

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

LUCIANA DE ASSIS AMORIM

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA:
CONTRIBUIÇÕES PARA O APRIMORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE JOÃO PESSOA – PB**

v. 1

Rio de Janeiro

2016

LUCIANA DE ASSIS AMORIM

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES
PARA O APRIMORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA –
PB

v. 1

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Área e subárea de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente

Orientador (a): Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado

Coorientador (a): Prof.^a Dr^a Elizabeth Costa Dias

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na Fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A524v Amorim, Luciana de Assis

Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica:
Contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João
Pessoa –PB./ Luciana de Assis Amorim. -- 2016
150.f.: tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Jorge Mesquita Huet Machado
Elizabeth Costa Dias

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,
Rio de Janeiro, 2016.

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde do Trabalhador. 6. Sistemas de Saúde - organização & administração. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11098133

LUCIANA DE ASSIS AMORIM

Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João Pessoa – PB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Área e subárea de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente

Aprovada em: 26 de abril de 2016.

Banca Examinadora

Doutor, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, ENSP/FIOCRUZ

Doutora, Ana Paula Lopes dos Santos, UFF

Rio de Janeiro

2016

Ao meu pai

Brilho de lua, estrela. Brisa de mar, vento no rosto. Saudade infinita.

E,

A Maya

Raio de sol, flor de verão, magia de amor. Sopro de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me fazer fortaleza e por me proteger sempre em minha vida.

A professora Elizabeth Dias que não desistiu de mim. Um exemplo de simplicidade e generosidade, não abrindo mão de dividir comigo todo o seu saber. A você minha gratidão para todo sempre.

E, peço Adélia Prado *Licença Poética* para dedicar-lhe esses versos,

“...Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina. Inauguro linhagens. Fundo reinos.

(...) Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.

Mulher é desdobrável. Eu sou.”

Ao meu orientador Jorge Machado, meu mestre e amigo, por quem tenho grande admiração e carinho, que me acolheu na Fiocruz enquanto parceira de trabalho, orientanda... Dono de um coração e uma sabedoria ímpar. A você meu muito obrigada.

A Thais, minha amiga, meu exemplo, “quando crescer quero ser igual a você”. Sem você o processo seria muito mais árduo. Obrigada por acreditar e confiar em mim.

Agradeço aos meus pais Débora e Walter, que sempre deram o melhor deles para que eu descobrisse o melhor de mim. Em especial a minha mãe, responsável por tudo o que sou, por ser exemplo de mãe, amiga, incomparavelmente “a minha mãe”. Obrigada por viver esse momento comigo e por entender a distância, a ausência, o mau humor...

Ao meu pai, que nos deixou pouco antes que eu entrasse no mestrado, mas sei do imenso orgulho que sempre nos uniu e se fecho meus olhos sou capaz de ouvi-lo dizer: “só porque ta terminando o mestrado ta se achando doutorzinha”.

Ao Kleber e toda a equipe do CEREST de João Pessoa que não mediu esforços para que essa pesquisa fosse realizada. Meu agradecimento a ele e a Lizandra, que foram companheiros incansáveis.

Aos profissionais da Atenção Básica de João Pessoa que nos receberam com muito carinho.

A minha família, que vibra sempre comigo! Em todos os momentos estão ao meu lado!

Em especial minha Vovó Hilda, que com seu jeitinho, se faz muito feliz e presente em minha trajetória. Aos meus irmãos Fábio e Thiago e Ana Paula que sempre estiveram presentes em minha vida. A minha tia Cristina, minha segunda mãe, que vibra, sofre, “sacode a poeira e dá volta por cima” comigo, responsável por muitas oportunidades de aprendizado em minha vida, a quem amo e serei eternamente grata. Aos meus tios Amarildo e Maria Tereza e Sérgio e Cora e minhas primas que são meu alicerce.

Agradeço ao Leo, pelos momentos que se fez presente e esteve ao meu lado nesta trajetória e assim me fez muito feliz e segura, e pelos momentos que a vida nos levou a caminhos contrários, que me fez ver o quão forte e capaz sou. Eu amo você!

Agradeço aos meus amigos... sou uma pessoa muito rica, porque tenho amigos.

A família CST que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado, entendendo o meu momento e me ensinando a dar passos firmes, em especial a Fátima, Simone Titiry, Angélica, Sônia, Luciana Cavanellas e Attatianna.

Aos meus amigos, que tenho orgulho de dizer, que são os amigos de sempre em minha vida e que estão aqui comigo e que foram a base para que eu chegasse até aqui: Marcélia, Mahomed, Maisa, Humberto, Gustavo, Flávia, Renata, Fernanda, Juliana e Monick.

Aos amigos que conquistei aqui no Rio de Janeiro e no mestrado, em especial a Luana e aos professores Fadel, que me ensinou muito do que aqui aprendi, e Renato Bonfatti que quando eu achei que não conseguiria, ele me mostrou o caminho.

As minhas crianças: Antônio, Maya, Aylla, Anne e Matheus que foram responsáveis por momentos mágicos em meio a tensão.

E a Honey que não me abandonou um minuto, me aguardando ansiosamente para dividir comigo os momentos de alegria.

*Por trás de todos os sonhos,
Há sacrifícios
Que as pessoas não vêem.*
AUTOR DESCONHECIDO.

RESUMO

AMORIM, L. A. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João Pessoa – PB. Mestrado. Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – RJ.

O presente estudo foi desenvolvido no município de João Pessoa devido a critérios previamente estabelecidos: (i) ser município de grande porte (acima de 300.000 habitantes); (ii) ser sede de Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST); (iii) possuir cobertura de ESF maior que 70%; (iv) possuir atores chaves enquanto facilitadores para execução do projeto. O estudo busca analisar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) desenvolvidas na Atenção Básica (AB), a partir da percepção das equipes de saúde da família do município de João Pessoa. Esta pesquisa é um estudo de caso, de natureza qualitativa. Utilizou-se de técnicas de entrevista semiestruturada com os gestores da área de Saúde do Trabalhador e Atenção Primária em Saúde e questionário semiestruturado, auto aplicado, com escala likert, respondido por profissionais de nível superior de 89 equipes das Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa. As informações obtidas através da pesquisa foram analisadas de acordo como método de análise de conteúdo segundo as ações de VISAT desenvolvidas pela AB analisada a partir das categorias: (a) Mapeamento dos processos produtivos do território; (b) Identificação do usuário trabalhador e o perfil epidemiológico dos trabalhadores que residem no território; (c) Notificação e análise das informações dos agravos da Saúde do Trabalhador; (d) Identificação da rede de apoio de interesse para a saúde dos trabalhadores; (e) Apoio Institucional, técnico especializado e pedagógico para o desenvolvimento da vigilância à saúde do trabalhador na AB; (f) O Controle Social nas ações de ST desenvolvidas pela APS. Foi apresentado de forma descritiva ao Seminário Atenção Primária e Saúde do Trabalhador no SUS realizado em novembro de 2014 em João Pessoa, em que na ocasião foram apresentados alguns resultados preliminares da pesquisa. Os resultados apontam que as eSF do município de João Pessoa desenvolvem ações de VISAT nos territórios adscritos em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apesar de assistemáticas e descontínuas, apresentado poucas articulações com o CEREST-JP, reconhecido na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) enquanto pólo irradiador das ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações. Recomenda-se o investimento na qualificação profissional e no matriciamento das ações para o desenvolvimento de capacidades técnicas e melhorias na qualidade da informação, assim como o reconhecimento do trabalho no território enquanto condicionante de saúde e determinante no processo saúde-trabalho-doença. Também é essencial o fortalecimento da organização e participação dos trabalhadores, enquanto princípio básico do SUS e componente fundamental das ações de VISAT.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Atenção Básica.

ABSTRACT

AMORIM, L. A. Occupational Health Surveillance in Primary: Contributions to the improvement of health actions in the city of João Pessoa - PB. Master. Postgraduate degree in Public Health, National School of Public Health - RJ.

This study was developed in the city of João Pessoa due to previously established criteria: (I) be a large city (over 300,000 inhabitants); (II) to host Regional Reference Center in Occupational Health (CEREST); (III) have FHT coverage greater than 70%; (IV) have key personal as facilitators for project execution. The study assesses the Occupational Health Surveillance actions (Visat) developed in Primary Care (AB), from the perception of family health teams in João Pessoa city. This research is a case study of a qualitative nature. It was used semi structured interviewing techniques with the managers of the Occupational Health area and Primary Health Care and self-applied semi-structured questionnaire with Likert scale, answered by top-level professionals from 89 teams of the Family Health Unit in the city of João Pessoa. The information obtained from the survey were analyzed according to content analysis method according to Visat actions developed by AB, analyzed from the categories: (a) mapping of the territory productive processes; (B) worker user identification and the epidemiological profile of workers residing in the territory; (C) notification and analysis of information from the Occupational Health grievances; (D) Identification of the network support of interest to the workers' health; (E) Institutional, specialized technical and pedagogical Support teaching for the development of workers' health surveillance in AB; (F) The Social Control in ST actions developed by APS. It was presented descriptively to the Seminar of Primary and Occupational Health in the SUS held in November 2014 in Joao Pessoa, in which at the time were presented some preliminary results of the research. The results show that the eSF of João Pessoa city develop Visat actions in ascribed territories in line with the National Primary Care Policy (BANP), although unsystematic, discontinuous, presented a few joints with CEREST-JP, recognized in the National Policy of Occupational health and working (PNSTT) while irradiating pole of worker health actions in the Unified health System (SUS), for planning, development and evaluation of actions. It is recommended an investment in professional qualification and specialist orientation actions for the development of technical capabilities and improvements in the quality of information, as well as recognition of the work in the territory as a condition of health and determinant in the health-work-disease. It is also essential the strengthening of the organization and the participation of workers, while basic principle of sus and a key component of Visat actions

Keywords: Health Surveillance, Occupational Health Surveillance, Primary Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Pirâmide etária para a população residente de João Pessoa, 2010	36
Figura 02	Mortalidade causa por grupo de causa em João Pessoa/PB, no período de 2010 a 2012.	39
Figura 03	Mortalidade Proporcional por faixa etária em João Pessoa/PB, no período de 2005 a 2012	39
Figura 04	Rede de Atenção de Saúde de João Pessoa, 2014.	40
Figura 05	Ações de VISAT por tipo de empreendimento, número de ações e situação de emissão de relatório técnico.	46
Figura 06	Notificação de acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho no município de João Pessoa. Paraíba (2008-2015).	46
Quadro 01	Número de eSF do município de João Pessoa que participaram do estudo.	51
Figura 07	Etapas do Estudo	55
Figura 08	Distribuição dos profissionais das eSF, por sexo.	56
Figura 09	Faixa etária dos profissionais das eSF.	57
Figura 10	Distribuição das respostas à pergunta: " A equipe de Saúde da Família mapeia as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência de sua unidade (ex: frigorífico; fábrica de tecido; agricultura, padaria, marcenaria, etc), "	61
Figura 11	Distribuição das respostas à pergunta: "Você tem conhecimento sobre a/as atividade (s) produtiva (s) (ex: fábricas, agricultura) desenvolvida (s) no território de referência de sua unidade de saúde que influencia (m) a condição de saúde dos usuários e da comunidade em geral?"	62
Figura 12	Distribuição das respostas à pergunta: "Qual a última vez em que a equipe de Saúde da Família mapeou as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência de sua unidade?"	63
Figura 13	Distribuição das respostas à pergunta: "Ao mapear as atividades produtivas desenvolvidas no território, a equipe identifica os fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, decorrentes dessas atividades?"	67
Figura 14	Distribuição das respostas à pergunta: "Você consegue estabelecer a relação entre doenças e queixas das famílias de sua área de abrangência e as atividades produtivas existentes no território (ex: frigorífico; fábrica de tecido; agricultura, padaria, marcenaria)?"	69
Figura 15	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe discute com a população sobre a presença de fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, decorrentes das atividades produtivas desenvolvidas no território? "	71

Figura 16	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde realiza alguma ação para eliminar ou minimizar esses fatores e situações de risco?"	72
Figura 17	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde realiza ações de intervenção e negociação de medidas de prevenção dos riscos decorrentes das situações de trabalho?"	73
Figura 18	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde recebe denúncia ou solicitação de intervenção em situações de risco e/ou adoecimento de usuários e comunidade provenientes de atividades produtivas (ex: indústrias, fábrica) instaladas no território de referência?"	75
Figura 19	Distribuição das respostas à pergunta: "Você pergunta ao usuário qual é o seu trabalho/ocupação atual?"	77
Figura 20	Distribuição das respostas à pergunta: "Você pergunta ao usuário quais as atividades de trabalho ele desenvolve na sua ocupação atual?"	78
Figura 21	Distribuição das respostas à pergunta: "Você pergunta ao usuário sobre o trabalho/ocupação desenvolvido por ele anteriormente?"	79
Figura 22	Distribuição das respostas à pergunta: "Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação atual do usuário?"	81
Figura 23	Distribuição das respostas à pergunta: "Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação pregressa do usuário?"	82
Figura 24	Distribuição das respostas à pergunta: "Você busca estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação, atual ou pregressa? "	83
Figura 25	Distribuição das respostas à pergunta: "Você consegue estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação, atual ou pregressa?"	84
Figura 26	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde possui um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores (perfil epidemiológico) que residem no território de referência de sua unidade?"	87
Figura 27	Distribuição das respostas à pergunta: "Você conhece o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)? "	89
Figura 28	Distribuição das respostas à pergunta: "Você sabe que algumas doenças relacionadas ao trabalho são de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)?"	91
Figura 29	Distribuição das respostas à pergunta: "Você notifica os casos de acidente de trabalho no SINAN?"	91
Figura 30	Distribuição das respostas à pergunta: "Você notifica os casos de doenças relacionados ao trabalho no SINAN? "	91

Figura 31	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe analisa a informação decorrente das notificações de acidentes e doenças relacionados ao trabalho?"	95
Figura 32	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde busca articulação intra e intersetorial para resolver os problemas que envolvem as relações trabalho-- saúde-doença?"	97
Figura 33	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde busca articulação com os órgãos intra e intersetorial a seguir, para resolver os problemas que envolvem as relações trabalho-saúde-doença?"	98
Figura 34	Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "A Coordenação Municipal da Atenção Básica apoia o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador"	104
Figura 35	Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "O coordenador/gerente da unidade básica de saúde onde trabalho apoia o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador."	105
Figura 36	Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "Instâncias especializadas em Saúde do Trabalhador apoiam a minha equipe de saúde da família no desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. "?	106
Figura 37	Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: " O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) oferece apoio e retaguarda técnica à minha equipe de saúde da família para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador?"	107
Figura 38	Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "Eu tive treinamento para desenvolver ações de saúde do trabalhador."	110
Figura 39	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe desenvolve ações de educação em saúde do trabalhador?"	113
Figura 40	Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe promove a mobilização de usuários trabalhadores, buscando efetivar a participação e controle social em relação ao SUS?"	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Número de empregos ativos em João Pessoa em 31 de dezembro de 2014.	37
Tabela 02	Quantificação dos Serviços de Saúde por Distrito Sanitário	41
Tabela 03	Indicadores da Atenção Básica, João Pessoa	43
Tabela 04	Tempo de atuação na estratégia de saúde da família de acordo com profissão e sexo.	58
Tabela 05	Fatores e Situações de Risco segundo exposição do usuário trabalhador	64
Tabela 06	Doenças e/ou Agravos relacionados ao trabalho, segundo ano de referencia, 2014.	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
DAB	Departamento de Atenção Básica
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	OBJETIVOS	20
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1.	Aspectos histórico-conceituais e principais marcos regulatórios da inserção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS	21
3.2.	As ações de VISAT na Atenção Básica em Saúde	27
4.	METODOLOGIA	35
4.1.	Cenário do estudo	35
4.1.1.	Organização do Sistema de Saúde de João Pessoa	40
4.1.2.	O Modelo de Atenção Primária à Saúde e a Saúde do Trabalhador no município de João Pessoa	42
4.1.3.	Participantes do estudo	47
4.1.4.	Etapas de desenvolvimento do estudo	47
5.	RESULTADOS	56
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICES	131
	ANEXOS	143

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) pode ser compreendida como um dos campos da Vigilância em Saúde (VS) com uma característica singular de intervenção uma vez que o foco da ação é a transformação do trabalho para a promoção e proteção da saúde.

Ela acontece de forma regionalizada, instável, localizada especificamente em pontos onde podemos encontrar o controle social fortalecido e as discussões da reforma sanitária amadurecida, sendo dependente da política regional e da estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, 1997, 2011).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT, Brasil, 2012) dá ênfase à VISAT na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, agregando valores ao trabalho que vem sendo desenvolvido pelos profissionais da saúde e contribuindo para o reconhecimento do território enquanto locus de atuação e do usuário enquanto trabalhador, em todos os seus aspectos (BRASIL, 2012).

Após o processo de redefinição do modelo de atenção à saúde na década de 90 foi dado a Atenção Primária a Saúde (APS) o papel de organizadora e ordenadora do cuidado em saúde na Rede de Atenção a Saúde (RAS), a partir dos serviços potencialmente estruturados de acordo com as necessidades concretas da população, estruturados em territórios a partir de Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem. Desempenhando um papel central na garantia à população de acesso a atenção à saúde com qualidade (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013; BRASIL, 2012).

Há um avanço do processo de consolidação da APS no País, enquanto política estratégica para viabilizar e fortalecer o SUS, em especial nas ações de promoção e assistência à saúde. As ações de Vigilância à Saúde (VS) devem estar integradas no cotidiano de trabalho das equipes, porém ainda apresenta-se um desafio, o que dificulta a integralidade do cuidado no processo de trabalho em saúde na rede.

Segundo Paim (2012) a atenção básica é a estratégia que possibilita a integralidade na Rede e promove a organização das atividades no território, trabalhando na perspectiva da vigilância em saúde, requerendo alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, desenvolvimento de habilidades e de mudança de atitudes.

No que se refere ao desenvolvimento das ações de VISAT na APS a questão é ainda mais complexa, pois apesar dos serviços de saúde atender ou receberem usuários trabalhadores, raramente, a inserção destes nos processos de trabalho é reconhecida e considerada no cuidado em saúde (DIAS, LACERDA e SILVA, 2013).

É necessário qualificar o olhar e instrumentalizar os profissionais das equipes de Atenção Básica/ equipes de Saúde da Família (eAB/eSF) para que reconheçam o usuário enquanto trabalhador e o trabalho enquanto determinante da situação de saúde-doença no território, sob sua responsabilidade sanitária. (DIAS, LACERDA e SILVA, 2013).

Especialmente no acolhimento dos trabalhadores que se encontram nos grupos mais vulneráveis da população, em atividades informais, domiciliares, peridomiciliares, trabalhadores da rua que estão descobertos de garantias trabalhistas, os quais têm na APS o único meio em que o Estado se faz presente. É necessário garantir o apoio institucional, técnico e pedagógico às equipes, por meio do matriciamento das ações (DIAS, LACERDA e SILVA, 2013).

Neste estudo faremos uma análise da percepção das (eAB/eSF) do município de João Pessoa no estado da Paraíba sobre as ações de VISAT desenvolvidas nos territórios, a forma como ela é absorvida pelas rotinas das atividades destas equipes e de que forma a gestão visualiza essas ações e apontam para a melhoria da capacidade de atender os usuários trabalhadores de forma integral.

As ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no município a partir do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), o processo histórico de construção e estruturação das equipes de atenção básica, a forma de implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no município influenciaram na forma como estas ações de VISAT são definidas e estruturadas.

Este estudo apresentará este panorama e nos ajudará a pensar a estruturação das ações de VISAT na APS a serem desenvolvidas no país pensados a partir de algumas questões, dentre elas:

- a) Como as equipes de saúde da família percebem as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador?
- b) Quais os principais limites e potencialidades para se efetivar o cuidado integral aos usuários trabalhadores, pelas eAB/eSF do município de João Pessoa?

Na primeira parte do estudo estaremos apresentando o aporte teórico que nos respaldou na análise, com conceitos e legislação vigente na área da Saúde do Trabalhador e da Atenção Primária.

Na segunda parte trate-se da análise dos dados levantados com os pontos observados e que foram base para as proposições de ações de VISAT na AB no município de João Pessoa.

A PNAB (2012) considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Para fins deste estudo iremos adotar a terminologia “atenção básica”, assim como é utilizado no município de João Pessoa.

Esta pesquisa integra o projeto “Avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde” sob a responsabilidade da equipe de pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em atendimento a demanda formulada pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador, do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGSAT/DSAST/SVS/MS).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Básica, a partir da percepção das eAB/SF do município de João Pessoa.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas eAB/eSF no município de João Pessoa.
- ✓ Identificar e compreender as principais dificuldades e potencialidades dos processos de trabalho das eAB/eSF do município de João Pessoa para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador na Atenção Básica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Aspectos histórico-conceituais e principais marcos regulatórios da inserção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

A Vigilância em Saúde (VS) constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

A VS amplia o olhar para além das determinações clínico-epidemiológico do indivíduo, inserindo as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função da sua condição de vida, extrapolando a intervenção dos modelos assistenciais com a inclusão de tecnologias de comunicação social na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS 1998, p.18).

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária para as secretarias estaduais e municipais de saúde iniciou-se em 1999, quando da publicação da Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01 de 1996 e a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro respectivamente.

A publicação da Portaria GM/MS nº 1.172 em 2004, aponta esforços para o aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde, definindo-a em vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e análise de situação de saúde.

A regulamentação das responsabilidades e diretrizes para a execução e o financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013.

De acordo com Minayo (2013), no atual cenário do sistema de saúde brasileiro, a Vigilância em Saúde é uma estratégia que tem foco no cuidado e visa assegurar que ações de promoção da saúde, de prevenção, de controle dos agravos e de atenção aos doentes ocorram segundo os princípios do SUS.

Os importantes e atuais papéis da Vigilância em Saúde estão o de estar atenta a ocorrência de novos agravos provocados pela reestruturação produtiva e pela emergência de grandes empreendimentos nacionais que trazem novos desafios (MINAYO, 2013).

O atual arranjo normativo da gestão da saúde traz um importante espaço para que a vigilância em saúde integre o conjunto essencial das funções do SUS, juntamente com o planejamento e a gestão dos serviços de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), foco deste estudo tem como objeto a investigação e posterior intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde com distintas formulações e entendimentos (MACHADO, 2013).

