelecimento da relação entre o trabalho e a condição de saúde-doença

O reconhecimento do usuário enquanto trabalhador e a investigação sobre sua situação de trabalho ou de não trabalho ou de desemprego e as relações com o processo saúde-doença e sofrimento das pessoas são essenciais para a produção do cuidado aos trabalhadores, no âmbito da Atenção Básica. Das equipes, 79% informaram que sempre ou quase sempre procuram saber a ocupação do usuário e 68% referiram buscar compreender melhor as características desse trabalho e das atividades desenvolvidas. É interessante salientar que esse achado é distinto da observação realizada sobre as práticas das eAB do município de Chapecó por Silva *et al.*¹⁵, que apontam a falta de reconhecimento do usuário enquanto trabalhador como uma das maiores dificuldades para a incorporação de ações de saúde

de do trabalhador no cotidiano de trabalho das equipes.

Apesar de grande parte dos profissionais participantes relataram que identificam o usuário como trabalhador em seu cotidiano de trabalho (78,2%), apenas 26% referiram que sempre ou quase sempre perguntam ao usuário sobre o trabalho pregresso.

Outro achado que chama a atenção é que 74% dos profissionais relataram que investigam, sempre ou quase sempre, a relação entre a queixa trazida pelo usuário-trabalhador e o seu trabalho/ocupação, e 64% referiram que conseguem estabelecer e/ou confirmar essa relação. Apenas 7% informaram que nunca ou raramente conseguiram estabelecer essa relação causal.

O estabelecimento da relação entre o trabalho e as queixas/adoecimento apresentados pelo trabalhador possibilita desvelar a contribuição do trabalho no processo saúde-doença e orientar as condutas a serem tomadas. Para isto, o Nasf e os Cerest devem estar capacitados a prover suporte técnico especializado às eSF¹⁶.

A notificação ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) é uma decorrência necessária da investigação e ou do diagnóstico de um agravo ou doença relacionado ao trabalho. No grupo estudado, quase a totalidade dos profissionais das equipes relataram conhecer o SINAN, porém 13% informaram não saber que

doenças relacionadas ao trabalho são de notificação obrigatória no Sistema, algumas delas compulsoriamente. Observou-se que a notificação de agravos relacionados ao trabalho não é uma prática usual das equipes que participaram do estudo. Referiram que sempre ou quase sempre estabelecem a relação entre o trabalho e a queixa, doença ou condição de saúde, 64%, porém, somente 29% notificam, sempre/quase sempre, uma doença relacionada ao trabalho no Sinan. Um percentual expressivo (57%) informou que a equipe nunca ou raramente notifica doenças relacionadas ao trabalho no SINAN.

Em relação aos acidentes de trabalho 52% nunca ou raramente notificam, 13% notificam às vezes e 33% dos profissionais informaram que notificam sempre ou quase sempre (Tabela 3). O baixo percentual de notificação dos acidentes de trabalho, cuja relação com a atividades é mais facilmente estabelecida, pode estar relacionado ao fato do atendimento dessas ocorrências acontecer nos serviços de urgência. Apenas nos casos de acidentes de trabalho considerados leves o usuário procura a unidade básica de saúde.

A sistematização e análise das informações a partir das notificações de agravos relacionados ao trabalho foram referidas por 48% dos profissionais das eSF. Este achado sugere que apesar dessa atividade ser fundamental para se conhecer os eventos mais frequentes e os grupos mais

Tabela 3. Distribuição das respostas por itens da categoria “Diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores”, pelas equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – 2015.