Ela emergiu enquanto proposta e prática no interior do setor saúde, juntos aos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) na década de 80, combinando elementos adquiridos a partir das experiências que despontaram em nível nacional e internacional das vigilâncias epidemiológicas e sanitária, da vigilância em saúde, da inspeção/fiscalização do setor Trabalho e do movimento italiano e latino-americano da saúde do trabalhador (PINHEIRO, 1996).

Embora seja composta por elementos que perpassam a vigilância sanitária e epidemiológica, a VISAT não nasce a partir delas, assim como também não se desponha das ações de inspeção do Ministério do Trabalho e Emprego, embora houvesse e ainda há a necessidade de uma relação de vizinhança, intersecção e de inspiração (PINHEIRO, 1996).

Porém não há como discutir Vigilância em Saúde do Trabalhador e contextualizar a institucionalização da saúde do trabalhador na saúde do Brasil sem destacar a implementação de suas ações definidos a partir da conquista social garantida na

Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (SANTOS, LACAZ, 2013; DIAS et al, 2009; COSTA et al, 2013).

A saúde do trabalhador é caracterizada como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde vem dar respaldo legal as ações que já vinham sendo executadas no país, pelos serviços de saúde do trabalhador sejam pelas ações de assistência, de maioria no país, seja pelas ações de vigilância, ainda tímida e localizada. É importante destacar que a partir da Lei Orgânica a VISAT deixa de ser uma aspiração para se tornar uma obrigação legal (PINHEIRO, 1996).

O campo da saúde do trabalhador tem por base os princípios do SUS definidos pelo acesso universal, integralidade da atenção, com destaque às ações de prevenção e promoção, descentralização e participação social, e possui enquanto objeto o processo de saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho, e como conceito nucleador o processo de trabalho. (MINAYO, 2011 p. 23, 24, 26, 27).

Desde o início de suas formulações o campo da saúde do trabalhador pauta-se na integralidade entre a assistência e a vigilância, entendendo a assistência como ação e fonte de informações (LACAZ; MACHADO; 2013). Conceitualmente, a atenção integral à saúde do trabalhador abrange ações de promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, de vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho e a assistência humanizada à saúde dos trabalhadores, incluindo a reabilitação física e psicossocial (DIAS; LACERDA E SILVA, 2012).

A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), resultado das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), discutiu as experiências que vinham acontecendo nos diversos estados. A partir destas experiências, princípios e diretrizes foram incluídos posteriormente pelo SUS, como a participação da sociedade. O que veio a respaldar que todo trabalhador poderia ser atendido de maneira integral e de forma universal, independente de ser segurado e estar trabalhando no momento (LACAZ, 2013).

Segundo Machado (2005, p. 988) as ações de saúde do trabalhador passam por um processo de amadurecimento e difusão derivado das configurações do SUS e das suas relações, entre outras, com o movimento sindical, com instâncias do Ministério da Previdência, do Trabalho e do Meio Ambiente.

A década de 1990 foi permeada pela elaboração de documentos, diretrizes, normas, que trilharam os caminhos da saúde do trabalhador enquanto campo da saúde pública e, o trabalho desenvolvido pelos CEREST contribuiu para a atenção em saúde do trabalhador diferenciada dentro do sistema de saúde, refletindo a luta organizada dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho inserido no contexto de tutela do Estado das ações de saúde.

A Década de 1990 também evidencia a dificuldade de articulação intersetorial visando a assistência e a vigilância, como explicitado nas discussões ocorridas na II CNST entre as instancias dos setores do trabalho e previdência social.

A portaria nº 3120 de 1998 vem fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Trabalha com conceitos de plurinstitucionalidade, intersetorialidade, que vai além do setor saúde e avança ao propor como princípios básicos nas orientações das ações, o controle social, a hierarquização, a descentralização, a pesquisa-intervenção e o caráter transformador, na perspectiva da melhoria da qualidade de vida no trabalho, bem como um movimento em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e coletivas (Brasil, 1998).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador,

Compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998).

A VISAT tem como objetivos: (i) Conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, (ii) Intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade,

atenuá-los e controlá-los, (iii) Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes e agravos à saúde, (iv) Subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo, (v) Estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde (BRASIL, 1998).

Para que ela aconteça recomenda-se a adoção de alguns critérios como: Base Sindical, Ramo Produtivo, Território, Epidemiológico (evento-sentinela), salientando-se que os critérios não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

De acordo com Lacaz (2013) a ST ganha contornos mais definidos de acordo com a base legal que vem se formando a partir da década de 90, mas por outro lado, há dificuldade e inviabilidade quanto a sua implantação no SUS, em função da conjuntura do país a partir da crise econômica e social e seus reflexos no mundo do trabalho.

Segundo Vasconcellos et al (2014), a vigilância em saúde do trabalhador é “uma ação típica de saúde pública”, entretanto inserida no SUS e possui sua existência somente a partir dele, sendo assim tem como seu ponto de partida institucionalizado a RENAST a partir da Portaria nº 1679/2002, possui enquanto estratégia para a execução das ações de saúde do trabalhador os CEREST, que segundo os autores, representam a base do conhecimento técnico legal em saúde do trabalhador e devem, por assim dizer, desencadear as ações de vigilância, facilitar a educação permanente para profissionais e técnicos do SUS e o controle social (LACAZ, 2013).

A VISAT, amparada pelo campo da saúde do trabalhador, deve ocupar o papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores a partir do seu agir integral, orientado pelo conceito de vigilância que integra produção, análise e difusão de informações e a realização de intervenção sanitária preventiva (MACHADO, 2011).

A heterogeneidade das ações, marcadas por características comuns segundo a construção das redes interinstitucionais demarcam-na e estabelece para o SUS uma perspectiva de intervenção no trabalho como condicionante do perfil sanitário (MACHADO, 2005, 2011).

Porém é importante destacar que estas ações não acontecem sem o protagonismo do trabalhador enquanto base social das ações e componente fundamental e inerente às ações de saúde do trabalhador. O trabalhador deve estar presente em todas as etapas das ações de vigilância desde a definição de prioridades, nas atividades de preparação e execução das inspeções sanitárias, assim como nas ações de avaliação e acompanhamento permanente dos casos (MACHADO, 2011).

Segundo Machado (2005):

[...] a VST é um processo social contínuo em que vários atores, inclusive a sociedade, executam o seu protagonismo cotidianamente em níveis distintos de ação e com integrações organizadas por processos de promoção da saúde ou de reprodução do capital, em contextos perceptíveis e imperceptíveis se tocando continuamente.

Trata-se de um processo dinâmico que requer incorporação de diferentes formas de conhecimento, com vistas à prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, e de grande importância nas informações provenientes dos processos de intervenções sistemáticas de outras instâncias e níveis da vigilância em saúde (DIAS, 1994; MACHADO, 1996).

Segundo Pinheiro (1996),

A VISAT procura romper com as práticas de vigilância centrada apenas nas abordagens eminentemente de agravos à saúde e de fatores de risco em populações, pois seu objeto é o processo saúde-doença, na sua integralidade com as dimensões polares de positividade e negatividade, distribuído na sociedade entre suas classes sociais (...). Adota-se majoritariamente o modelo explicativo da determinação social do processo saúde-doença.

A vigilância em saúde do trabalhador é marcada pelo processo de interação e conflito nas suas ações intra e intersetoriais, permeada pela sua inserção no SUS, acompanhada pelo movimento sindical e o modelo patronal de ação, em especial em relação ao controle gerencial das empresas e das ações restritas ao Ministério do Trabalho e Emprego (MACHADO, 1997).

A VISAT vem inovar ao se propor uma contra hegemonia no interior do próprio Estado, com o estímulo do controle social e a participação das classes trabalhadoras, objetivando a transformação social, explicitando assim, o papel de não-neutralidade oposta ao proposto pelo Estado (PINHEIRO, 1996).

O fortalecimento da RENAST no SUS fortalece o objetivo de implementar as ações de ST desenvolvidas e a caracterização dos municípios que acolhem esses serviços e discriminação dos CEREST enquanto estadual, regional e municipal.

A necessidade de atuação de profissionais qualificados nos centros para apoiar o estabelecimento das relações trabalho-saúde faz despontar a formação de profissionais no SUS, enquanto uma das frentes de ação da RENAST junto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A inserção das ações de VISAT na RAS de forma eficaz envolve não somente um fortalecimento das ações transversais nos diversos âmbitos intra-setoriais, mas e principalmente a inserção das ações na APS, porta de entrada do Sistema e que possui o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

As atividades de VISAT poderão ser realizadas pelos profissionais da rede assistencial, em especial os envolvidos com a atenção primária em saúde, embasado na idéia de que a atenção básica pode ser a única possibilidade da presença do Estado no cuidado à saúde em determinado território (DIAS; LACERDA e SILVA, 2013).

Portanto as equipes de vigilância deverão organizar-se de modo a prestar a retaguarda técnica e o apoio matricial para as redes de atenção primária em saúde, de média e de alta complexidade (VASCONCELLOS et al, 2014).

3.2. As ações de VISAT na Atenção Básica em Saúde

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, no relatório de Dawson, que preconizou a organização do sistema de saúde a partir de centros primários, secundários e os hospitais de ensino, enquanto fundamento da regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais (SOUZA et al, 2013).

Após a Conferência Mundial de Alma-Ata, em 1978, desenvolve-se o movimento da APS, com o intuito de se estabelecer enquanto uma ação integral e permanente que compõem os sistemas de saúde comprometidos com a qualidade de vida dos seus cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e sua comunidade, e desde então mostra-se um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas e estratégias de organização do sistema de saúde (SOUZA et al, 2013; PAIM, 2008).

Alma-Ata conceituou a APS enquanto,

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação (OMS, 1978).

A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária.

O Programa de Saúde da Família no Brasil (PSF) foi criado pelo governo como um programa especial no ano de 1994, com o propósito de ampliar os resultados alcançados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado na década anterior, embora o movimento da medicina comunitária tenha chegado no Brasil na década de 1970, ganhando maior reforço após a Conferência de Alma-Ata (BRASIL, 2007).

As ações que permeiam a Atenção Básica no país destacam-se a partir do movimento sanitário e a necessidade latente de reorientação do modelo assistencial, a proposta foi romper com o modelo médico-privatista, vigente até o início dos anos 80, que alicerçado a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e a regulamentação do SUS a partir da Lei nº 8.080 de 1990 (Brasil, 1990) definem a Atenção Básica à Saúde enquanto Política que visa à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde.

Em 1997 foi lançado pelo MS diretrizes que caracteriza o PSF enquanto uma estratégia de reorganização da rede e não mais como um programa e, posteriormente com o intuito de consolidação desta estratégia foi criado no Ministério da Saúde o Departamento de Atenção Básica (MS/DAB) (BRASIL, 2007).

Segundo Paim (2012) a proposta vai além de ser um programa especial do governo segundo suas especificidades e a caracteriza como:

Uma estratégia que possibilitaria a integralidade e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância em saúde, sendo substitutiva da rede básica tradicional, e que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

A PNAB prescreve práticas de cuidado e gestão democrática e participativa, desenvolvida por equipes multiprofissionais, direcionada a populações de territórios delimitados e dinâmicos pelas quais assume a responsabilidade sanitária, com alto grau de descentralização e capilaridade. Sendo assim, os processos de trabalho centrado em procedimentos profissionais deslocam para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (DIAS; LACERDA e SILVA, 2013; BRASIL, 2011).

Utilizam tecnologias de cuidado complexas e variadas para resolver as demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes, definidas a partir de critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e de aspectos éticos.

De acordo com a PNAB a APS tem como um de seus fundamentos e diretrizes coordenar a integralidade em seus vários aspectos, integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 4.279/2010 que orienta a RAS, atribuem a APS o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado em saúde, destacando sua capacidade resolutiva dos problemas mais comuns de saúde (DIAS; LACERDA e SILVA, 2013).

A RAS é a principal estratégia proposta para superar a fragmentação do cuidado e da gestão; garantir acesso e criar espaços de acolhimento e vínculo entre os profissionais e usuários, assegurando ações e serviços de saúde com efetividade e eficiência.

Atualmente a APS encontra-se em todos os municípios brasileiros, com serviços potencialmente estruturados de acordo com as necessidades concretas da população, zelando por uma atenção contínua e integral desenvolvida a partir da equipe multidisciplinar que a compõe, observando a singularidade do sujeito e sua inserção na sociedade e na cultura em que vive (BRASIL, 2011).

[...]favorecem a descentralização e a oferta de serviços de saúde nos territórios, facilitando o acesso dos usuários trabalhadores, a identificação de demandas e problemas de saúde relacionadas às atividades produtivas desenvolvidas no território, o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a população, mediada pelos ACS e a participação dos trabalhadores organizados em formas menos tradicionais que os sindicatos. Geração de informações sobre a situação de saúde mais fidedigna (DIAS; LACERDA e SILVA, 2013).

As equipes da APS devem desenvolver ações que visem à atenção integral à saúde dos usuários-trabalhadores, pressupondo o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população e sua incorporação no planejamento das ações.

A APS no Brasil recebeu a denominação de Atenção Básica à Saúde no SUS a partir da incorporação dos princípios da Reforma Sanitária com o intuito de enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Segundo Starfield apud Gomes et al. (2011),

a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

A Atenção Primária surgiu enquanto estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MAROSINI, 2008).

Embora que ainda são tímidas as ações de vigilância em saúde inter-relacionadas as ações desenvolvidas nas UBS e, muitas vezes, encontramos ações setorializadas a partir dos diversos “programas especiais” que envolvem o atendimento cotidiano dessas unidades e que são hoje, diretrizes do MS.

Não há que se negar que estes programas apresentam um significativo resultado para a população do território, na melhoria de determinados indicadores sanitários, porém são trabalhadas de forma isolada.

A vigilância em saúde tem como seu principal pilar a territorialidade e é fundamental que a AB organize seu processo de trabalho a partir dele, como já apontado anteriormente, observando o território em todos os seus aspectos (espaço geográfico, social e político) em constante transformação e com indivíduos que nele vivem e trabalham (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Nos moldes hoje em que o SUS está estruturado, não há outra forma que melhor se adéque para a estruturação das ações de saúde do trabalhador no SUS, visto que só e a partir da AB que se é capaz de adentrar e conhecer todo o território, em especial as atividades produtivas que acontecem dentro do domicílio e ao redor dele e inserir o sujeito trabalhador em todos os serviços do sistema.

Segundo Dias e Lacerda e Silva (2013) podemos sistematizar as ações de atenção integral à saúde do trabalhador desenvolvidas em quatro grupo segundo os resultados das buscas técnico-científicas e das oficinas de trabalho desenvolvidas: (i) Mapeamento das atividades produtivas e do perfil dos usuários trabalhadores, (ii) Identificação do usuário trabalhador e o estabelecimento da relação entre o agravo e ou adoecimento e o trabalho, (iii) Ações educativas, de promoção da saúde e orientação dos usuários trabalhadores, (iv) Ações de Vigilância em saúde do trabalhador

Alguns instrumentos podem auxiliar nas ações de vigilância de saúde do trabalhador, como a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), as Fichas de Notificação de Agravo do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), as Fichas utilizadas pela AB e outros sistemas os quais os trabalhadores daquele território tenham acesso e seja importante para sua análise e ações.

É importante destacar as ações de vigilância em ambientes de trabalho¹ no domicílio e peridomicílio, além dos trabalhadores que desenvolvem suas atividades na

¹ Considera-se ambiente de trabalho todo e qualquer local onde se desenvolve uma atividade produtiva. A VISAT busca conhecer as condições presentes no ambiente de trabalho, visando corrigir ou mitigar as situações perigosas para a saúde. Ela envolve a participação dos órgãos públicos, os empregadores e os trabalhadores. No caso do trabalho domiciliado, é importante lembrar que no cenário atual, apenas as

rua, papel indiscutivelmente prioritário da eAB, que através da relação de vínculo desenvolvido entre a equipe e os moradores do território é capaz de realizar.

A partir do conhecimento das atividades produtivas domiciliares desenvolvidas e os impactos à saúde dos trabalhadores, a equipe de referência é capaz de adentrar no meio domiciliar e peridomiciliar onde estas atividades são desenvolvidas e a partir da análise pela eAB realizada pode planejar ações necessárias para a atenção integral a estes usuários trabalhadores e, se necessário, propor ações que minimizem o impacto à saúde desses trabalhadores advindas do processo de trabalho, e também da sua família.

O reconhecimento do usuário - trabalhador, mesmo que esteja desempregado, e a investigação sobre o trabalho na sua ocupação atual ou pregressa que desenvolve por meio da coleta da história ou da anamnese ocupacional pode ser caracterizado como o primeiro passo para a realização dessas ações.

Pois, a partir da escuta do trabalhador a eAB é capaz de identificar a exposição a riscos para a saúde, e identificar grupos de trabalhadores mais vulneráveis, além de, como já dito anteriormente, melhorar o vínculo entre o usuário e o profissional, e com isso o reconhecimento de situações que favoreçam a ocorrência de acidente e os riscos e perigos decorrentes da organização do seu trabalho.

O diagnóstico correto e a conduta terapêutica adequada, com orientações e encaminhamentos, no plano individual, torna-se essencial para o acompanhamento do usuário trabalhador no território, além da notificação do agravo ou doença relacionado ao trabalho nos sistemas de informação do SUS, que permite e inicia a ação de Vigilância Epidemiológica.

Muitas vezes a investigação sobre a causa do adoecimento leva à demanda por ações de vigilância e vistorias nos locais de trabalho e intervenções visando a mudança de condições de trabalho inadequadas e geradoras de danos à saúde e ao ambiente.

A vigilância de ambientes e processos de trabalho tem por finalidade a promoção e proteção da saúde dos/as trabalhadores/as, por meio da identificação da

equipes da APS, em especial os ACS têm maior acesso aos ambientes e processos de trabalho, aumentando a responsabilidade do SUS.

presença de fatores de risco ou de perigos para a saúde presentes no trabalho, que permitirá a orientação dos trabalhadores e a intervenção sobre os processos produtivos de modo a torná-los mais seguros e se possíveis promotores de saúde (LACERDA E SILVA, DIAS, 2013).

As eAB devem priorizar ações de vigilância de ambientes e condições de trabalho em atividades desenvolvidos no domicílio, geralmente informal ou de subsistência, com baixa incorporação tecnológica e bem delimitadas no território da equipe. Essas atividades permanecem, muitas vezes, invisíveis e inacessíveis à fiscalização dos auditores do Ministério Trabalho e mesmo da Vigilância Sanitária. As tradicionais visitas domiciliares realizadas pelas eAB/eSF e, de modo particular, pelos ACS, podem ser uma oportunidade para identificação dessas atividades domiciliares e de situações de vulnerabilidade relacionadas ao trabalho (LACERDA E SILVA, DIAS, 2013).

Porém para que essas ações aconteçam enquanto rotina de trabalho da eAB é necessária uma reorientação do modelo de atenção à saúde (MATA et al, 2011), em que a Atenção Básica, enquanto porta de entrada do SUS esteja preparada para oferecer a atenção integral aos trabalhadores (DIAS et al, 2011), que se encontram a margem neste modelo de atenção. Não há o reconhecimento da centralidade do trabalho na determinação dos processos saúde-doença, e assim, as intervenções permanecem marginais ou inexistentes (DIAS et al, 2012).

As ações de ST são desenvolvidas de forma restrita na APS pelos ACS em decorrência de vários fatores, como a falta de informações sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, a priorização no desenvolvimento de ações direcionadas aos grupos definidos a partir de diretrizes nacionais, a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas, entre outros (LACERDA E SILVA, 2009).

Em muitos municípios as eAB se preocupam com a relação saúde-trabalho-ambiente, promovendo ações de intervenções, o que muitas das vezes não fazem parte do cotidiano do processo de trabalho (DIAS et al, 2012). O desenvolvimento do cuidado à saúde dos trabalhadores pelas eAB, refere-se ao critério adotado para adscrição da população do território por local de moradia.

Porém o que encontramos em grande parte nos territórios, em especial nas cidades dormitórios nas regiões metropolitanas, é a aproximação do trabalhador do território onde ele trabalha e não aquele onde ele mora, o que dificulta o acesso ao cuidado de saúde.

É importante que haja o fortalecimento do ideário de incluir na população adscrita os trabalhadores que naquele território passam a maior parte do seu tempo em função do seu trabalho.

No âmbito do SUS, as ações de VISAT estiveram, tradicionalmente, sob a responsabilidade de níveis especializados da rede de serviços, em especial dos CEREST e de setores das Vigilâncias nos Estados e Municípios. Entretanto, cresce a tendência de descentralização dessas ações para as eAB/eSF, voltadas especialmente para as atividades domiciliadas e para a busca da identificação dos processos produtivos desenvolvidos no território sob responsabilidade sanitária das equipes, que apresentem riscos potenciais ou perigos para a saúde dos trabalhadores e da população residente no entorno.

A partir do método que apresentaremos a seguir analisaremos os dados apresentando algumas experiências exitosas realizadas no país relatadas na literatura científica. São experiências ainda tímidas frente ao tamanho do país e o número de municípios com CEREST implantados, mas que apresentam resultados que apontam o potencial das eAB/eSF na realização das ações de VISAT.

4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso realizado no município de João Pessoa no estado da Paraíba, com o objetivo de conhecer a percepção das eAB/eSF sobre o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no cotidiano de trabalho, assim como as principais dificuldades e potencialidades para desenvolvê-las.

Optou-se pelo estudo de caso, na medida em que ele nos permite apreender os processos em curso e maneiras de interpretá-los, levando-nos a compreender e reconhecer o objeto social, permitindo um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais, esclarecendo os fatores que venham a interferir possibilitando modelos de análises replicáveis em situações semelhantes (MINAYO, 2014).

Este estudo de caso integra o Projeto nacional “Avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde”, coordenado por equipe de pesquisa da UFMG e engloba seis cidades do país. O objetivo da pesquisa é contribuir para o processo de estruturação e execução de ações de vigilância em saúde do trabalhador, na perspectiva da atenção integral à saúde do trabalhador, pelas eAB/eSF, utilizando a metodologia do Apoio Matricial.

4.1. Cenário do estudo

A seleção do município do estudo seguiu os seguintes critérios: (i) ser município de grande porte (acima de 300.000 habitantes); (ii) ser sede CEREST; (iii) possuir cobertura de ESF maior que 70%; (iv) possuir atores chaves enquanto facilitadores para execução do projeto.

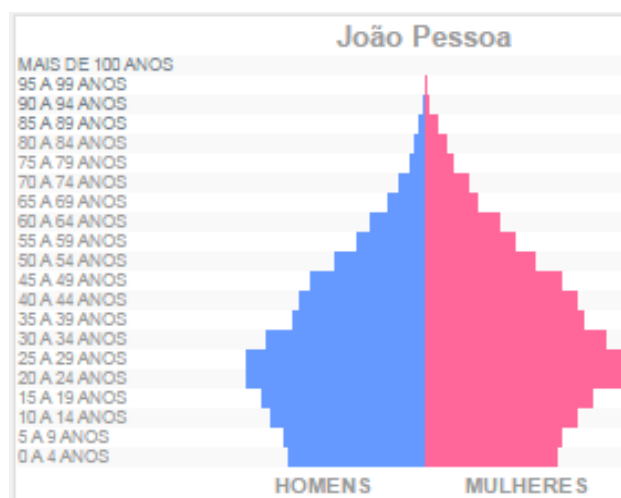
A caracterização do local de estudo foi realizada por meio de busca de dados secundários nos bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), MS, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério da Previdência Social (MPS), Plano Municipal de Saúde (2014 – 2017) e Relatório Anual de Gestão do CEREST de João Pessoa do ano de 2014.

Os dados foram organizados e sistematizados de forma descritiva com o intuito de apresentar o perfil socioeconômico e produtivo da região, abordando aspectos demográficos, perfil epidemiológico e perfil produtivo, assim como sobre a forma de organização do sistema de saúde do município, como os modelos de atenção, a organização da Atenção Primária em Saúde e a organização da área de Saúde do trabalhador.

O município de João Pessoa é capital do estado da Paraíba e está localizado na porção mais oriental do estado, limitando-se ao norte com o município de Cabedelo, pelo rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde, pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux, pelo rio Sanhauá e Santa Rita, pelo rio Mumbaba, integra a região nordeste do território nacional.

Sua extensão territorial é de 211.475 km², tendo população estimada de 791.438 habitantes para 2015 (IBGE) e com população segundo o Censo 2010 de 723.515 com densidade demográfica de 3.421,28 hab./km². Do quantitativo populacional 53,31% são mulheres e 46,68 são homens, sendo que 19,53% encontra-se em idade de 20 a 29 anos conforme demonstra a pirâmide etária abaixo (*Figura 01*).

Figura 01 – Pirâmide etária para a população residente de João Pessoa, 2010.



Fonte: IBGE, 2010

A maior parte da população encontra-se em áreas urbanas, com o total de 213.140 domicílios divididos em 64 bairros, sendo o bairro Mangabeira o mais populoso e o bairro Mussuré o de menor população (SMSJP).

A economia pauta-se no seu comércio e na indústria, além da pesca e a extração de caju e de coco, também não esquecendo de ressaltar o turismo na cidade, visto ser uma cidade de belíssimo litoral de águas mornas, sendo que o maior número de empregados encontra-se na Administração Pública e no setor de serviços com um aumento de 10,28% e uma queda nos setores de indústria da transformação, administração pública, construção civil e agropecuária, extração vegetal e caça e pesca referente aos anos de 2013 e 2014 conforme Tabela 01 apresentada abaixo.

Tabela 01 – Número de empregos ativos em João Pessoa em 31 de dezembro de 2014.

Número de empregos ativos em 31/12 por setor				
Município = PB-JOAO PESSOA				
IBGE Setor	Ano			
	2014	2013	Var. Abs.	Var. Rel. (%)
1 - Extrativa mineral	107	102	5	4,90
2 - Indústria de transformação	17.374	18.390	-1.016	-5,52
3 - Serviços industriais de utilidade pública	4.969	4.850	119	2,45
4 - Construção Civil	27.181	28.412	-1.231	-4,33
5 - Comércio	42.600	40.512	2.088	5,15
6 - Serviços	95.509	86.603	8.906	10,28
7 - Administração Pública	114.259	116.423	-2.164	-1,86
8 - Agropecuária, extração vegetal, caça e pesca	604	832	-228	-27,40
Total	302.603	296.124	6.479	2,19

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego em <http://acesso.mte.gov.br/portal-mte/rais/#2>

O número da População Economicamente Ativa (PEA) total é de 355.365 pessoas no município de João Pessoa, sendo que 320.330 são Pessoas Economicamente Ativas Ocupadas. Em relação a PEA 187.411 são homens, a maioria das pessoas, 130.014, possui ensino médio completo e superior incompleto e 19.041 são pessoas economicamente ativas aposentadas ou pensionistas do instituto de previdência oficial.

É importante destacar que há uma grande discrepância quando trata-se de cor ou raça, sendo que branca e parda somam-se 321.326 pessoas, enquanto a população economicamente ativa de cor ou raça amarela, indígena e preta somam-se 34.041.

Segundo o IBGE (2016) o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* da capital em 2012 atingiu R\$15.119,34. A renda nominal média no ano foi de R\$ 1.722, 27, contudo os índices apresentam grandes desigualdades em relação ao gênero, faixa etária e cor da pele.

As mulheres apresentam renda inferior a dos homens; os menores de 20 anos e as pessoas de cor parda apresentam renda inferior a relatada, assim como os que não possuem instrução ou possuem somente o ensino fundamental incompleto e os trabalhadores informais e domésticos.

Também de acordo com o IBGE (2016) 7,72% da população de João Pessoa nunca frequentou creche ou escola no município, abaixo do índice brasileiro que estava 10% no mesmo ano e 33,73% dessa população frequentavam a escola no momento da pesquisa do Censo de 2010.

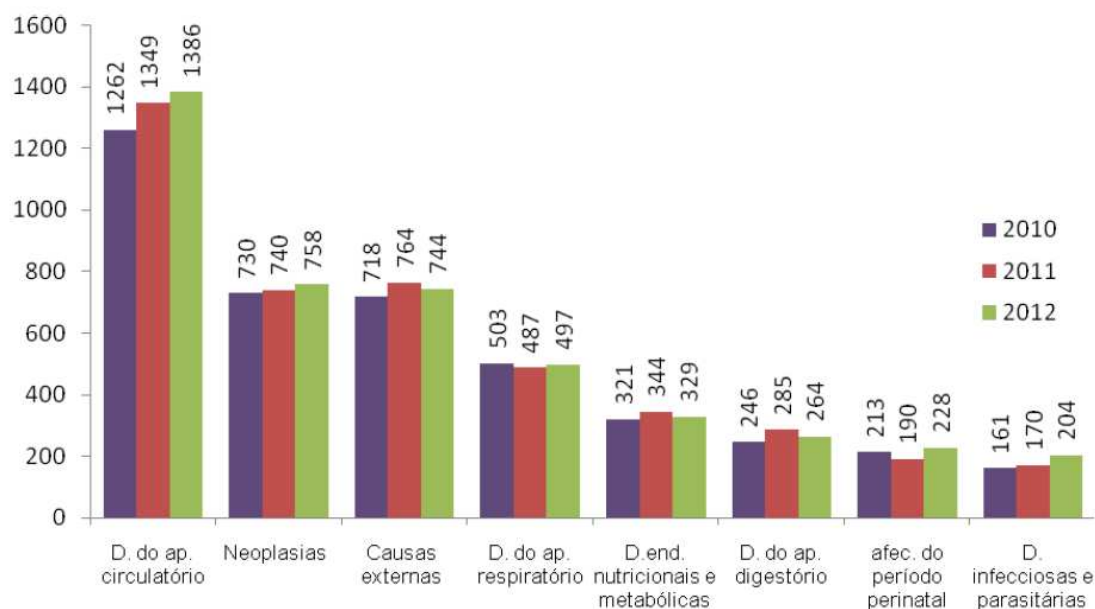
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Município, segundo o IBGE, está calculado 0,763, acima do nível nacional que era no mesmo ano de 0,730, porém pouco abaixo do desejável para as taxas demarcadas mundialmente, embora acima também das taxas das outras capitais do Nordeste (SMS-JP).

Em relação ao perfil epidemiológico do município, os principais grupos de causa morte em número de óbitos no ano de 2012 foram respectivamente: doenças do aparelho circulatório, responsável pelo maior número de óbitos (1386), neoplasias (758), seguido do grupo de causas externas (744) (*Figura 02*).

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em João Pessoa, e sua maior ocorrência foi no sexo masculino na faixa etária de 50 anos e mais, com destaque ao Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral – AVC.

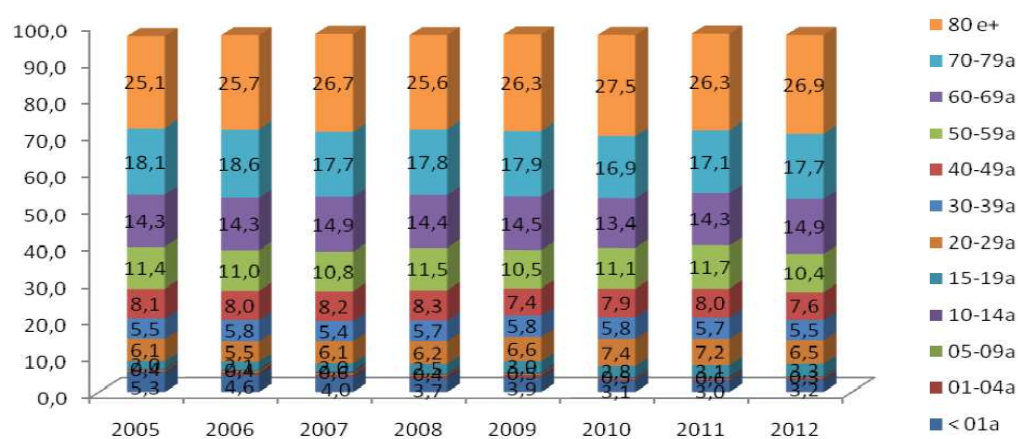
É importante observar, segundo o DATASUS, há um grande aumento na mortalidade da população de João Pessoa com faixa etária acima de 45 anos, havendo um aumento na taxa de mortalidade na faixa etária acima de 80 anos, conforme demonstra a *Figura 03*:

Figura 02 – Mortalidade por grupo de causa em João Pessoa/PB, no período de 2010 a 2012.



FONTE: SIM / SMS – JP

Figura 03 – Mortalidade Proporcional por faixa etária em João Pessoa/PB, no período de 2005 a 2012



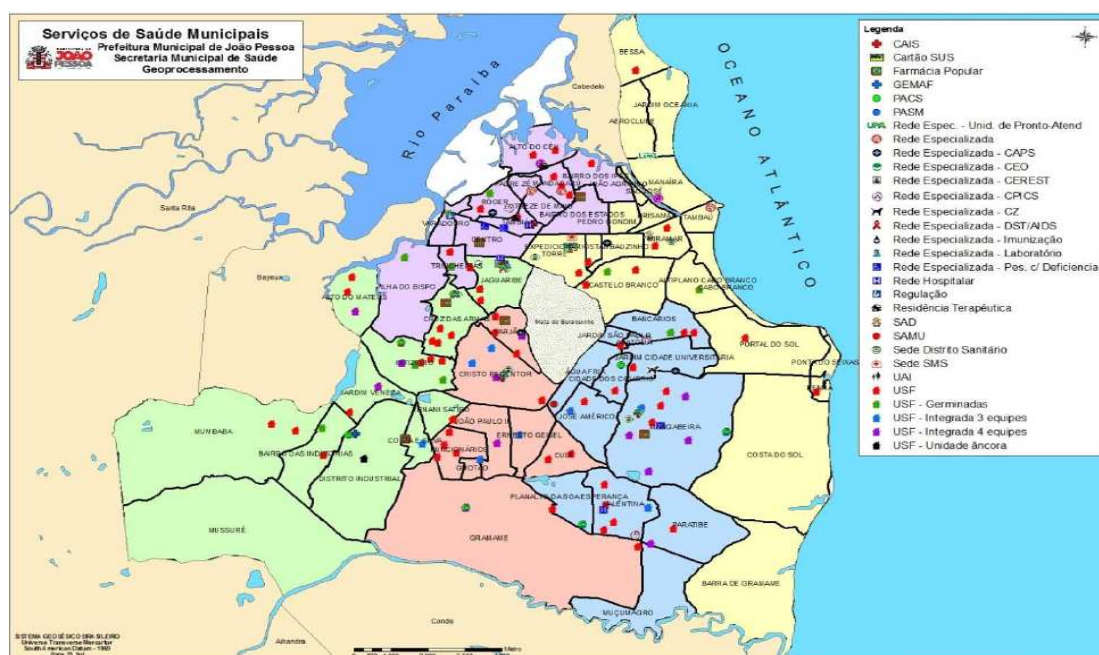
FONTE: SIM / SMS – JP

De acordo com os indicadores de morbidade do DATASUS 2012, devemos dar destaque a taxa de incidência dos casos de dengue (529,31%) no município de João Pessoa, ressaltando também a taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas: condições sensíveis à atenção básica (118,55%) e a proporção dos casos de AIDS por exposição sexual (98,8%), não havendo nenhum registro de indicadores para doença ou acidente do trabalho.

4.1.1. Organização do Sistema de Saúde de João Pessoa

Atualmente, o sistema de saúde municipal está organizado em uma rede de estabelecimentos públicos e privados, de caráter complementar. O município está habilitado na gestão plena do sistema municipal, segundo a Norma Operacional Básica 01/96, com a missão de defender o SUS como direito de todos e dever do Estado e ampliar seus esforços para mobilizar a sociedade para participar efetivamente da construção das políticas públicas de saúde (SMS-JP, 2014).

O município de João Pessoa possui 1.370 estabelecimentos de saúde no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES, cadastrados no município em toda a Rede de Atenção, organizada por meio de 5 Distritos Sanitários, sendo eles: Distrito Sanitário I, Distrito Sanitário II, Distrito Sanitário III, Distrito Sanitário IV e Distrito Sanitário V (*Figura 04*).



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017

A Rede de Assistência em Saúde do município é organizada conforme apresentado separadamente por distrito abaixo:

Tabela 02- Quantificação dos Serviços de Saúde por Distrito Sanitário:

Serviços	Quantidade					TOTAL
	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	
ESF	45	38	53	26	18	180
PACS	1	1	5	0	1	8
USF individuais	21	21	26	11	12	91
USF geminadas	4	1	1	3	1	10
USF integradas (03 ESF's)	0	0	2	0	0	2
USF integradas (04 ESF's)	4	4	5	2	1	16
Centros de Saúde incluídos Zoonoses, Centro de Referência para Pessoas Portadores de Deficiência, CAISI, Unidade Médica das Praias, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA.	2	0	1	5	3	11
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	0	1	1	1	1	4
Centro de Atenção Integral a Saúde - CAIS	1	1	1	0	0	3
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	0	1	1	1	0	3
Farmácia Popular	2	1	1	2	0	6
Hospitais	1	0	2	1	0	4

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa, a Rede de Atenção à Saúde de João Pessoa vem sofrendo modificações e adequações buscando assegurar a integralidade da atenção e organização da linha de cuidado, indo ao encontro do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 com o objetivo de planejar ações na Rede de Atenção à Saúde do Município. O Plano Municipal de Saúde (2014 -2017) é estruturado a partir de módulos operacionais divididos em objetivos e metas programadas dos componentes da Rede (SMS-JP) e a análise de situação de saúde dos seus territórios.

4.1.2. O Modelo de Atenção Primária à Saúde e a Saúde do Trabalhador no município de João Pessoa

De acordo com o Plano de Governo da Cidade de João Pessoa 2013-2016, o Programa de Saúde da Família enquadra-se nos Programas de Expansão e Desenvolvimento dos Serviços e Meios Básicos - Programa no 1 - Modernização, Eficiência e Qualidade na saúde (PMEQS-JP) e demarca enquanto Diagnóstico da Situação Atual, a insuficiência quantitativa e qualitativa do sistema de saúde do município em relação ao número de estabelecimentos de saúde, equipamentos e instalações.

A cobertura da estratégia de Saúde da Família (eSF) no município é de 88,3% e segundo o Programa de Governo do município esta cobertura encontra-se em constante crescimento. O município possui atualmente 180 eAB/eSF (DAB/MS), distribuídas em 125 Unidades de Saúde da Família nos 5 Distritos Sanitários do Município. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município cobre 100% da População conforme o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), com 1471 agentes comunitários cadastrados. Possui 181 equipes de Saúde Bucal implantadas e 34 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Observa-se de acordo com a Tabela 03, apresentada anteriormente, três tipos de Unidades de Saúde de Família: geminada, composta por duas equipes que trabalham conjuntamente; integradas, compostas por 3 ou 4 equipes no mesmo local de funcionamento e as Unidades Âncoras, compostas por Unidades que dão apoio aos locais que ainda não possuem eSF implantado.

O município baseia seu atendimento de acordo com o Decreto 7.508/2011 enquanto modelo de organização, formada por redes assistenciais definida a partir da Atenção Básica, enquanto porta de entrada do sistema de saúde. Abaixo a *Tabela 03*

apresenta os indicadores da atenção básica do município com período de referência de março de 2014, visto que não há até o presente momento outras informações inseridas no DATASUS para consulta.

TABELA 03 – Indicadores da Atenção Básica, João Pessoa.

População Coberta	653.400
Fam.Acompanhadas	156.058
Nº de Vis. Dom. ¹	119.677
Nº de gest. Acomp. ²	3.253
Acomp. Diabetes	14.125
Acomp.Hipertensão	48.905
Acomp.Tuberculose	102
Acomp.Hanseniose	59
Crian.Aleit. Mat.Ex. ³	1.347
Crian.Desnutridas	77
Crian.Vac. Em dia ⁴	11.889
Ob.infantil e fetal	53
At.Pré Natal	8.440
At.DST/AIDS	384
At. Esp.Acid.Trab. ⁵	470
At. Puericultura	55.421
Enc.Atend.Especial. ⁶	7.495
Enc.Intern.Hosp. ⁷	49
Enc.Urgen.Emerg. ⁸	414

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacionais em 05/12/15, modificado.

Legenda: ¹Número de Visitas Domiciliares; ²Número de Gestantes Acompanhadas; ³Crianças com aleitamento materno exclusivo; ⁴Criança com esquema vacinal básico em dia; ⁵Atendimento especializado em acidente de trabalho; ⁶Encaminhamento Atendimento Especializado; ⁷Encaminhamento Internação Hospitalar; ⁸Encaminhamento Urgência e Emergência; ⁹Visita de Inspeção Sanitária.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa (CEREST-JP) integra a rede especializada do município. Abrange a macrorregional I do estado da Paraíba, sendo composto por 65 municípios, cobrindo uma população de 1.906.595 habitantes, representando uma concentração de 29,14% dos municípios e 48,34% da população do Estado da Paraíba (RAG/CEREST-2014). Possui na macrorregional 32 Unidades de Saúde que são Sentinela para acidentes e agravos relacionados ao Trabalho divididos em 5 municípios.

O CEREST-JP possui equipe multiprofissional contando com 07 integrantes de Nível Médio e 13 integrantes de Nível Superior, que executam suas ações organizadas a partir: do Núcleo de Acolhimento e Assistência; Gestão do Cuidado; Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador (VISAT); Núcleo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador.

Realizou o acompanhamento de 400 usuários trabalhadores no ano de 2014, resultando em 711 procedimentos especializados realizados pela equipe multiprofissional, com uma média de 63 atendimentos mensais. Entre os procedimentos especializados, foram realizados: 711 consultas de profissional de nível superior, 96 atendimentos para emissão de parecer sobrenexo causal, e 190 consultas médicas em saúde do trabalhador, sendo que destes 383 (53,9%) são realizados pelo médico trabalho, 164 (23,1%) foram realizados pelo profissional de serviço social, 109 (26,7%) pelo fisioterapeuta, 45 (6,3%) pela enfermeira e 10 (1,4%) pela psicóloga (RAG/CEREST, 2014). Os trabalhadores atendidos distribuem-se nos setores econômicos de serviços, indústria, comércio e segmento agrícola, setores base da economia de João Pessoa conforme vimos anteriormente, autônomos e segurados especiais.

As ações de capacitação relatadas pelo CEREST-JP foram pautadas nas seguintes temáticas: VISAT, Protocolos de Intoxicação por Agrotóxicos e LER e DORT, Atenção Primária, VISAT na Atenção Primária e o Controle Social.

Segundo o Relatório de Gestão 2014 do CEREST-JP a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) está em construção na macrorregião, ressaltando o avanço da promoção e prevenção da saúde do trabalhador e a busca de dados para subsidio das ações de VISAT que têm sido meta do CEREST com o intuito de cumpri-la de forma mais fidedigna possível com as diretrizes previstas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Foram realizadas 14 ações em processos e ambientes de trabalho no município de João Pessoa a partir de fontes ou demandas, segundo informação do CEREST-JP de atendimento do Ministério Público do Trabalho; dos Sindicatos de categorias de trabalhadores da Construção Civil, do Comércio, das Telecomunicações; por informações consolidadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS de acidentes e agravos; através dos dados de atendimentos no Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador; acidentes graves e fatais veiculados pela mídia local; denúncias recebidas pela Ouvidoria de Saúde e pela ocorrência dos cursos de Básicos de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

As ações ocorreram de forma intra e interdisciplinar e encontram-se discriminadas a seguir:

Figura 05- Ações de VISAT por tipo de empreendimento, número de ações e situação de emissão de relatório técnico.

TIPO DE EMPREENDIMENTO	NÚMERO DE AÇÕES	EMIÇÃO DE RELATÓRIO
IND.CONSTRUÇÃO CIVIL	03	SIM
IND. DE ALIMENTOS	01	SIM
IND.CALÇADOS	01	SIM
IND. AÇUCAR E ALCOOL.	01	SIM
TELEATENDIMENTO	01	SIM
MARMORARIAS	03	SIM
COMÉRCIO VAREJISTA DE MERCADORIAS EM GERAL, COM PREDOMINÂNCIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS	02	SIM
OBRA ESTRUTURAL – CONSTRUÇÃO CIVIL E ESTRUTURAS METÁLICAS	02	NÃO CONCLUÍDO(em fase de Investigação de acidentes fatais)

Fonte: Relatório de Gestão do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de João Pessoa, 2014.

Os relatórios citados na tabela destinam-se à emissão de Termo de Notificação, na perspectiva de minimizar ou eliminar os riscos apresentados no trabalho. As ações foram notificadas no SIA-SUS e acompanhadas intra e intersectorialmente (Questionário RENAST, 2016).