Categoria	Nunca/raramente	Às vezes	Sempre/quase sempre	Não respondeu
	Freq. Relat	Freq. Relat	Freq. Relat	Freq. Relat
Pergunta sobre o trabalho atual	1,1%	20,1%	78,2%	0,56%
Pergunta sobre as atividades desenvolvidas no trabalho	5%	27%	68%	0
Pergunta sobre o trabalho anterior	34%	40%	26%	1%
Identifica riscos no trabalho atual	6%	25%	70%	0
Identifica riscos relacionados ao trabalho pregresso	23%	30%	46%	1%
Busca relação entre queixa e trabalho atual ou pregresso	4%	21%	74%	1%
Consegue estabelecer relação entre queixa e trabalho atual/ pregresso	7%	30%	64%	0
Notifica acidente de trabalho no SINAN	52%	13%	33%	2%
Notifica doenças relacionadas ao trabalho no SINAN	57%	13%	29%	1%

vulneráveis da população, a serem considerados e priorizados no planejamento das ações de saúde e intervenções intersetoriais, existe um longo caminho a ser percorrido, no qual a educação permanente é muito importante.

A subnotificação no Sinan dos casos atendidos nas UBS também foi evidenciada por Lopes dos Santos e Lacaz¹⁷ que atribuem a dificuldade para a definição da relação causal entre o agravo e o trabalho à evolução silenciosa e demorada das doenças relacionadas ao trabalho, situação agravada pelas falhas nos registros médicos e pelo excesso de burocracia. Os profissionais de SF consideraram a ficha de notificação extensa, demorada e complicada.

A Tabela 3 apresenta os percentuais relativos às ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, na perspectiva dos médicos e enfermeiros, referente à categoria “Diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores”.

Apoio especializado, pedagógico e institucional às equipes de Saúde da Família no desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador

O apoio técnico especializado, pedagógico e institucional às eSF é essencial para a efetivação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, no âmbito do SUS, e de modo especial, na Atenção Básica, seja para o desenvolvimento de ações assistenciais, seja para a promoção e a Vigilância em Saúde¹⁷.

A PNST¹ reafirma o papel das equipes de vigilância e, de modo especial do Cerest, no apoio matricial, ou seja, de retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, e outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com os resultados do estudo, 45% dos profissionais das equipes entrevistadas concordam com a afirmação de que “o Cerest oferece apoio e retaguarda técnica às equipes de SF”. Esse dado chama a atenção, pois representa o dobro do percentual de equipes que referiram articulação com o Cerest (22%). Esta contradição necessita ser investigada de modo a fortalecer a atuação do Cerest.

Ao serem perguntados sobre o apoio oferecido pelo setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 32% dos entrevistados concordaram que esta apoia o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica. Esse achado coloca em xeque a concepção e as orientações vigen-

tes sobre a importância do papel de apoiador das Vigilâncias e em especial dos Cerest às eSF.

A experiência acumulada e os registros na literatura mostram que durante muitos anos, a atuação dos Cerest junto à Atenção Básica privilegiou a realização de cursos de capacitação pautados em uma lógica de transmissão de conhecimento técnico e informações sobre temas de saúde do trabalhador. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de ressignificação das práticas de apoio oferecidas pelos Cerest, visando a apropriação de conceitos e de novos modos de operar o apoio matricial, tal qual proposto por Campos e Domitti¹⁸.

A proposta de apoio técnico e pedagógico, na perspectiva do matriciamento, abre novas possibilidades para o campo da Saúde do Trabalhador^{5,17,19}. A discussão de casos clínicos e a disponibilidade permanente de apoio facilitam a incorporação de conceitos e práticas pelas equipes da rede básica. Além disso, o vínculo que se estabelece entre os profissionais das equipes de referência e os apoiadores facilita a articulação intrassetorial e a constituição de espaços de interlocução visando a melhor solução possível para as questões de saúde relacionadas ao trabalho¹⁷.

Sobre o apoio institucional, merece destaque o papel desempenhado pela coordenação da Atenção Básica do município, e dos gerentes das unidades básicas de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. Dos participantes do estudo, 61% concordam que a coordenação da AB municipal apoia o desenvolvimento dessas ações e 71% com o apoio dos gerentes das UBS.

Sobre as ações de qualificação e/ou educação permanente para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, apenas 24% dos profissionais das equipes de saúde da família registraram sua ocorrência, sugerindo baixo investimento do município na formação de profissionais da Atenção Básica para o cuidado aos trabalhadores²⁰.