Conforme citado acima, os dados contidos no SINAN são instrumentos importantíssimos nas ações de VISAT realizadas pelo CEREST-JP, sendo assim segue abaixo a série histórica dos acidentes e agravos no estado da Paraíba contida no Relatório de Gestão do CEREST-JP do ano de 2014.

Figura 06- Notificação de acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho no Estado da Paraíba (2012-2014).

Agravos e/ou Doenças Relacionadas ao Trabalho	2012		2013		2014		Total
	N	%	N	%	N	%	
Acidente de Trabalho Grave	412	26,3	709	45,2	592	47,3	1713
Acidentes com Exposição à Material Biológico	484	36,6	494	37,3	357	28,5	1335
Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (RT)	86	24,2	142	39,9	221	17,7	449

As notificações em saúde do trabalhador no município ainda necessitam de maior ampliação. Observa-se um número elevado de notificação em relação aos acidentes de trabalho grave e os acidentes com material biológico, com um crescimento significativo ao longo dos anos. Os outros agravos apresentam-se de forma tímida frente ao número da população ocupada do município, porém devemos destacar o aumento das notificações de LER/DORT e intoxicação por metal no município, que teve um aumento significativo no ano de 2015.

4.1.3. Participantes do estudo

Participaram desse estudo: 89 médicos e 90 enfermeiros das eAB/eSF, Diretor Institucional e Coordenador do CEREST Estadual do estado da Paraíba, Coordenador do CEREST Regional de João Pessoa e Coordenação da Atenção Primária em Saúde.

As eAB/eSF que responderam ao questionário foram selecionadas aleatoriamente, por meio do programa Microsoft Excel e os gestores foram convidados a participar do estudo, através de contato anterior realizado.

4.1.4. Etapas de desenvolvimento do estudo de caso

O estudo de caso foi realizado em quatro etapas:

1- Fase preparatória que inclui a preparação do trabalho de campo, elaboração e teste dos instrumentos e preparação da equipe de pesquisa.

i) Preparação do trabalho de campo

Além de o município demonstrar interesse e apoio na realização do estudo, se propondo a atuar enquanto facilitador do processo, assim como a equipe do CEREST regional que atuou ativamente na pesquisa, desde o processo de coleta de informações para a escolha das Unidades aptas para participarem do estudo até atuarem enquanto

auxiliares durante a pesquisa, orientando as equipes das Unidades e acompanhando todo o processo de execução.

A partir de informação coletada junto ao CEREST de João Pessoa e no sítio do município em <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/>, observou-se que o município compunha 175 eAB/eSF, inseridas em 5 Distritos Sanitários. Definiu-se a aplicação do questionário em 50% das Unidades de Saúde da Família de cada Distrito Sanitário, a partir de então foi realizado sorteio aleatório das Unidades Básicas de Saúde do município a partir do software Microsoft Excel. É importante ressaltar que após o sorteio realizado foi feita a busca de informações sobre a constituição da equipe, daquelas determinadas Unidades de Saúde da Família, sendo imprescindível para a realização do estudo que a mesma fosse composta por médico e enfermeiro com disponibilidade para participação no estudo, e que o estudo não acontecesse na Unidade em que somente um ou o outro profissional tivesse essa disponibilidade.

A importância dessa observação vai ao encontro do objetivo deste projeto em que é focado na percepção das equipes das Unidades de Saúde da Família.

A escolha pelos atores da gestão do município que participaram do estudo foi feita com base na importância da percepção do “olhar da gestão” na execução das ações de vigilância em saúde do trabalhador pelas eAB/eSF.

Foi realizado contato e o agendamento das entrevistas com os Coordenadores da Atenção Primária em Saúde do Município de João Pessoa, do CEREST Regional de João Pessoa e do CEREST Estadual do estado da Paraíba. Estes contatos foram realizados a partir do CEREST Regional de João Pessoa, enquanto facilitador do processo de realização do estudo.

ii) Elaboração e teste do instrumento

Foi utilizado questionário semiestruturado auto aplicado, com escala *Likert*; entrevistas semiestruturadas e diário de campo. O questionário foi realizado com os profissionais de nível superior das equipes de Unidade de Saúde da Família.

A escala Likert é uma escala psicométrica e pretende registrar o nível de concordância e discordância com uma declaração dada, a resposta é categorizada do menor para o maior nível de concordância. Essa escala é muito utilizada em pesquisas de opiniões (SANCHES, MEIRELES, SORDI, 2011).

A elaboração desse questionário foi organizado com base nas “Diretrizes para implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS” e na Política Nacional de Atenção Básica, 2011 e dividido em 04 blocos: (i) Identificação Geral do profissional de saúde; (ii) Práticas de atenção à saúde dos trabalhadores; (iii) Território (ênfase no perfil produtivo e epidemiológico); (iv) Situação do apoio matricial/institucional para o desenvolvimento das ações de VISAT.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com o Coordenador da Saúde do Trabalhador do estado da Paraíba, Coordenador do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de João Pessoa e a Coordenadora da Atenção Primária em Saúde de João Pessoa, com o objetivo de estudar a gestão municipal e estadual das ações de vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica. Para a realização destas entrevistas utilizou-se questionário semi-estruturado e apontou: a execução de ações de VISAT pela Atenção Básica; as demandas existentes; relações intra e inter setoriais; matriciamento; participação da equipe; instrumentos utilizados; dificuldades encontradas e o acompanhamento e monitoramento das ações.

De acordo com Minayo (2014) o roteiro de entrevista visa compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeito/objeto da investigação e será elaborado no intuito de facilitar a emergência de temas novos durante o trabalho de campo (MINAYO, 2004, apud MINAYO 2014).

Também foi incluído o diário de campo, por contribuir com a constatação de registros sobre determinadas situações, acontecimentos e comentários pessoais, que muitas vezes não são abordados nos instrumentos da pesquisa (PESSOA et al., 2013 p.145).

O questionário aplicado neste estudo foi testado em profissionais da Atenção Básica do município de Contagem, no estado de Minas Gerais para adequações necessárias.

iii) Preparação da Equipe de Trabalho

Foram realizadas algumas reuniões online com o CEREST regional de João Pessoa e os demais pesquisadores envolvidos, utilizando-se do Programa Skype, devido a distância e assim, dificuldade no deslocamento, para que algumas diretrizes fossem desenhadas e alguns contatos fossem feitos para o bom andamento e realização do estudo.

A equipe teve acesso aos materiais utilizados e a dinâmica a ser realizada para a entrada no campo para a coleta dos dados.

2- Trabalho de campo e coleta de dados

O trabalho de campo incluiu: a) aplicação de questionários com os médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde selecionadas; b) entrevista com os Coordenadores dos CEREST Estadual da Paraíba e Regional de João Pessoa e Coordenadora da Atenção Primária em Saúde; Questionários auto aplicado.

i) Aplicação dos questionários

O questionário auto aplicado respondido pelos médicos e enfermeiros teve como objetivo principal conhecer como as equipes das Unidades Básicas de Saúde percebem as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador nas ações por eles executadas.

O questionário foi respondido pelo profissional no seu local de trabalho, de acordo com sua disponibilidade de horário, acompanhado pelo pesquisador com o intuito de instruí-los quando necessário, em caso de não disponibilidade, o profissional retornou em momento agendado para nova tentativa de aplicação do questionário.

Os questionários levaram cerca de 10 a 12 minutos a serem respondidos pelos profissionais, que na grande maioria das vezes nos recebiam muito atentamente e com prontidão para responder a pesquisa, assim como relataram a oportunidade para iniciar um estreitamento na relação entre a AB e a ST.

Responderam ao questionário, profissionais de 89 Unidades de Saúde da Família, conforme apresentado no Quadro 01, sendo que em todas as Unidades que participaram

do estudo, ambos os profissionais citados participaram, a ausência de um destes, foi sinônimo de exclusão conforme critério adotado.

É importante ressaltar que embora os profissionais respondessem ao questionário de forma individual, as perguntas foram direcionadas para as atividades realizadas por ele e pela equipe de Saúde da Família que ele compõe naquela Unidade Básica de Saúde.

Conforme apresentado no Distrito III, quatro equipes foram excluídas do estudo por, no momento do estudo, não estarem completas.

QUADRO 1- Número de eSF do município de João Pessoa que participaram do estudo.

Distritos Sanitários	Total de eSF	Total de eSF responderam o questionário
I	47	24
II	38	20
III	51 – 4 (sem médico) = 47	23
IV	26	13
V	17	9
Total	175	89

Todos os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

As informações obtidas a partir dos questionários foram tabuladas e apresentadas neste estudo em formato de Gráficos elaborados no software Microsoft Excel, consolidadas e analisadas a partir de categorias, conforme apresentado no item 3.

ii) Entrevistas com os gestores

Foram entrevistados nesta etapa do estudo os gestores do município de João Pessoa responsáveis pelas áreas de saúde do trabalhador e atenção básica: Diretor Geral do CEREST Estadual, Diretor Institucional do CEREST Estadual, Coordenador do

CEREST Regional de João Pessoa e a Coordenadora da Atenção Básica em Saúde do município de João Pessoa.

As entrevistas foram agendadas previamente com o apoio do CEREST Regional de João Pessoa e realizadas dentro dos espaços dos próprios serviços. Foram realizadas individualmente, exceto no CEREST Estadual, em que estavam presentes os Diretores Geral e Institucional.

As entrevistas tiveram como objetivo compreender o olhar da gestão sobre o desenvolvimento das ações de VISAT na atenção básica.

Inicialmente, foram apresentados os objetivos, a relevância e a finalidade do desenvolvimento deste trabalho e, em seguida, o entrevistado foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01).

Em seguida o pesquisador convidou o entrevistado a se apresentar levando em consideração sua formação básica, sua trajetória no SUS e a experiência na área de saúde do trabalhador e há quanto tempo está na coordenação do serviço.

Em um segundo momento, foi utilizado o questionário semi-estruturado pelo pesquisador para orientar a conversa, porém foi dada ao entrevistado a liberdade de apontar a qualquer momento assuntos afins a esta pesquisa.

À medida que o pesquisador apresentava a pergunta, o entrevistado tinha o tempo livre para responder as perguntas, que abordavam questões relativas a estruturação da atenção integral a saúde do trabalhador na rede de serviços, buscando apresentar como desenvolvem as ações de saúde do trabalhador junto a atenção básica, como a gestão se organiza para desenvolvê-las, assim como os instrumentos utilizados e os apoios mobilizados para o desenvolvimento das ações.

As informações obtidas nas entrevistas foram consolidadas e analisadas a partir de categorias, conforme apresentadas a seguir.

3- Consolidação e análise dos dados

Para a consolidação e análise dos dados das entrevistas e do questionário semi-estruturado utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1979) *apud* Minayo (2014).

A Análise de Conteúdo surge século XX nos Estados Unidos durante a Primeira Guerra Mundial com o objetivo de analisar o material produzido pela imprensa e pela propaganda para identificar mensagens de cunho nazista e subversivo, tendo como seu precursor o cientista político Harold Lasswell.

É um conjunto de instrumentos metodológicos de análises cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que busca ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados cujo objetivo é a descrição e a interpretação dos conteúdos das mensagens. Para o desenvolvimento da técnica foram seguidos os seguintes passos, propostos pelo autor:

- I) Leitura flutuante do material;
- II) Definição de categorias de análises;
- III) Análise dos resultados.

As categorias de análise foram definidas a partir da leitura flutuante do material, sendo elas:

- I) Caracterização dos participantes do estudo
- II) Ações de VISAT desenvolvidas pela AB
 - a) Mapeamento dos processos produtivos do território;
 - b) Identificação do usuário trabalhador e o perfil epidemiológico dos trabalhadores que residem no território;
 - c) Notificação e análise das informações dos agravos da Saúde do Trabalhador;
 - d) Identificação da rede de apoio de interesse para a saúde dos trabalhadores;

- e) Apoio Institucional, técnico especializado e pedagógico para o desenvolvimento da vigilância à saúde do trabalhador na AB;
- f) O Controle Social nas ações de ST desenvolvidas pela APS.

A partir da leitura flutuante do material e dos dados coletados optou-se por categorias comuns aos conteúdos das entrevistas e dos questionários para uma melhor qualidade na discussão e apresentação da análise.

III) Devolução dos dados analisados no Seminário Atenção Primária e Saúde do Trabalhador no SUS.

Os dados coletados e tabulados com os resultados iniciais da pesquisa foram criados no Programa Microsoft Power Point e apresentado via aparelho multimídia no Pannel: *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária: perspectivas e desafios no cuidado em saúde*, no *Seminário Macrorregional de Saúde do Trabalhador: Atenção Primária e Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS* que aconteceu nos dias 20 e 21 de novembro do ano de 2014 na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) teve como objetivo discutir os processos de implantação/ implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Sistema Único de Saúde no município de João Pessoa/PB.

Neste estudo foram descritos alguns pontos apresentados durante a realização do Seminário para que as ações de VISAT sejam realizadas na AB a partir de dois tópicos: (1) Atenção Básica, (2) Saúde do Trabalhador.

A *Figura 07*, apresentada a seguir sumariza as etapas do estudo.

Figura 07- Etapas do Estudo

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob o número 1.154.763 de 10 de julho de 2015.

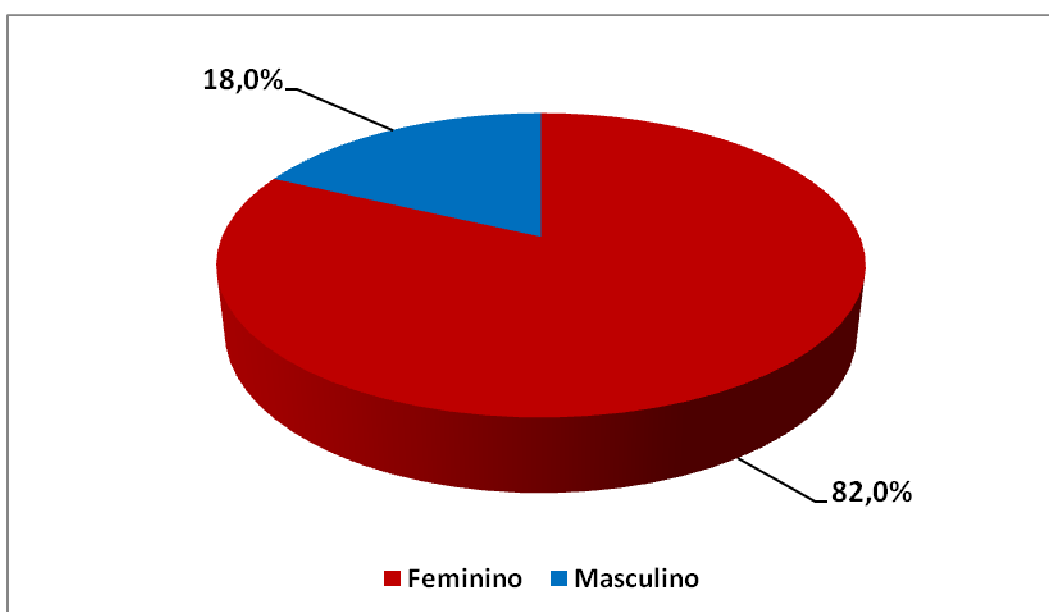
5. RESULTADOS

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados de acordo com as categorias definidas.

I) Caracterização dos Participantes do Estudo

Responderam ao questionário 89 médicos e 90² enfermeiros, com predominância do sexo feminino³ em ambas as profissões, conforme *Figura 08*:

Figura 08- Distribuição dos profissionais das eSF, por sexo



Observamos que, no que se trata dos profissionais de enfermagem, somente há 3 homens enfermeiros no universo da pesquisa. Isso vai ao encontro da pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil (2015)” que apresenta que no país 84,6% dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino.

Embora na mesma pesquisa em relação aos médicos divulgada pelo Conselho Federal de Medicina “Pesquisa Demográfica Médica no Brasil” (2013) demonstre

² 90 enfermeiros responderam o questionário porque houve uma solicitação voluntária de um enfermeiro, de uma mesma equipe, que atua em uma Unidade Germinada de participar do estudo.

³ Houve 1 questionário em que não foi respondido o sexo do profissional.

predominância no sexo masculino (59,18%) no exercício da profissão, neste estudo constatamos uma predominância de médicas (67,5%) do sexo feminino.

Os profissionais que responderam ao questionário em sua maioria (46%) possuem mais de 50 anos de idade conforme *Figura 09* apresenta abaixo, e em sua maioria são mulheres enfermeiras (22%).

Observamos também que 57% dos profissionais, conforme *Tabela 04*, possuem mais que 10 anos de atuação na estratégia de saúde da família, essa predominância também é encontrada independente da profissão e do sexo destes profissionais.

FIGURA 09- Faixa etária dos profissionais das eSF.

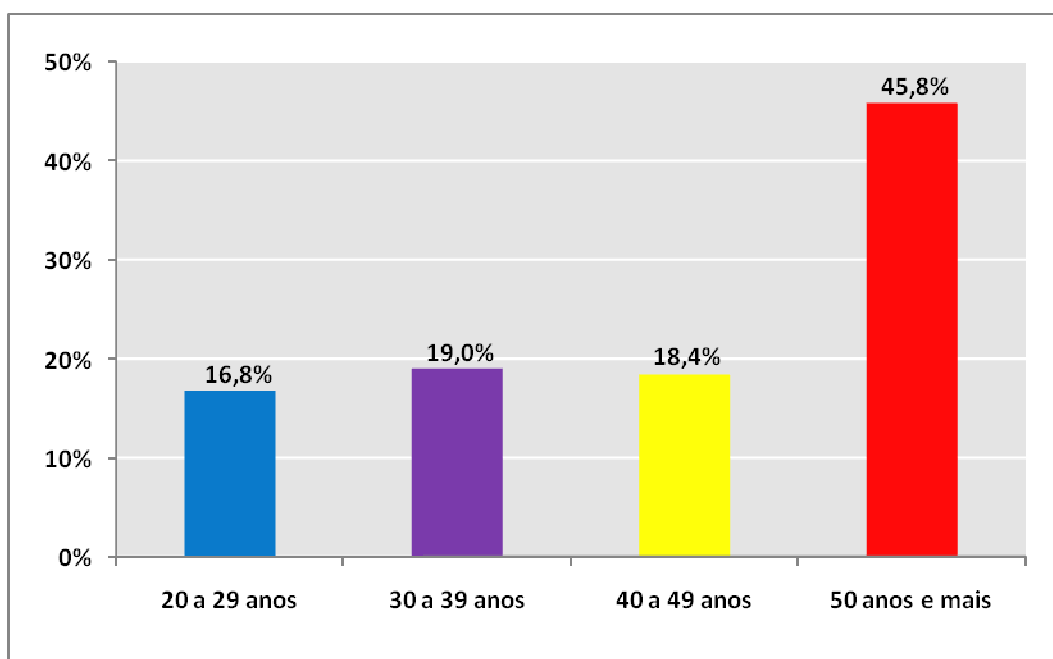


TABELA 04 – Tempo de atuação na estratégia de saúde da família de acordo com profissão e sexo.

		Gênero pela profissão				Total
		Enfermeira	Enfermeiro	Médica	Médico	
Tempo	Até 1 ano	2	0	6	6	14
	1 a 3 anos	11	1	14	8	34
	4 a 6 anos	8	1	4	2	15
	7 a 9 anos	4	0	7	3	14
	10 + anos	61	1	29	10	101
Total		86	3	60	29	178

É importante ressaltar que embora os profissionais respondessem ao questionário de forma individual, as perguntas foram direcionadas para as atividades realizadas por ele e pela eAB/eSF que ele compõe naquela Unidade Básica de Saúde.

Também participaram deste estudo os profissionais gestores da saúde do trabalhador do estado da Paraíba e os profissionais gestores da saúde do trabalhador e da atenção básica do município de João Pessoa que responderam a entrevista.

Foram realizadas 03 entrevistas com 04 profissionais gestores, sendo (01) entrevista com os gestores do CEREST Estadual da Paraíba: (01) Diretor Institucional do CEREST Estadual da Paraíba, (01) Coordenador Estadual do CEREST da Paraíba,

(01) entrevista com o gestor da ST do município: (01) Coordenador Regional do CEREST de João Pessoa e (01) entrevista com o gestor da AB do município: (01) Coordenador Municipal da Atenção Primária em Saúde.

Os profissionais entrevistados possuem nível superior, (02) Enfermeiro, (01) um Médico, (01) um Assistente Social, sendo (02) do sexo masculino e (02) do sexo feminino e de acordo com o que relataram nas entrevistas possuem de 01 a 02 anos no cargo enquanto coordenadores, mas houve relato de todos os gestores que estes desenvolviam atividades anteriores relacionadas a sua área de gestão atual.

II) Ações de VISAT desenvolvidas pela AB

a) Mapeamento dos processos produtivos do território

Os determinantes e condicionantes do trabalho no território deve ser acompanhado pela equipe e avaliados enquanto causadores de agravos à população residente no território, por isso a necessidade do mapeamento das atividades produtivas do território e sua atualização permanente, a fim de relatar a realidade local para o acompanhamento desses usuários trabalhadores.

As alterações no mundo do trabalho que envolve a precarização do trabalho e o desemprego levam as pessoas a estarem buscando diversas formas de obter renda, aumentando os trabalhos informais e em especial o trabalho em domicílio, que pode estar sempre sofrendo alterações, seja nos processos de trabalho, seja no produto final ou em novos espaços de trabalho (VIEIRA, DIAS, MATTOS, 2013).

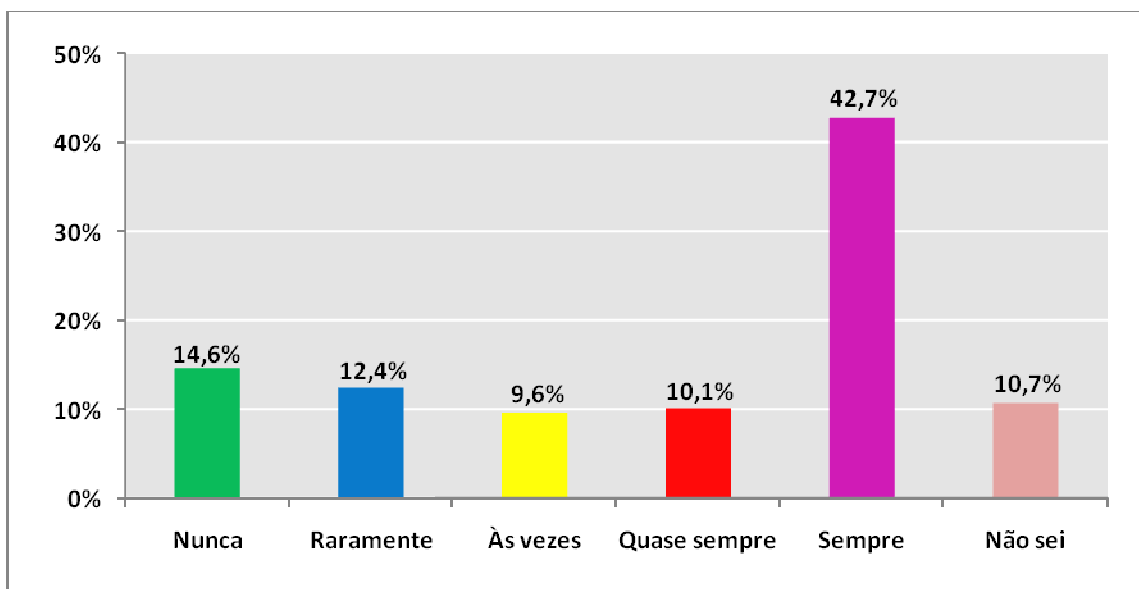
As ações de VISAT no âmbito da Atenção Básica começam pela identificação das atividades produtivas existentes no território, devem estar identificadas as atividades produtivas formais e informais nos diversos setores, como: indústria, construção civil, extração e beneficiamento de minerais, de prestação de serviços, atividades rurais, entre outros, com destaque para o trabalho domiciliado, ressaltando que pela proximidade da AB com população, os ACS tornam-se atores chaves para o reconhecimento dessas atividades. São exemplos de trabalho domiciliado: costura, produção e venda de alimentos, produção de produtos de limpeza, entre outras.

O mapeamento das atividades produtivas do território sanitário de referência às eAB/ eSF pode ser feito a partir de informações primárias e secundárias. As informações primárias são obtidas a partir do levantamento, geralmente feito pelos ACS, no cadastramento das famílias, e as informações secundárias podem ser obtidas a partir de registros administrativos públicos existentes nos municípios, além de informações dos moradores, ACS e demais membros das equipes de saúde, representantes dos trabalhadores, de associação de moradores, registros nos sistemas, como por exemplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) entre outros.

A coordenação do CEREST Estadual apresenta como estratégia de mapeamento do perfil produtivo do estado da Paraíba a obtenção de dados secundários aliado ao levantamento que já é realizado pela atenção básica, frente à utilização dos dados do último senso populacional e as mudanças ocorridas no território. Inicialmente foi realizada a tentativa de trabalhar junto as Gerencias Regionais de Saúde (GRS) com os municípios, com a proposta de que os dados fossem coletados de forma primária, no intuito de que os profissionais conhecessem todo o território de referência. Mas muitas dificuldades foram apresentadas e as respostas foram muito frágeis.

No presente estudo podemos observar que 53,4% dos profissionais que responderam ao questionário apontaram que *Quase sempre* ou *Sempre* a eAB/eSF de sua unidade de referência mapeiam as atividades produtivas presentes no território, 22% disseram que *Raramente e Às vezes* a eAB/SF realizam o mapeamento e, deve-se ressaltar 25,3 dos profissionais respondentes ao questionário disseram que *Nunca* e *Não sei* se este mapeamento é realizado pela eAB/eSF, conforme apresentado na *Figura 10*.

Figura 10 - Distribuição das respostas à pergunta: “A equipe de Saúde da Família mapeia as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência de sua unidade (ex: frigorífico; fábrica de tecido; agricultura, padaria, marcenaria, etc), ”



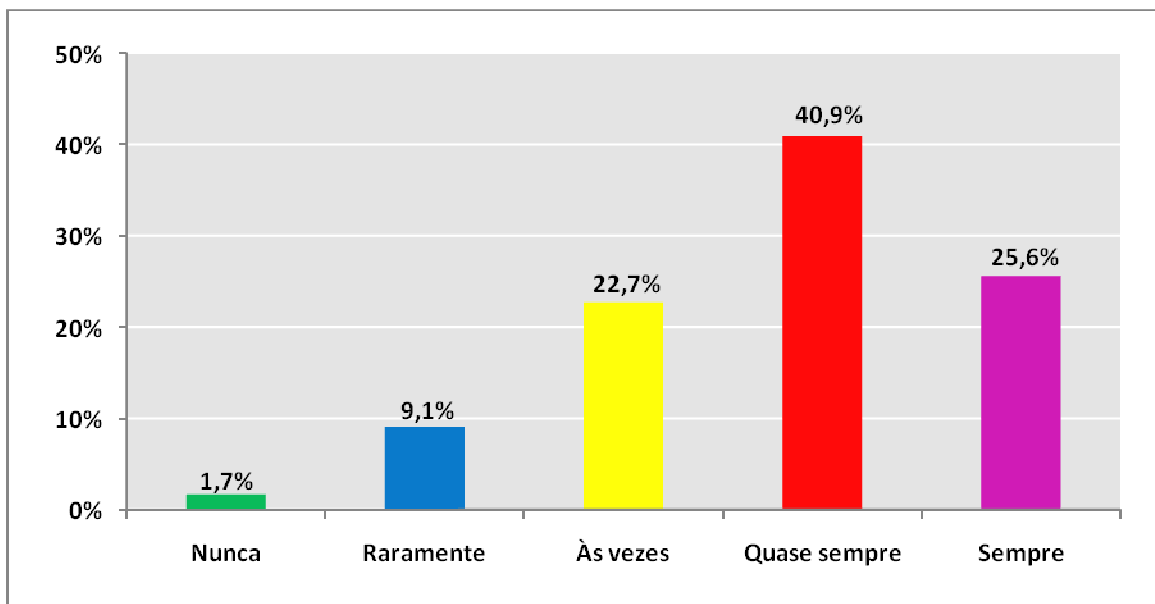
Percebe-se que as eSF/eAB realizam o mapeamento das atividades produtivas domiciliares do seu território de referência, mas ao se tratar de uma ação desencadeante a todo o processo de VISAT, não há uma sensibilidade de todos os profissionais para que se agregue essa ação à rotina de trabalho da unidade, haja visto o quantitativo de respostas, em especial com as variáveis *Raramente*, *Nunca* e *Não sei*.

O reconhecimento das atividades produtivas e a análise das possíveis repercursões sobre a saúde dos trabalhadores é essencial a todos os profissionais que compõe a eAB/eSF (DIAS, SILVA, ALMEIDA, 2012).

É importante que ao mapear as atividades produtivas a eAB/eSF os profissionais da saúde que compõe as eAB/eSF considerem o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença da população que ali vive e trabalha.

Dentre os profissionais que responderam ao questionário 66,5% afirmaram que *Quase sempre* e *Sempre* tem conhecimento das atividades produtivas que influenciam a saúde da comunidade, 31,8% dos profissionais afirmaram que *Raramente* e *Às vezes* tem conhecimento dessas atividades que influenciam a condição de saúde do usuário e da comunidade em geral e 1,7% Nunca teve conhecimento dessas atividades *Figura 11*.

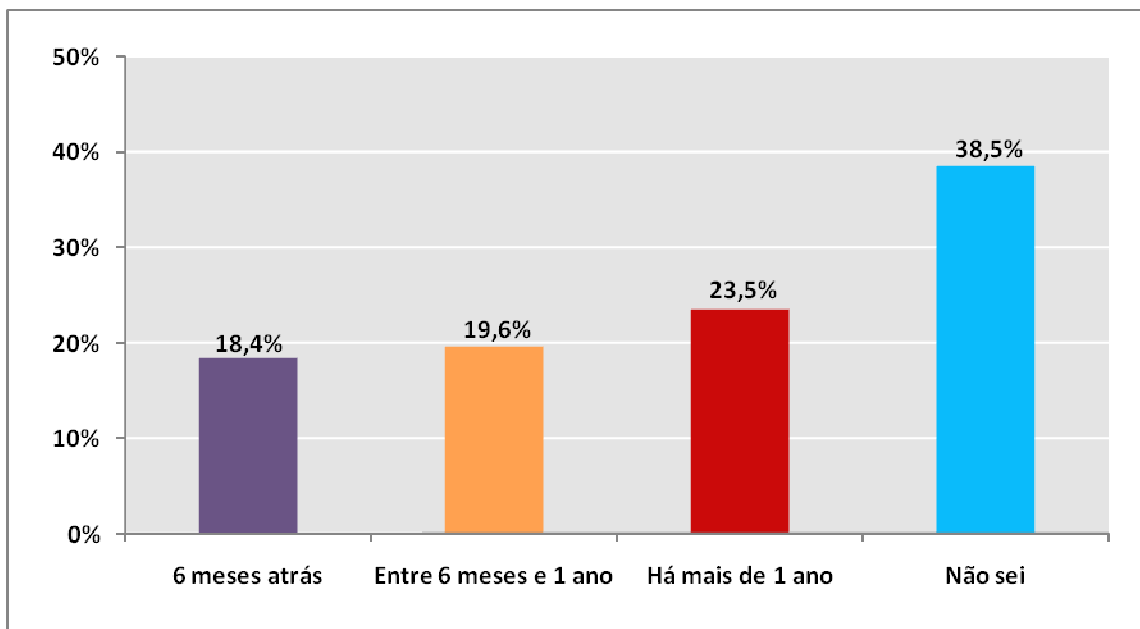
Figura 11 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você tem conhecimento sobre a/as atividade (s) produtiva (s) (ex: fábricas, agricultura) desenvolvida (s) no território de referência de sua unidade de saúde que influencia (m) a condição de saúde dos usuários e da comunidade em geral?"



Segundo informado pela coordenação do CEREST estadual da Paraíba em sua entrevista, o planejamento das ações, metas e indicadores inseridos na Programação Anual de Saúde (PAS) são em prol da importância do olhar dos profissionais da AB para o território e o conhecimento dos processos produtivos, do adoecimento e da relação existente entre o adoecimento e os processos de trabalho existentes no território e as ações de vigilância que podem ser desenvolvidas.

Dos profissionais que responderam ao estudo 38,5% não sabem quando a eAB/eSF a qual pertence mapeou as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência, 23,5% disseram que a equipe realizou o mapeamento há mais de um ano, enquanto 38% afirmaram que as equipes realizaram o mapeamento há 6 meses e entre 6 meses e 1 ano conforme demonstra a *Figura 12*.

Figura 12- Distribuição das respostas à pergunta: "Qual a última vez em que a equipe de Saúde da Família mapeou as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência de sua unidade?"



O cadastramento deve ser atualizado periodicamente, dada a dinamicidade dessas atividades (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013) e possibilita a equipe conhecer a situação de vida das famílias e identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e os problemas de saúde que podem ser esperados ou desencadeados pela exposição aos fatores de risco.

As complexas transformações que ocorrem no ambiente interferem direta e indiretamente no processo saúde e doença nos territórios determinados (SANTOS, RIGOTTO, 2011), é trabalho do ACS identificar e interferir em situações que apresentem potencial dano aos indivíduos e suas famílias.

É importante ressaltar que a simples identificação da atividade produtiva não é suficiente, segundo Dias, Lacerda e Silva e Almeida, (2012), o significado da presença dessas atividades necessita ser decodificado pela equipe e traduzido na identificação de possíveis fatores de risco para a saúde e o ambiente para o planejamento de ações e realização de medidas intervenham nos riscos e que levem a negociação de medidas de prevenção.

O conceito de risco engloba elementos básicos que devem estar inseridos no contexto de trabalho dos profissionais da AB como a percepção de que algo pode acontecer, a probabilidade de que algo aconteça e as consequências se acontecer. O risco deve ser considerado a possibilidade de ocorrer um efeito adverso à saúde e a incerteza dessa ocorrência, entendendo que o efeito só existirá se houver exposição (DIVAST, 2012).

O trabalhador se expõe no seu processo de trabalho a muitos fatores e situações de risco, podendo causar diversos efeitos à sua saúde, que pode vir a ser causado por mais de agente causador, para um determinado efeito ou agravo. Sendo assim são categorizados grupos de fatores e situações de risco que devem ser observados pela eSF/eAB durante o processo de mapeamento do território, em especial durante a realização das Visitas Domiciliares (*Tabela 05*).

Tabela 05 – Fatores e Situações de Risco segundo exposição do usuário trabalhador

Fator e Situação de Risco	Descrição
Físicos	Energia propagando-se como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas (calor, frio), umidade, radiações ionizantes, radiações não-ionizantes, bem como o infra-som e o ultra-som
Químicos	As substâncias, compostos ou produtos que podem ser inalados pela via respiratória, sob a forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da exposição, possam ser absorvidos por meio da pele ou ingestão
Biológicos	Caracterizados pela exposição a organismos vivos como: bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, animais peçonhentos, entre outros, que, ao interagirem com o organismo humano, podem resultar em doenças.
Ergonômicos	Contemplam os fatores psicossociais e os biomecânicos. Os fatores

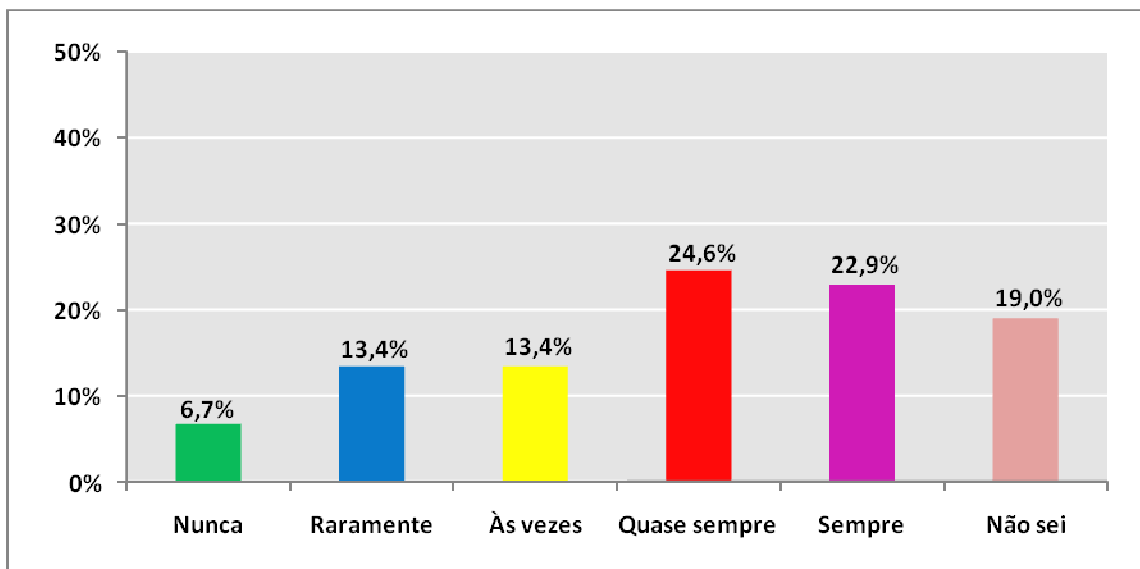
	<p>psicossociais consistem, por um lado, na interação entre o trabalho, seu ambiente, a satisfação no trabalho e as condições de sua organização; e por outro, na capacidade do trabalhador, suas necessidades, sua cultura e sua situação pessoal fora do trabalho, o que pode incluir na saúde e no rendimento do trabalhador.</p> <p>Assim, as situações organizacionais que se apresentam no modelo de gestão do estabelecimento, vínculo de trabalho, jornada, ritmo, relações interpessoais, etc., integram também os fatores psicossociais. Já os fatores biomecânicos dizem respeito às condições do ambiente físico, mobiliário, layout, repetitividade da tarefa, posturas impostas pela atividade, posturas inadequadas e condições de trabalho relacionadas à adaptação psicológica dos trabalhadores. Além disso, estes fatores envolvem também levantamento de peso, transporte e descarga de materiais, etc.</p>
<p>Sociais</p>	<p>Aqueles relacionados às características próprias do trabalho e suas conseqüências na vida dos trabalhadores.</p> <p>Os trabalhos temporários, sazonais, a alta rotatividade, a baixa influência dos empregados e seus sindicatos nas condições de trabalho, os baixos salários, a falta de apoio social, as relações de emprego precárias, moradias sem condições de higiene e conforto, trabalho longe das famílias e as situações de violência no campo e nas cidades, etc. São fatores que também podem contribuir para efeitos adversos sobre a saúde dos trabalhadores;</p>

<p style="text-align: center;">De acidentes</p>	<p>Condições existentes nos ambientes de trabalho que podem favorecer a ocorrência de lesões corporais e até mesmo mortes, decorrentes de situações como: arranjos físicos inadequados, iluminação inadequada, desníveis no local de trabalho, utilização de produtos inflamáveis, contato com animais peçonhentos, assaltos, agressões de terceiros, etc.;</p>
<p style="text-align: center;">Ambientais</p>	<p>Agentes químicos, físicos, biológico e de acidentes que têm suas fontes emissoras localizadas fora dos limites do estabelecimento em análise.</p> <p>Destacam-se também como fatores ou situações de risco, o assédio moral e sexual, presentes em alguns estabelecimentos e até em algumas organizações, que tem gerado constrangimento, sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.</p>

Tabela 05: Grupos de fatores e situações de risco, que são identificados nos ambientes e processos de trabalho. Fonte: DIVAST 2012.

Ao mapear as atividades produtivas 47,5% disseram que *Quase sempre e Sempre* a equipe identifica os fatores e situações de riscos decorrentes dessas atividades, 26,8% responderam que *Raramente e Às vezes* a equipe identifica os fatores e situações de riscos e 25,7% relataram que *Nunca e Não sabem* se a equipe faz a identificação dos fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, conforme podemos analisar a partir da *Figura 13*.

Figura 13 - Distribuição das respostas à pergunta: "Ao mapear as atividades produtivas desenvolvidas no território, a equipe identifica os fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, decorrentes dessas atividades?"



De acordo com os dados apresentados neste estudo as eSF/eAB são capazes de identificar os fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, embora uma pequena parcela dos respondentes relataram que a eSF não realiza esta identificação ou não sabem se é realizado.

No município de Anchieta, no estado do Espírito Santo, a integração da vigilância em saúde com a AB através da identificação dos fatores e situações de risco no território foi realizado através do desenvolvimento de ações conforme cada área adstrita e suas características (epidemiológicas, comerciais, sociais) e a efetivação do vínculo entre os profissionais da AB desencadeou uma aproximação dos trabalhadores da saúde envolvidos no processo através do apoio às equipes para a estruturação das ações (SANTOS et al, 2012).

Considerando a complexidade do processo de saúde-doença se faz necessário que a ação de vigilância dos ambientes e processos de trabalho tenha um olhar ampliado sobre o conjunto de fatores e situações de risco de forma a evitar a compreensão compartimentalizada e reducionista das reais situações de riscos a que possam estar expostos os trabalhadores.

As atividades produtivas que acontecem no domicílio e peridomicílio, os trabalhadores de rua e aqueles trabalhadores que encontram-se em vulnerabilidade segundo seu processo de trabalho deve ser acompanhado mais de perto pelas equipes.

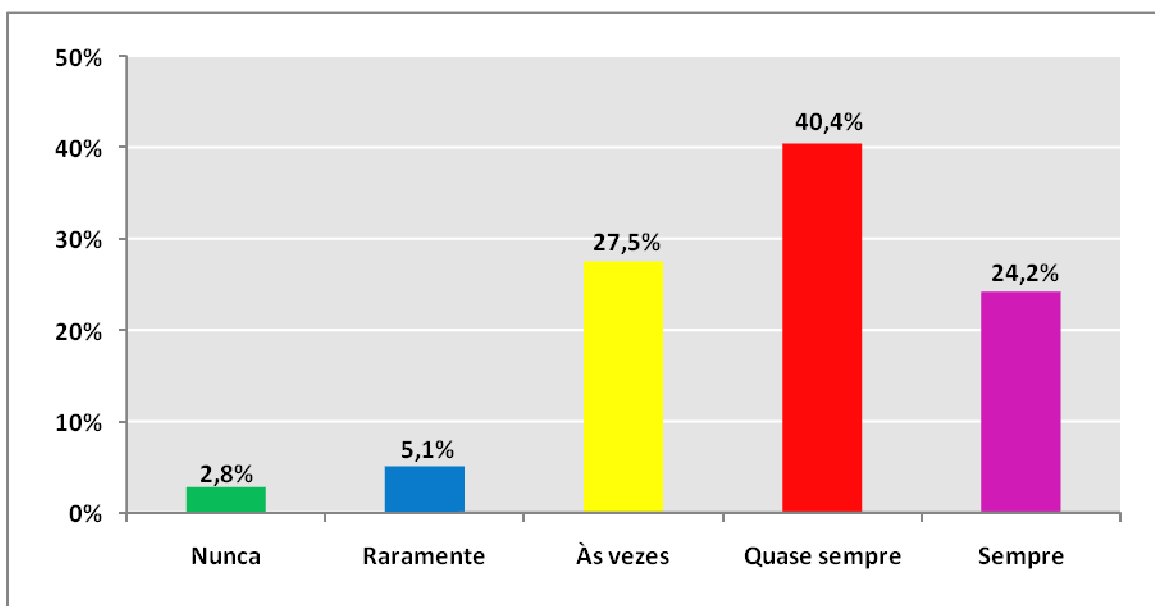
A invisibilidade desses sujeitos e o desconhecimento do seu processo de trabalho pelos setores de regulação, inspeção e fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), dos sindicatos e outras organizações de trabalhadores, faz com que o SUS, e em especial a Atenção Básica, possa vir se a única possibilidade de presença concreta do Estado no cuidado dessas trabalhadores (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013).

De acordo com a literatura algumas estratégias estão sendo adotadas neste sentido, como por exemplo a orientação de que os ACS preencham o campo “observações” da Ficha A com informações referentes as atividades produtivas realizadas em domicílio e peridomicílio.

Cabe a equipe acompanhar e planejar as ações para o atendimento integral ao trabalhador através da incorporação no planejamento das ações de saúde, contribuindo para a orientação sobre a adoção de medidas de prevenção e proteção de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, realizando a qualquer tempo os encaminhamentos necessários dentro do sistema de saúde (LACERDA E SILVA, DIAS, RIBEIRO, 2011).