A PNAB²¹ explicita que a Educação Permanente em Saúde (EPS) abrange um processo pedagógico que começa com a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades, envolvendo o aprendizado construído a partir dos problemas e desafios enfrentados no cotidiano do processo de trabalho. Afirma ainda que a EPS deve ser assumida enquanto uma estratégia de gestão, com grande potencial de transformação das práticas de saúde e dos processos de trabalho das equipes, que resulta na melhoria das condições de trabalho e de satisfação dos trabalhadores de saúde.

Sobre a EPS no âmbito da Atenção Básica, dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apontam para a importância da implementação dessa política. Entretanto, 81,1% dos participantes do estudo responderam afirmativamente sobre a existência de ações de EPS envolvendo trabalhadores da Atenção Básica; 18,3%, negaram e 0,5% não souberam responder ou não responderam essa questão. De acordo com os autores, houve variação entre as regiões brasileiras, sendo que os extremos foram a região Sudeste e a região Nordeste, com 87,1% e 75,3% das equipes com respostas afirmativas, respectivamente. Quando instigadas se as atividades de EPS suprem suas demandas e necessidades, 75,7% das equipes avaliaram-nas como suficientes²².

Nesta perspectiva, as discussões e a problematização sobre o processo de trabalho e as atividades rotineiras desenvolvidas, como o acolhimento, o atendimento clínico, a discussão de caso, visitas domiciliares ou grupos operativos podem ensejar que os profissionais incorporem o olhar sobre o trabalho, transformando suas ações na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Em relação às dificuldades e limitações das equipes para o desenvolvimento do cuidado qualificado aos trabalhadores é importante destacar a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais, traduzida na responsabilização por um número grande de famílias; agravada pela rotatividade e a fragilidade e/ou precariedade dos vínculos nos contratos de trabalho; a preponderância de interesses políticos locais sobre as reais necessidades de saúde da população e mesmo a fragilidade da rede de atenção à saúde do trabalhador, para a garantia da integralidade do cuidado.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a participação apenas de médicos e enfermeiros, em detrimento de outros profissionais que compõem a equipe, o que necessariamente implica no reducionismo e em um viés de percepção quanto às práticas desenvolvidas. Outra questão importante refere-se ao fato de não terem sido ouvidos os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conformam uma rede de suporte às eSF. Entretanto, as experiências e os registros na literatura apontam que são ainda incipientes as iniciativas no campo da Saúde do Trabalhador.

Considerações finais

Os resultados do estudo reforçam a necessidade de fortalecer a implementação dos princípios, diretrizes e ações da PNSTT pelas equipes da Atenção Básica, enquanto porta de entrada preferencial do usuário na rede de atenção à saúde do SUS. Essa questão é especialmente importante no atual contexto em que um grande contingente da população trabalhadora se encontra no setor informal e ou precarizado de trabalho, ou desempregada e em situação de vulnerabilidade social, em muitos casos desenvolvendo atividades produtivas no domicílio e peridomicílio,

Nesse sentido, o reconhecimento dos trabalhadores na população adscrita e o acesso aos ambientes de trabalho domiciliados, que permanecem invisíveis e inacessíveis a outras instituições responsáveis pela saúde e segurança dos trabalhadores, na esfera do Trabalho e da Previdência Social, fazem com que as equipes tenham condições de lidar com as questões de saúde-doença relacionadas ao trabalho e mesmo com alguns problemas ambientais que têm origem nos mesmos processos produtivos do território em que atuam.

As características e a organização das práticas de saúde das equipes da atenção básica favorecem o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras ao cuidado da saúde, com qualidade e resolutividade e potencialmente capaz de apreender os mecanismos pelos quais o trabalho influencia suas condições de vida e saúde.

Entretanto, os resultados demonstram que o cuidado à saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção nos processos de trabalho particulares, requer a institucionalização do apoio, técnico e pedagógico, sistemático e de qualidade, de modo a qualificar as ações e assegurar a continuidade do cuidado de modo articulado com os pontos de maior complexidade e ou incorporação tecnológica.