Entre os profissionais que responderam ao estudo, 64,6% dos profissionais afirmam que *Quase sempre* e *Sempre* conseguem estabelecer relação entre a queixa do usuário trabalhador e as atividades produtivas existentes no território, 32,6% informaram que *Raramente* e *Às vezes* conseguem estabelecer esta relação, enquanto 2,8% responderam que *Nunca* relacionaram as doenças e queixas das famílias com as atividades produtivas no território conforme *Figura 14*.

Figura 14 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você consegue estabelecer a relação entre doenças e queixas das famílias de sua área de abrangência e as atividades produtivas existentes no território (ex: frigorífico; fábrica de tecido; agricultura, padaria, marcenaria)?"



Constatamos a partir dos dados que os profissionais conseguem estabelecer a relação entre as doenças e queixas das famílias e as atividades produtivas do território, embora alguns profissionais relatem que não é uma atividade aplicado a sua rotina.

Segundo Lacerda e Silva, Dias e Ribeiro (2011) essas informações sistematizadas permite que além de reconhecer o perfil do trabalho desenvolvido no domicílio, a equipe reconheça as situações de risco e vulnerabilidade a que estão expostos, e tenham subsídios para o planejamento de ações de intervenção nas relações trabalho-saúde-doença.

A partir do momento que a eSF/eAB consegue estabelecer a relação existente entre a queixa e agravos apresentados pelo usuário trabalhador e as atividades produtivas no território, um grande passo é dado ao reconhecimento do trabalho enquanto condicionante de saúde e estruturante do processo saúde-doença.

A partir dessa relação dois momentos podem ser gerados e que caracterizam a VISAT, que é o acompanhamento desse trabalhador na Rede a partir da assistência a ele prestado e a identificação da necessidade de intervir em determinados processos de trabalho com o intuito da melhoria das condições de vida e saúde da população.

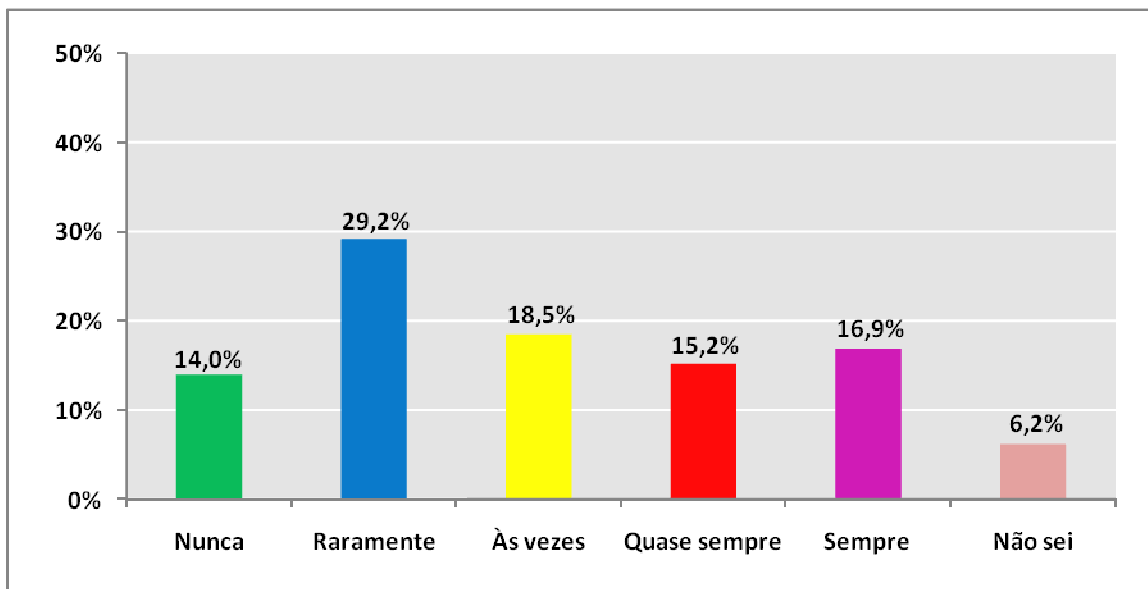
As práticas que compõem a VISAT devem estar articuladas supra-setorialmente e centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência (BRASIL, 1998).

A Estratégia de Saúde da Família propicia o envolvimento da equipe com seu território e com a população, co-responsabilizando os atores na realização das ações em prol da melhoria dos problemas da sua região, incluindo o trabalho (DIAS, BERTOLINI, PIMENTA, 2011).

É de suma importância que a população esteja sensibilizada em prol de objetivos comuns, e o que se observa é que a participação é ainda incipiente nas ações junto a atenção básica mesmo que alguns estudos apontem ações que deram certo como o combate a dengue, reivindicações por questões ambientais, entre outras. O ACS é ator essencial nesses processos, pela liderança exercida na comunidade (LACERDA e SILVA *et al* 2011).

Observou-se que 32,1% dos profissionais relataram que a *Quase sempre e Sempre* a equipe discute com a população sobre a presença de fatores e riscos para a saúde dos trabalhadores e da comunidade, enquanto que 47,7% relatou que *Raramente e Às vezes* há esta discussão e 20,2% apontaram que *Não sabem* ou *Nunca* essa discussão acontece com a população (*Figura 15*).

Figura 15 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe discute com a população sobre a presença de fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, decorrentes das atividades produtivas desenvolvidas no território? "



O risco e efeito são condições de trabalho, das tecnologias aplicadas e da forma com que os trabalhadores objetivamente exercem suas ações. Qualquer ação de vigilância que não leve a consideração essa simples questão está incompleta (MACHADO, 2013).

As ações de VISAT devem ser discutidas nas instâncias de controle social do SUS e em outras instâncias com a participação dos trabalhadores como fóruns, comissões, entre outras, em uma perspectiva de inclusão de ações no plano de saúde da região.

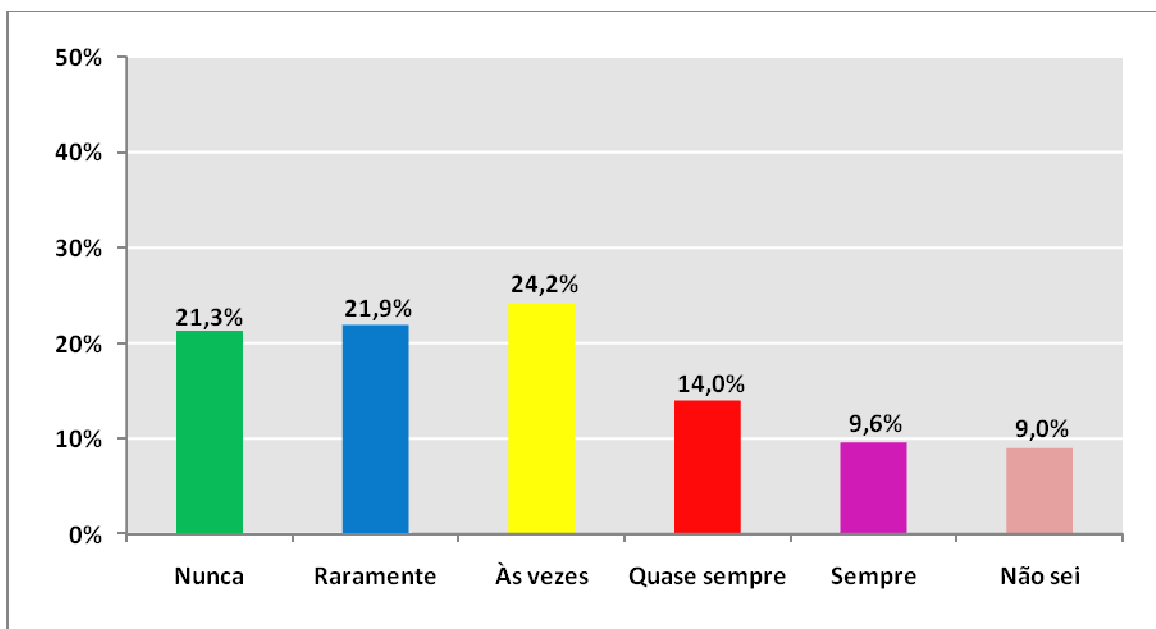
O desafio é conhecer os processos de trabalho e seus condicionantes para o planejamento de ações que venham a eliminar ou minimizar esses riscos.

A eliminação ou o controle dos fatores e situações de risco resulta do reconhecimento da necessidade de implementação de medidas de proteção da saúde dos trabalhadores, com base nas informações obtidas nas etapas de identificação das atividades produtivas do território, aliado as informações a partir da identificação do trabalhador. Essas medidas podem acontecer de forma coletiva e individuais e devem levar em consideração não apenas a sua viabilidade técnica e econômica como também

a sua operação, manutenção, disponibilidade de recursos humanos e a infra-estrutura existente (DIVAST, 2012).

Segundo os profissionais respondentes ao estudo apenas 23,6% (*Sempre* e *Quase sempre*) das eSF/eAB realizam algum tipo de ação para eliminar fatores ou situações de risco nessas atividades, 46,1% dos profissionais disseram que *Raramente* e *Às vezes* realizam estas ações, enquanto 30,3% afirmaram que *Nunca* e *Não sabem* se a eSF/eAB realizam ações para eliminar ou minimizar riscos, conforme *Figura 16*.

Figura 16 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde realiza alguma ação para eliminar ou minimizar esses fatores e situações de risco?"



O presente dado nos aponta para a dificuldade das eSF/eAB em intervir no território a partir de todos os dados constantes em relação ao usuário trabalhador e as atividades produtivas no território, as variáveis *Nunca* e *Raramente* apresentam diferenças numericamente significativas em relação as demais variáveis frente a necessidade de uma resposta mais proativa de ações que visem a melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

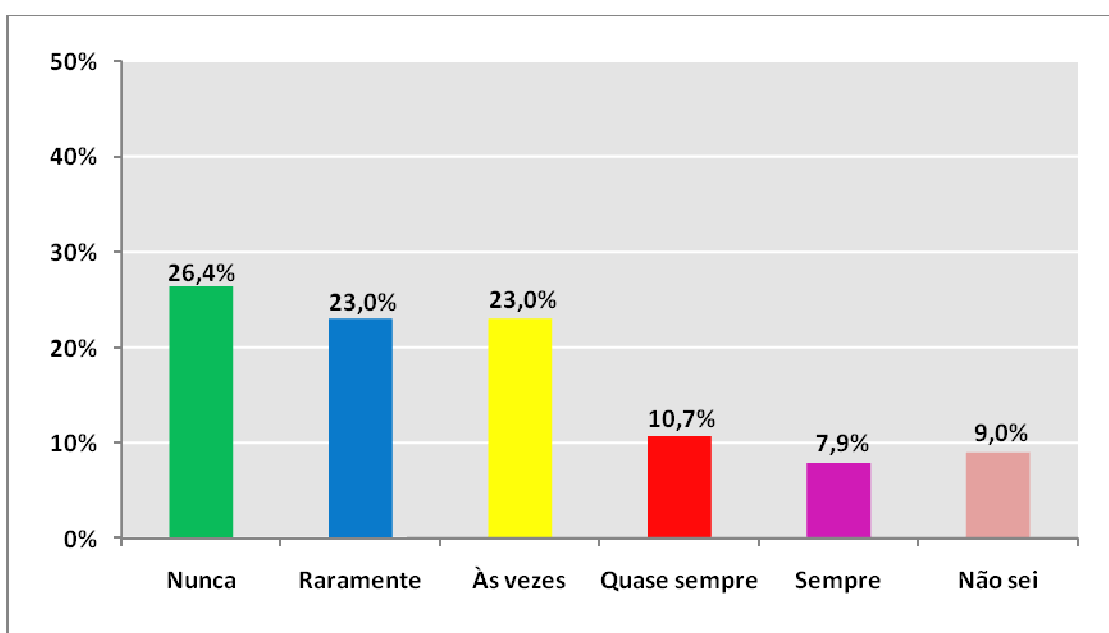
Intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los é um dos objetivos da VISAT.

Deve ser realizado além da fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho, negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador.

Para realizar a intervenção é necessário: conhecer os ambientes e processos de trabalho, identificar e avaliar os fatores e situações de risco existentes considerando os possíveis agravos à saúde dos trabalhadores, avaliar a eficácia das medidas de proteção existentes, analisar os indicadores de saúde e as principais queixas dos trabalhadores, conhecer os levantamentos ambientais anteriormente realizados, propor as medidas de proteção da saúde dos trabalhadores e acompanhar a sua efetivação (DIVAST, 2012).

Segundo as respostas analisadas apenas 18,6% das equipes realizam intervenções ou negociações de medidas de prevenção dos riscos decorrentes dessas situações de trabalho, de acordo com as variáveis *Quase sempre* e *Sempre*. E 46% *Raramente* e *Às Vezes* realizam essas ações de intervenção e negociação de medidas e 35,4% *Não Sabem* ou relataram que as eSF/eAB *Nunca* realizaram essas ações de acordo com a *Figura 17*.

Figura 17 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde realiza ações de intervenção e negociação de medidas de prevenção dos riscos decorrentes das situações de trabalho?"



As ações de intervenção e negociação não são realizadas prioritariamente ou como atividade de rotina pela grande maioria das eSF/eAB, o que engessa a capacidade transformadora das ações e o compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho no sentido da promoção da saúde.

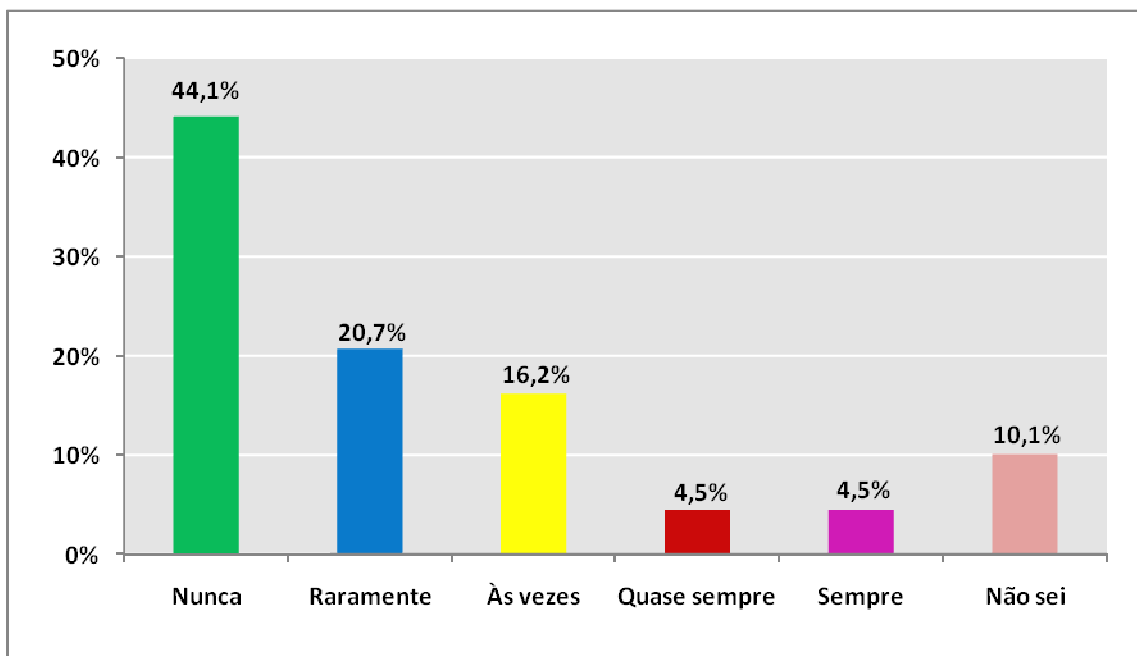
Segundo estudo realizado na cidade de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, o mapeamento das atividades produtivas realizado pela eAB/eSF com o apoio do CEREST buscou identificar os principais fatores de risco no trabalho em domicílio. O estudo permitiu, segundo as autoras, além de caracterizar o trabalho domiciliar nessa população, o planejamento de ações de saúde considerando os fatores de riscos encontrados e as possíveis consequências à saúde dos trabalhadores e também identificou potencial na AB para o desenvolvimento de ações de ST e atuação interinstitucional (VIEIRA, DIAS, MATTOS, 2013).

A intervenção a partir do Critério Epidemiológico da identificação de uma situação de risco ou de impacto à saúde dos trabalhadores é definido pela sua dimensão e gravidade ou por estimativas, devendo ser levado em consideração a capacidade de intervenção que define a transcendência da intervenção de vigilância em saúde. A utilização deste critério deve se pautar em informações epidemiológicas dos agravos, no âmbito da previdência social, casos registrados na Segurança Pública, segundo a proporção de ocorrência, denúncias ou análise dos processos produtivos da região. (CGSAT, 2014).

E, cabe aos CEREST e quando necessário, a AB, verificar a ocorrência de anormalidades, irregularidades e a procedência de denúncias de inadequação dos ambientes e processos de trabalho, apurar responsabilidades e recomendar medidas necessárias para promoção da saúde dos trabalhadores.

Apenas 9% dos profissionais relataram que as equipes *Quase sempre* e *Sempre* recebem denúncias ou solicitação de intervenção conforme apresenta *Figura 36*, 54,2% dos respondentes apontaram que as equipes *Nunca* receberam denúncia ou *Não sabem* sobre o assunto e 36,9 responderam que *Raramente* e *Às vezes*, conforme apresenta *Figura 18*.

Figura 18 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde recebe denúncia ou solicitação de intervenção em situações de risco e/ou adoecimento de usuários e comunidade provenientes de atividades produtivas (ex: indústrias, fábrica) instaladas no território de referência?"



Como podemos observar a partir dos dados apresentados, a atenção primária não tem sido vista como um canal de denúncias de problemas relacionados ao trabalho. Ela não se apresenta a comunidade como uma possibilidade intervenção e controle das situações que envolvem o trabalho na comunidade.

O CEREST apresenta, a partir dos dados do Questionário da RENAST que o recebimento de denúncias desencadeou ações no ano de 2014 que estão notificados SIA-SUS.

Uma dessas ações nos foi relatado pela coordenação do CEREST Regional, que nos informou que a ação ocorreu no DS3 no bairro José Américo. A partir da reclamação da população em relação a poeira dispensada por uma fabrica de cimecal, ocorreu uma denuncia a partir dos ACS e agentes de vigilância ambiental em que muitos idosos e crianças estavam apresentando problemas respiratórios. E, a partir dessa denuncia o CEREST articulou através da equipe multiprofissional, assistente social, enfermeiro, médico do trabalho, fisioterapeuta, o CEREST Estadual, Secretaria de Meio Ambiente, Vigilância Sanitária, Ambiental e o fisco. Foi descoberto que a atividade era irregular, vários trabalhadores expostos no processo de trabalho e desenvolvendo

doenças respiratórias. Foram realizadas intervenções em relação à empresa e o cuidado a estes trabalhadores em relação ao seu adoecimento e as doenças respiratórias.

b) Identificação do usuário trabalhador e o perfil epidemiológico dos trabalhadores que residem no território

Conhecer o perfil dos trabalhadores residentes nos territórios de referencia da AB - entendendo o território enquanto objeto e condicionante das ações de VISAT - referencia as informações primárias no SUS e a possibilidade de construção de alguns indicadores dentro do território, além da possibilidade de ações de intervenção que vão para além dos serviços de saúde, que envolvam atores com diferentes saberes e múltiplas e coletivas práticas (PINHEIRO, 1996; MACHADO, 2013).

A identificação dos trabalhadores que residem e trabalham no território é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde no cadastramento das famílias e a partir dele são coletados dados do perfil sócio-econômico e epidemiológico desses trabalhadores, como vínculo empregatício, ocupação, regime de trabalho, ramo de atividade, o trabalho que envolve os membros da família, e crianças, adolescentes e idosos e idade, sexo, raça, escolaridade, doenças e agravos prevalentes no território referidos pelos usuários e ou registrados nos sistemas de informação em saúde.

Perguntas simples realizadas ao trabalhador no momento do acolhimento podem auxiliar no reconhecimento dos usuários trabalhadores residentes no território.

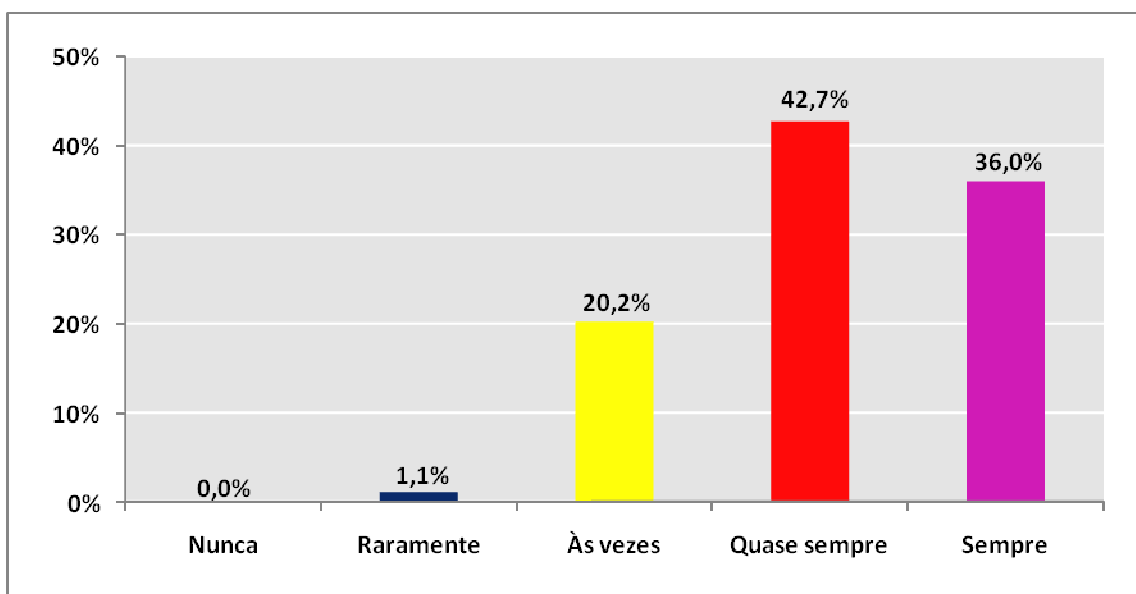
A coleta da história ou a anamnese ocupacional permite conhecer mais sobre a atividade, atual e pregressa do trabalhador. Algumas perguntas básicas devem ser feitas no momento da anamnese: o que faz? Como faz? Que produtos e instrumentos utilizam? Em que condições executa o trabalho? Há quanto tempo? Em que ritmo? Quais as exigências de produtividade? Como percebe os impactos do trabalho sobre sua saúde? Quais as tarefas mais freqüentes executadas?

Assim como as exigências em termos de esforço físico, posturas, gestos e movimentos, a descrição de produtos utilizados, a presença ou não de cheiros e/ou de interferências nas atividades, como ruído e comunicação, o número de peças produzidas, a intensidade e formas de controle de ritmos de trabalho, as interações existentes com outras tarefas, imprevistos e incidentes que podem aumentar as

exposições, dados do ambiente físico, adoção de medidas de proteção coletivas e individuais, a existência de outros trabalhadores adoecidos, entre outros.

No presente estudo observamos que 78,7% dos profissionais responderam que *Sempre* e *Quase Sempre* perguntam ao usuário sobre seu trabalho atual e apenas 1,1% responderam que *Raramente* fazem essa pergunta. É importante ressaltar que todos os profissionais que responderam ao questionário relataram realizar essa pergunta junto ao usuário trabalhador, conforme *Figura 19*.

Figura 19 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você pergunta ao usuário qual é o seu trabalho/ocupação atual?"

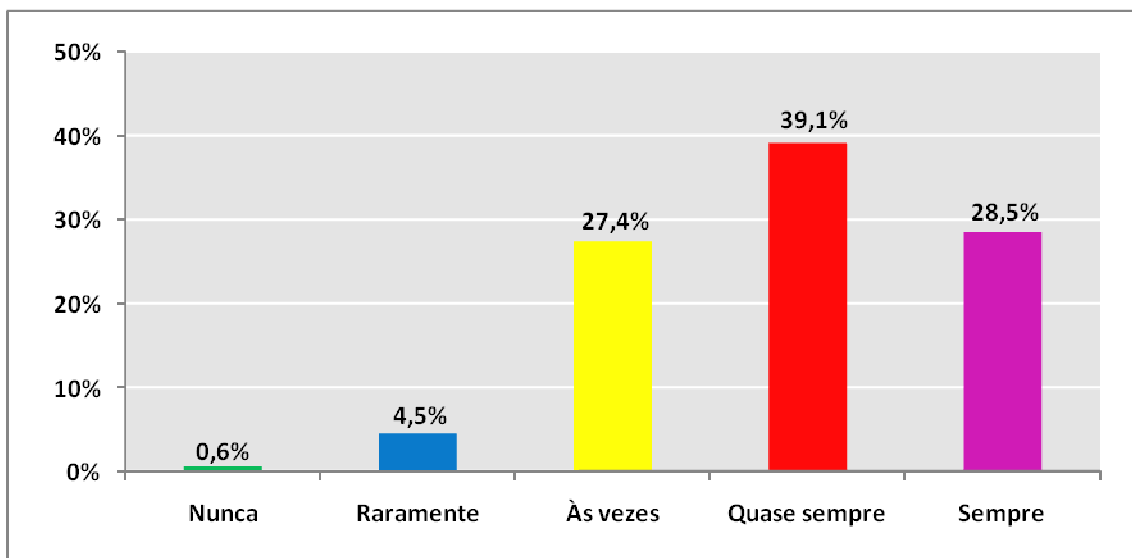


A identificação do trabalhador no momento do acolhimento das Unidades Básicas de Saúde faz parte da rotina de trabalho dos médicos e enfermeiros que responderam a este estudo. Essa identificação do usuário enquanto trabalhador pode vir a esclarecer alguns indícios que referencie a queixa apresentada ao seu trabalho, assim como pode levar ao profissional da unidade identificar fatores de risco dentro do seu território.

Observamos que há também a prática em se perguntar ao usuário trabalhador sobre as atividades de trabalho que ele desenvolve em sua ocupação atual, conforme *Figura 20*, em que 67,6% dos profissionais responderam que *Sempre* e *Quase sempre*

perguntam ao trabalhador sobre suas atividades desenvolvidas no momento da consulta, sendo que apenas 5,1% relataram que nunca ou raramente fazem esta pergunta.

Figura 20 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você pergunta ao usuário quais as atividades de trabalho ele desenvolve na sua ocupação atual?"



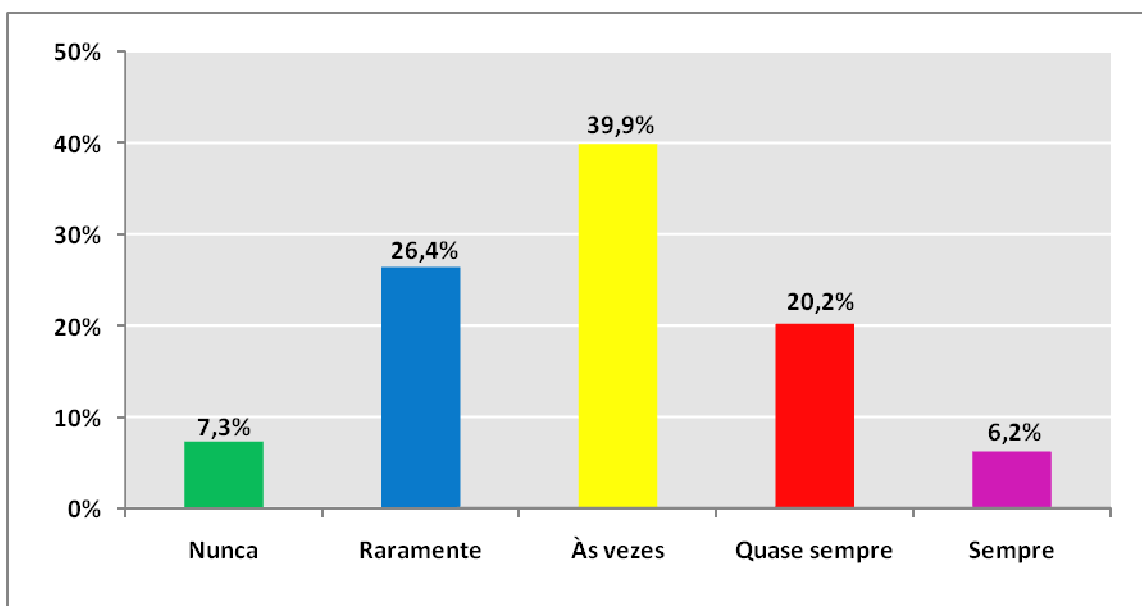
O reconhecimento por parte dos profissionais da equipe das atividades realizadas pelo trabalhador, a forma como ele desenvolve seu trabalho e o reconhecimento do seu processo de trabalho orienta a direção das ações a serem realizadas. É necessário que o profissional da AB tenha clareza da necessidade dessas informações para que consigam desenvolver a atenção integral a população do território.

E, não só das atividades que o trabalhador realiza no momento de apresentação da queixa ou agravo, é importante se atentar porque, por diversas vezes, pode não estar relacionado ao trabalho que ele desenvolve no momento, e sim ao trabalho que ele desenvolveu anteriormente.

De acordo com os profissionais pesquisados 26,4% *Sempre* e *Quase sempre* perguntam ao usuário sobre seu trabalho desenvolvido anteriormente, apresentando uma queda significativa em relação à pergunta anterior sobre o trabalho atual, e 66,3% *Raramente* e *Às vezes* realizam essa pergunta, o que demonstra que os profissionais independente da frequência realizada, tem o hábito nas suas atividades de perguntarem

sobre o trabalho desenvolvido anteriormente, embora apresente que 7,3% dos profissionais responderam que *Nunca* perguntam ao usuário sobre o trabalho desenvolvido anteriormente conforme apresentado na *Figura 21*.

Figura 21 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você pergunta ao usuário sobre o trabalho/ocupação desenvolvido por ele anteriormente?"



A realização das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica deve partir da identificação, no território, da população economicamente ativa (por sexo e faixa etária), do mapeamento das atividades produtivas existentes na área, da identificação dos integrantes das famílias que sejam trabalhadores, da observação dos vínculos empregatícios, dos desempregados e dos que iniciam o trabalho precocemente. Deve ainda levantar os riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente e/ou doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

É essencial que o médico e enfermeiro no momento da consulta clínica investigue a queixa ou problema relatado pelo usuário trabalhador e sua relação com o trabalho atual ou progresso a partir da história ocupacional. A escuta do trabalhador e a abordagem de alguns pontos como as perguntas realizadas qualificam o atendimento integral ao trabalhador (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013).

Entre os ensinamentos do médico italiano Bernardino Ramazzini⁴, destaca-se a recomendação de que, todo médico deve indagar sobre a “ocupação” ou “profissão” do seu paciente, pois esta informação pode ser fundamental para o diagnóstico correto e o estabelecimento da conduta adequada. (DIAS, LACERDA E SILVA, ALMEIDA, 2012).

O médico e o enfermeiro em suas consultas tem a oportunidade de conhecer o trabalhador e sua história e a capacidade de, após investigação, relacionar a queixa ou problema de saúde desse trabalhador com seu trabalho atual ou progresso dentro do seu território de referência.

As informações coletadas na Ficha de Cadastro individual do e-SUS com variáveis que constam informações importantes do usuário enquanto trabalhador, aliados a uma boa anamnese no momento do acolhimento, deve ser levado em consideração no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no território.

A apreensão do perfil desse trabalhador residente no território, a relação dos problemas de saúde da população e seu trabalho permitem identificar grupos mais vulneráveis da população a serem priorizados no planejamento das ações de saúde e possibilitam ações de intervenção que vão para além dos serviços de saúde, que envolvam atores com diferentes saberes e múltiplas e coletivas práticas.

É de extrema importância a instrumentalização dos profissionais da eAB/eSF para trabalhar na identificação dos fatores de risco apreendidos a partir da análise de todas as informações, em especial e não somente em relação ao trabalho domiciliar, abrindo possibilidades para a vigilância da saúde desses trabalhadores (VIEIRA, DIAS, MATTOS, 2013).

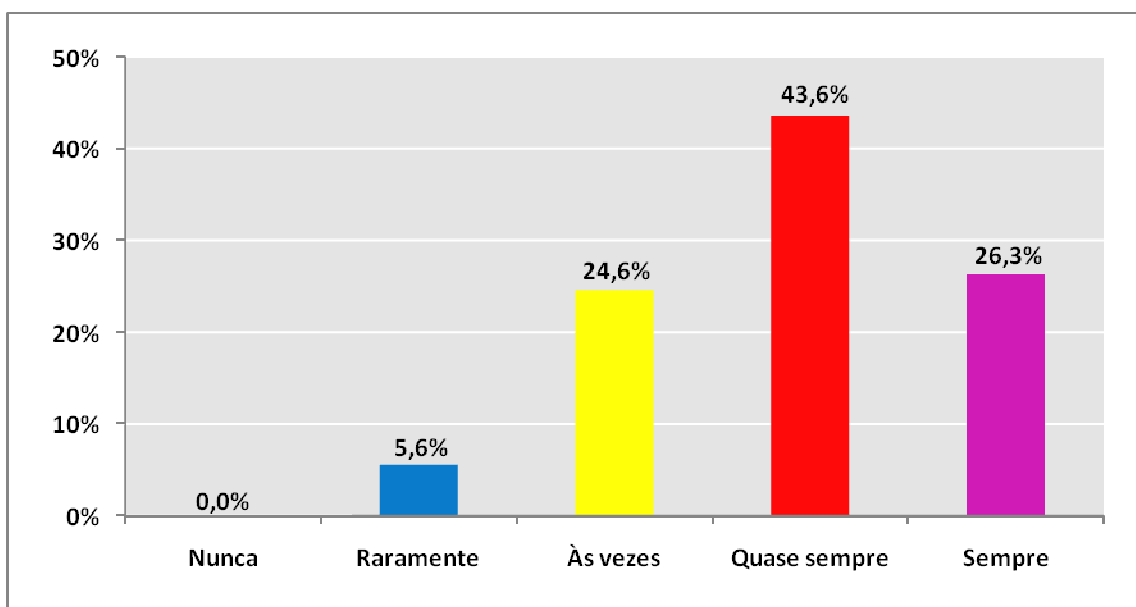
A identificação do risco presente no trabalho pelos profissionais da AB torna-se essencial frente ao crescimento do trabalho informal e em domicílio, segundo Dias e Lacerda e Silva (2013) grande parte das atividades que apresentam maior risco e

⁴ Bernardino Ramazzini é conhecido como o pai da medicina ocupacional, autor no clássico “Tratado sobre as doenças dos trabalhadores”, no início do século XVIII

periculosidade para a saúde são desenvolvidas ou estar instaladas no domicílio do trabalhador.

Em relação aos médicos e enfermeiros respondentes nesta pesquisa, observou-se 69,9% dos profissionais afirmaram identificar *Sempre* e *Quase sempre* riscos no trabalho atual, 30,2% responderam que *Raramente* e *Às Vezes* identificam os riscos e não houve relatos de profissionais que não fazem esta identificação, conforme pode ser observado na *Figura 22*.

Figura 22 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação atual do usuário?"

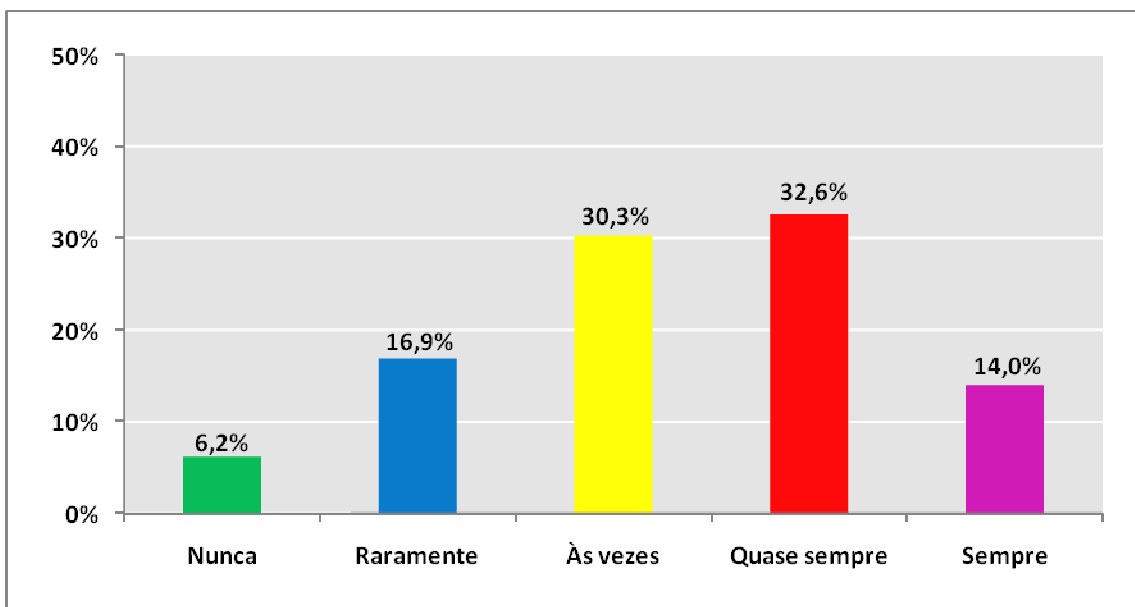


É importante que o profissional de saúde seja capaz de identificar o risco presente nas situações de trabalho a que os usuários trabalhadores são submetidos em seu trabalho atual, assim como as situações a que foram submetidos em suas atividades pregressas. Apontar alternativas plausíveis dentro do serviço de saúde, e fora dele, capazes de minimizar esses riscos independente do vínculo e enxergando o trabalho como um condicionante de saúde no seu território de atuação.

Em relação à identificação dos riscos presentes no trabalho pregresso, 46,6% dos profissionais responderam que *Sempre* e *Quase Sempre* fazem essa relação, 47,2% responderam que *Raramente* e *As vezes* fazem a relação do risco e o trabalho pregresso

e 6,2% *Nunca* identificam esses riscos para a saúde, conforme apresentado na *Figura 23*.

Figura 23 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação pregressa do usuário?"



A importância das eAB/eSF na identificação dos riscos se faz transparecer na necessidade crescente da identificação do trabalho domiciliado, no trabalhador da rua e na identificação dos trabalhadores vulneráveis no território.

A transferência do ambiente de trabalho para dentro do domicílio pode ser encontrada de duas formas, a partir da incorporação de tecnologias de informática e de telecomunicações que possibilita o trabalho em domicílio, reduzindo o seu custo, porém garantindo maior produtividade e o trabalho domiciliar complementar degradado que envolve trabalhadores mais vulneráveis, desprotegidos, sem maquinários e treinamento adequados, que expõe todo o grupo familiar a múltiplos fatores de risco para a saúde (DIAS, LACERDA E SILVA, ALMEIDA, 2012).

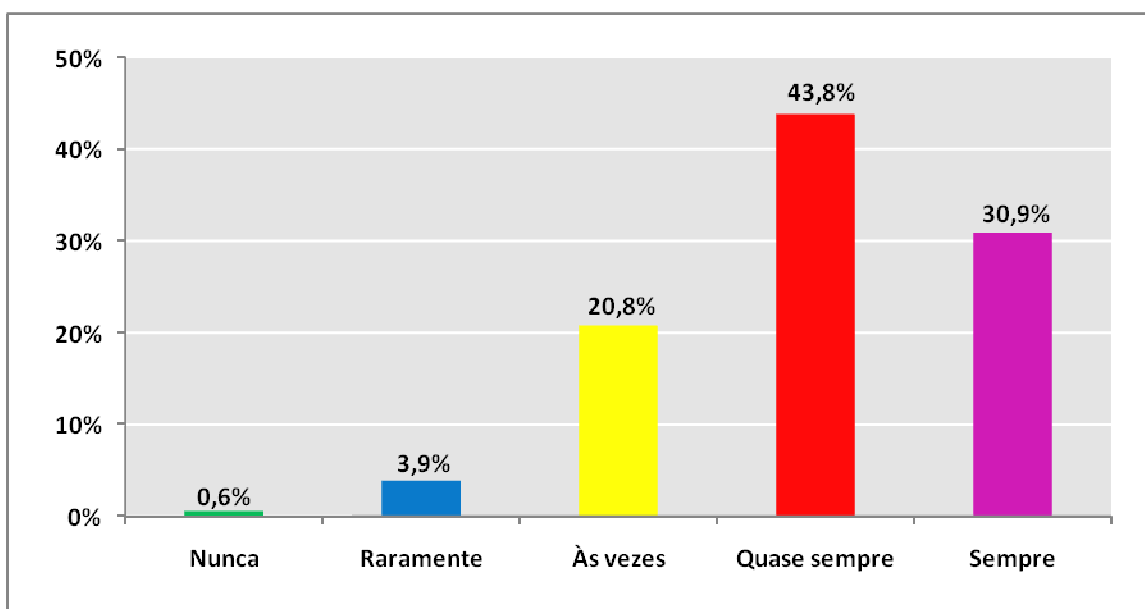
Essa situação os levam a marginalidade dos setores de regulação da saúde e do trabalho, e a AB pode ser a única possibilidade de presença do Estado no cuidado da saúde desses trabalhadores, cumprindo a função de ser resolutiva e coordenadora do cuidado em saúde (PNAB, 2012).

A migração desordenada dos trabalhadores de acordo com as oportunidades de trabalho em determinados territórios tem conseqüências para a saúde individual e coletiva. Pois geralmente os serviços públicos não estão preparados para as mudanças demográficas e de comportamento, como por exemplo o aumento do consumo de drogas, violência, a gravidez precoce. (DIAS, LACERDA E SILVA, ALMEIDA, 2012)

Mas, para que isso aconteça de forma efetiva o CEREST tem que tomar para sí a sua responsabilidade, enquanto pólo irradiador de conhecimento da ST no SUS, realizando ações de matriciamento junto a AB, capacitando os profissionais e adequando os serviços segundo o funcionamento do SUS.

Dentre os profissionais que participaram do estudo, 74,7% responderam que *Sempre* e *Quase Sempre* buscam estabelecer a relação entre a queixa e o trabalho atual/progresso, e um quantitativo de pouquíssimos profissionais nunca buscaram essa relação (0,6%), conforme apresenta a *Figura 24*.

Figura 24 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você busca estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação, atual ou progressa? "

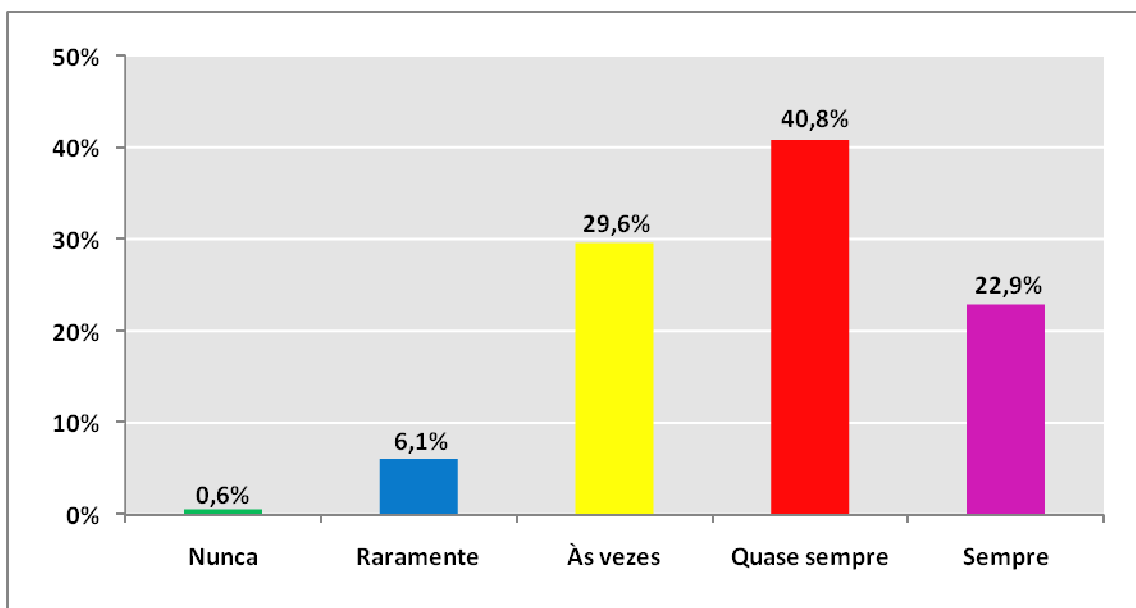


E 63,7% dos profissionais respondentes relataram que *Sempre* e *Quase Sempre* conseguem estabelecer a relação entre queixa e o trabalho atual/progresso, enquanto que 0,6% não conseguem estabelecer esta relação (é importante destacar que este número é

o mesmo apresentado na figura anterior em relação ao número dos profissionais que não buscam estabelecer a relação entre a queixa e o trabalho), como mostra a *Figura 25*.