Nesse cenário, cabe aos Cerest um papel importante enquanto matriciador das ações, atuando junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a outros setores da Vigilância em Saúde, tendo por referência o processo de trabalho das equipes da atenção básica, buscando identificar momentos e estratégias mais adequadas e oportunas.

Neste sentido, a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve considerar o território como base operacional para o planejamento das ações e incorporar os problemas advindos das relações produção-trabalho, ambiente e saúde em uma

atuação integrada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Requer ainda a configuração de redes intersetoriais a partir do objeto de intervenção, ampliando o desafio de se desenvolver ações dessa natureza nos territórios de responsabilidade das equipes de Atenção Básica.

Porém, é necessário considerar a necessidade de que todo esse processo seja acompanhado da discussão e implementação de intervenções visando a melhoria das condições de trabalho e de saúde das próprias equipes da Atenção Básica, sem o que, por mais motivadas e pressionadas pelas demandas da realidade, que elas estejam, muito pouco se conseguirá fazer.

Colaboradores

LA Amorim foi responsável pela realização do trabalho de campo e trabalhou na concepção do estudo, desenho da metodologia, elaboração e revisão do manuscrito. TL Silva, JMH Machado e EC Dias trabalharam na concepção do estudo, desenho da metodologia, elaboração e revisão do manuscrito. HP Faria participou da concepção da metodologia, tabulação e análise dos dados e revisão final do texto.

Agradecimento

Os autores agradecem aos colegas do Cerest-João Pessoa, em especial ao Kleber José da Silva e à Lyssandra da Costa Silva pelo suporte técnico e operacional à realização do estudo, assim como aos gestores e às equipes de Saúde Família dos Distritos Sanitários que acolheram e muito contribuíram para sua viabilização.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União* 2012; 24 ago.
2. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):817-827.
3. Dias EC, Lacerda e Silva T, Almeida MHCd. Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. *Caderno de Saúde Colet*. 2012; 20(1):15-24.
4. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):929-936.
5. Nobre LCC, Mascarenhas E, D'Aredes C. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Região Sudoeste da Bahia: uma experiência de integração com a Atenção Primária em Saúde em área de passivo ambiental. In: Dias EC, Lacerda e Silva T. *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária em Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Editora Coopmed; 2013. p. 381-395.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico Brasil 2010*. [acessado 2017 maio 24]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250750&search=paraiba-joao-pessoa|infograficos:-informacoes-completas>.
7. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. *Número de empregos ativos em 31 de dezembro de 2014 na cidade de João Pessoa*. [acessado 2017 maio 24]. Disponível em: <http://acesso.mte.gov.br/portal-mte/rais/#2>
8. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. [acessado 2017 maio 24]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
9. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Saúde. *Distritos Sanitários do Município de João Pessoa*. [acessado 2017 maio 24]. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/>.
10. Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa (SMS). Diretoria de Assistência à Saúde. Relatório Anual de Gestão do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador. João Pessoa: SMS; 2014.
11. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. João Pessoa: SMS; 2014.
12. Amorim LA. *Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João Pessoa – PB*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2016.
13. Lacerda e Silva T, Dias, EC, Ribeiro ECO. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(38):859-870.
14. Sales EC, Ramos JCL. *Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia*. Salvador: DIVAST; 2014.
15. Silva A, Ferraz L, Rodrigues-Junior SS. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Rev Bras Saúde Ocup* 2016; 41(16):1-9.
16. Magalhães CCB. *Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2014.
17. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1143-1150.
18. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):339-407.
19. Dias EC, Lacerda e Silva T, Machado JHM, Amorim L. Diretrizes para a Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica. Belo Horizonte, 2016. [acessado 2017 maio 24]. Disponível em: renastonline.ensp.fiocruz.br/
20. Dias MDA, Bertolini GCS, Pimenta AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trabalho, Educação e Saúde* 2011; 9(1):137-148.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
22. Pinto HA, Ferla AA, Matos IB, Zortea AP, Stédile NLR, Barbosa MG, Florêncio AR, Ceccim RB. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Saúde em Debate* 2014; (51):145-160.

Artigo apresentado em 30/05/2017

Aprovado em 26/06/2017

Versão final apresentada em 13/07/2017