Observamos que cerca de 10% dos profissionais que buscam fazer essa relação entre a queixa e o trabalho atual/progresso não conseguem estabelecê-la, conforme os dados apontam.

Figura 25 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você consegue estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação, atual ou progressa?"



A escuta do trabalhador a partir da anamnese realizada no momento em que ele chega ao serviço, permite conhecer o seu processo de trabalho em todo o seu contexto, levando em consideração as tarefas realizadas, o esforço físico dispendido, os produtos utilizados para a execução do trabalho, intensidade, medidas de proteção entre outros.

A partir do que for apontado pelo trabalhador e pelos dados complementares necessários, que podem ser coletados pelos profissionais de saúde, pode desencadear a necessidade de apoio de outros pontos da Rede para que esta relação entre a queixa e a doença seja estabelecida.

Sendo assim é devemos destacar a importância de que os fluxos de referência e contra-referência e os processos de regulação estejam bem-estabelecidos e as linhas de

cuidado construída de acordo com os agravos prevalentes na população daquele território (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013).

Na entrevista realizada com a coordenação da APS do município os fluxos de referência e contra-referência dos agravos de saúde do trabalhador na atenção básica junto a Rede ainda não está em funcionamento. A coordenação do CEREST ratifica esta informação em sua entrevista e complementa que o CEREST não está no sistema de regulação do município. Este dado também aparece no 4º Inventário da RENAST, ao responder que está *Em Implantação* as ações de organização de fluxos de referência e contra-referência.

Outro dado de grande relevância para que o profissional busque e consiga estabelecer a relação entre a queixa apresentada e o trabalho refere-se a organização e a estratégia de serviços da rede sentinela dos agravos relacionados ao trabalho que também foi respondido que está *Em Implantação*. De acordo com os dados do último Relatório de Gestão do CEREST Regional de João Pessoa, conforme citado anteriormente, a macrorregião do município possui hoje 32 serviços sentinelas para os acidentes e agravos em saúde do trabalhador.

A Coordenação da APS do município reconhece que não há uma diferenciação no atendimento do usuário trabalhador, que independente do risco ele é atendido quando chega na Unidade de Saúde como um usuário qualquer, sem distinção em relação a sua queixa e o trabalho. Durante a entrevista também foi ressaltado o despreparo das equipes em receber um usuário com algum agravo relacionado ao trabalho e reconhece a visão medicalizada ainda existente no sistema de saúde. Aponta enquanto perspectiva para a melhoria na identificação desses agravos na Rede, uma aproximação com o CEREST e a sensibilidade para uma maior aproximação com a problemática e com a necessidade de um melhor entendimento dos profissionais em relação a saúde do trabalhador.

Sendo assim, podemos entender que muitas ações neste sentido estão sendo realizadas sem o apoio do CEREST, e que as equipes tem buscado entender as queixas dos trabalhadores e realizado a referência aos serviços sem o conhecimento do serviço de saúde do trabalhador. Isso faz com que o trabalhador seja inserido no SUS, mas não

podemos afirmar que é dada continuidade ao seu tratamento estabelecendo a relação advinda da queixa inicial com o trabalho que ele desenvolve ou desenvolveu.

O trabalho em parceria entre a AB e o CEREST desencadeia uma melhor resposta para o estabelecimento da queixa relacionada ao trabalho, pois ao dar suporte na investigação da relação do adoecimento com o trabalho, o CEREST faz os encaminhamentos e orientações necessárias e posteriormente pode devolver os usuários trabalhadores a AB para serem acompanhados e assim encontram-se inseridos no SUS (ALMEIDA, REIS, 2013).

Estudo realizado em quatro municípios da Região Sudoeste da Bahia que apresentam uma situação sanitária de contaminação ambiental e de problemas de saúde de ex trabalhadores oriundos de antiga mineração de amianto existente na região. Nobre, Mascarenhas e D'Arede (2013) relatam a participação da AB no cadastramento das famílias e pessoas potencialmente expostas, no intuito de estabelecer a relação existente entre os problemas de saúde e o trabalho anterior desenvolvidos por esses trabalhadores, contando com o apoio das secretarias de saúde desses municípios e assim, dos serviços da Rede, além de ações realizadas de forma intersetorial.

Porém, temos que considerar, que há um enorme gargalo tratando-se da integralidade do cuidado, em especiais quando se trata em ter acesso aos níveis mais complexos do sistema, a exames e clínicas especializados. O que dificulta em grande parte para que as relações entre a queixa e a doença apresentada e o trabalho sejam realizadas de forma a ter como propositivo além da inserção desse usuário no sistema, ações de promoção para a saúde trabalhadora daquele determinado processo produtivo.

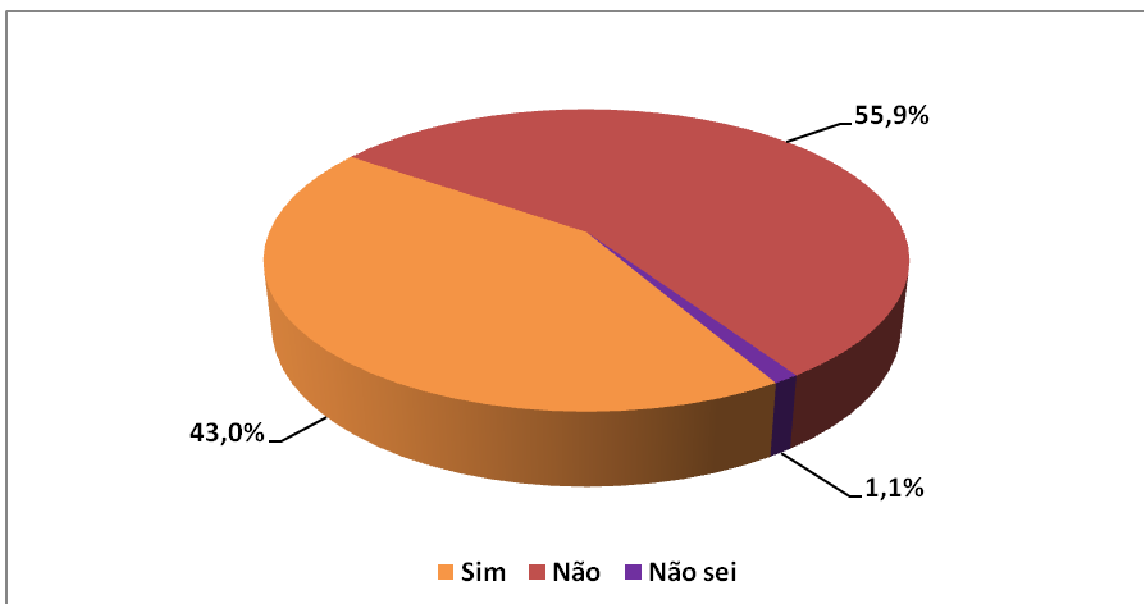
As informações obtidas a partir da identificação inicial do usuário trabalhador e os riscos a que ele está exposto devem permitir a construção do perfil sócio-econômico da população, que o registro da ocupação, o regime e tipo de vínculo empregatício, situação de desemprego, ramo de atividade, trabalho familiar, de crianças, adolescentes e idosos, renda.

O perfil epidemiológico dos trabalhadores inclui informações como idade, sexo, raça, escolaridade e o registros da morbidade referida, com destaque para a ocorrência de Acidentes do Trabalho e doenças relacionadas ao trabalho e outros eventos prevalentes referidos pelos usuários, ou registrados nos sistemas de informação em

saúde. Ele pode ser complementado por meio da consulta a bancos de dados secundários que podem ser consultados além dos sistemas de informação da saúde, o sistema do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência, além dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De acordo com a resposta dada pelos profissionais que participaram do estudo, observamos que metade das equipes que eles pertencem possui diagnóstico de saúde dos trabalhadores, 55,9% conforme demonstra *Figura 26*.

Figura 26 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde possui um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores (perfil epidemiológico) que residem no território de referência de sua unidade?"



Além dos dados do SINAN, que falaremos mais adiante neste estudo neste estudo, o SIAB é um importante aliado na captação de dados para a análise da situação de saúde dos trabalhadores a partir da Ficha D, utilizada pelas eAB/eSF para registrar atividades, procedimentos e notificações em relação aos acidentes acontecidos no trabalho e a Ficha A, que apresenta meios dos ACS notificar os acidentes de trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho, embora a coordenação da APS afirmasse em sua entrevista que apesar do SIAB ter um espaço para as ações desenvolvidas em saúde do trabalhador, quase não tem notificação nenhuma. Segundo a entrevistada, eles (os profissionais) não sabem que naquele espaço físico toda vez que ele atender uma pessoa que tiver alguma problemática relativo ao processo de trabalho deve ser notificado. “Então não tem nada notificado, embora a gente sabe que existe” (sic).

Também foi apontado na entrevista que os instrumentos utilizados pela AB para notificar as questões de saúde do trabalhador na AB são frágeis, e há uma grande dificuldade na inserção de dados da ST no SIAB. Os dados que são inseridos, como o campo ‘ocupação’ é preenchido porque há a necessidade que tenha esta informação para o encaminhamento das atividades, inclusive relata do desconhecimento próprio dos instrumentos de coleta de informações de ST na AB.

Enfim, os dados devem ser analisados pela equipe com apoio da área de saúde do trabalhador e da vigilância em saúde, apontando para a melhoria da qualidade destes dados e assim, a melhoria das ações de VISAT (BALISTA, SANTIAGO, CORREA FILHO, 2011).

A melhoria da qualidade das notificações é um ponto importante que a literatura apresenta, com destaque para os estudos e relatos realizados em alguns municípios do país, apresenta a possibilidade a partir de oportunizar a detecção precoce da saúde do usuário trabalhador, a avaliação dos riscos e a eficácia de medidas preventivas, curativas e reabilitadoras adotadas, melhorando assim, os cuidados com a saúde (LINHARES et al, 2011; SANT’ANNA et al, 2012).

c) Notificação dos agravos da Saúde do Trabalhador no SINAN

O SINAN é o Sistema de Informação de Notificação de Agravos de Notificação, foi desenvolvido com o objetivo⁵ da coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, é obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos estados, municípios e Distrito Federal.

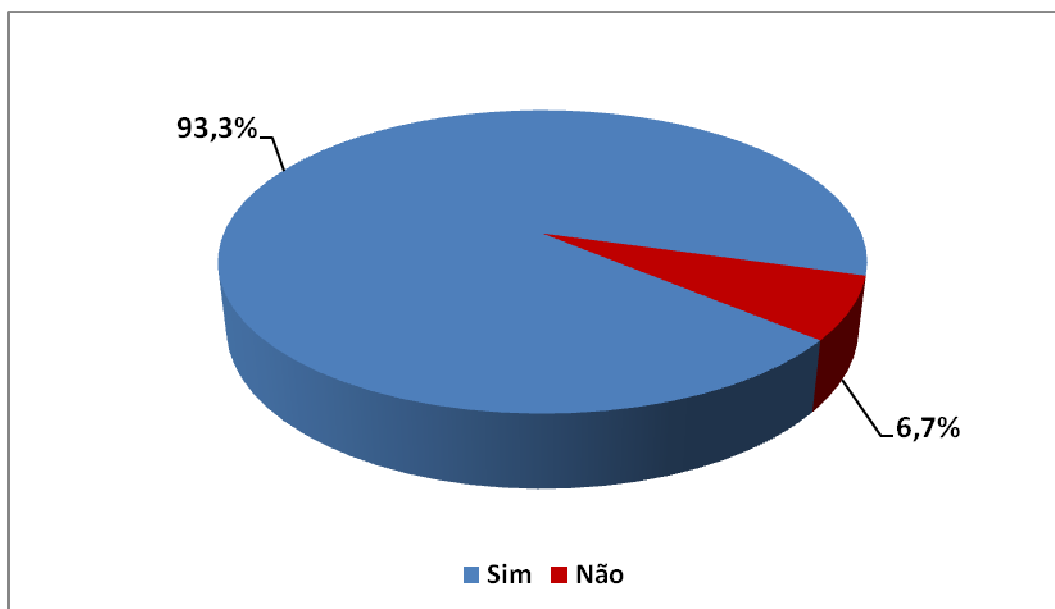
A notificação de agravos está normatizada pela Portaria N° 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e inclui: os acidente de trabalho com exposição a material biológico; acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes e a Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados). A Portaria N° 205, da mesma data, define a lista nacional de doenças e agravos a serem

⁵ Informação obtida em <http://aplicacao.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>; acesso em 15 de dezembro de 2015.

monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas, sendo Vigilância em Saúde do Trabalhador os seguintes eventos: Câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; LER-DORT; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionada ao trabalho; Pneumoconioess; e os Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Entre os profissionais que responderam ao questionário 93,3% relataram *conhecer* o SINAN, enquanto que 6,7% *desconhecem* o sistema de informação, conforme *Figura 27*.

Figura 27 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você conhece o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)?"



A notificação do agravo ou doença relacionado ao trabalho nos sistemas de informação do SUS permite e inicia a ação de Vigilância Epidemiológica em saúde do trabalhador e deve contar com outros dispositivos do SUS para o desenvolvimento das ações de VISAT.

A Vigilância epidemiológica envolve a coleta, processamento, análise, recomendações de medidas de controle, execução das ações de controle e avaliação da efetividade, com ampla divulgação para os atores interessados.

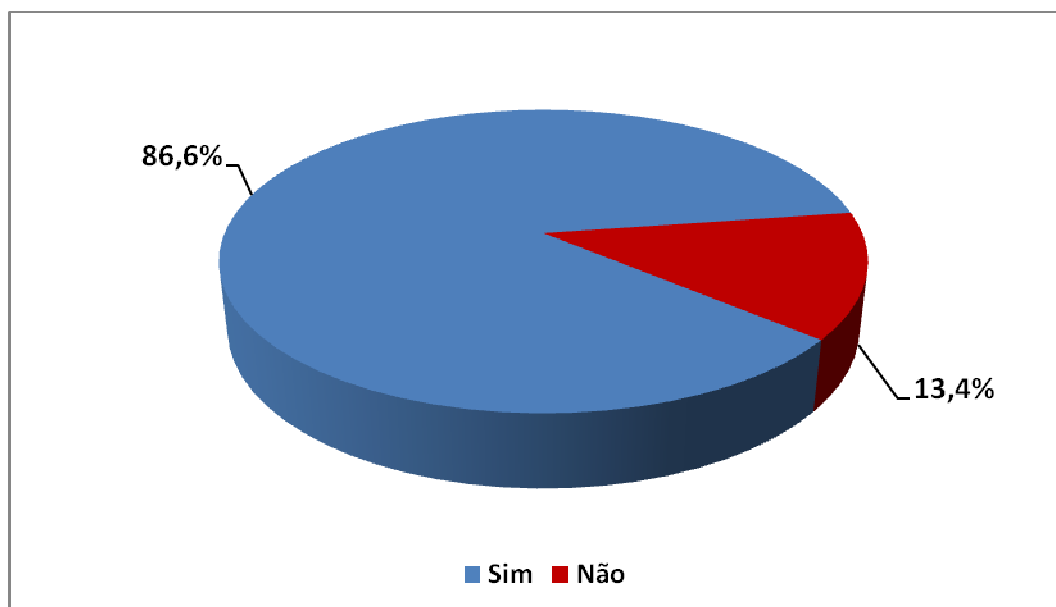
Segundo Machado (2013) vigilância é informação para a ação ao se pressupor que as ações de intervenção, a partir das informações sistematizadas, pertençam ao campo da

vigilância.

Doenças e agravos relacionados ao trabalho devido a sua natureza são limitados no que se refere a disponibilidade de tratamentos eficazes e efetivos, e como envolve atividade produtiva e ambientes artificialmente criados para a produção econômica são fundamentalmente evitáveis, o que os torna objeto de interesse da saúde coletiva e não apenas para as atividades de saúde ocupacional (SANTANA, 2013).

Em relação à pesquisa, 86,6% dos respondentes ao estudo relataram *saber* que algumas doenças relacionadas ao trabalho são notificáveis como mostra a *Figura 28*.

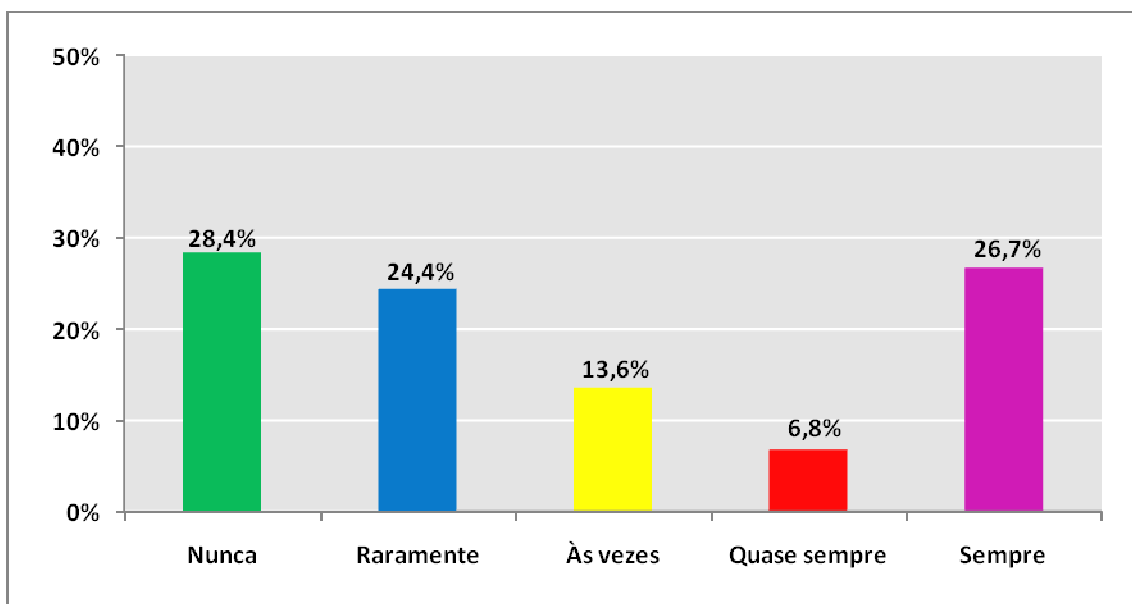
Figura 28 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você sabe que algumas doenças relacionadas ao trabalho são de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)?"



Porém ainda há uma parcela de 13,4% desses profissionais que disseram que *não sabem* sobre os agravos relacionados ao trabalho.

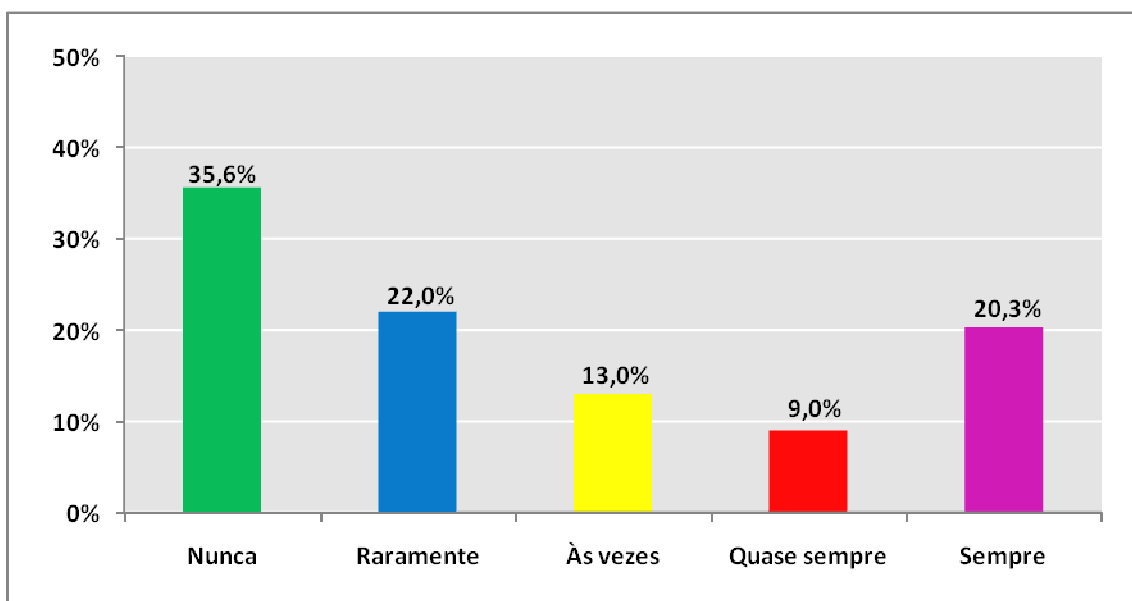
Os dados sobre a pesquisa também nos apontam que apenas 33,5% relataram notificar em caso de acidente do trabalho *Quase sempre* e *Sempre*, 38% relataram que notificam *Raramente* e *Às vezes* e 28,4% relatam quem *Nunca* notificam acidente de trabalho, conforme *Figura 29*.

Figura 29 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você notifica os casos de acidente de trabalho no SINAN?"



A notificação das doenças relacionadas ao trabalho ainda apresenta uma notificação mais baixa do que os acidentes, segundo o estudo 29,3% dos profissionais *Quase sempre* e *Sempre* notificam as doenças relacionadas ao trabalho, 35% notificam *Raramente* e *Às vezes* e 35,6% *Nunca* notificam as doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a *Figura 30*.

Figura 30 - Distribuição das respostas à pergunta: "Você notifica os casos de doenças relacionados ao trabalho no SINAN? "



Como observamos há um baixo conhecimento da necessidade de notificação dos agravos relacionados ao trabalho, dos 86,6% dos profissionais que disseram saber que há agravos relacionados ao trabalho, apenas 26,7% afirmaram que Sempre notificam os acidentes de trabalho e 20,3% afirmaram que Sempre notificam as doenças relacionadas, conforme comparativo realizado nas Figuras acima.

Algumas estratégias necessitam ser avaliadas para a melhoria da informação na AB, o papel do CEREST enquanto agente matriciador da AB tem um importante desafio a frente para que a notificação desses agravos aconteça na porta de entrada e que a partir dela possam ser planejadas ações de intervenção no território.

A identificação da doença ou agravo relacionado ao trabalho é ainda um dos nós mais críticos que a área de saúde do trabalhador tem a enfrentar, porque o vínculo daquele agravo com o trabalho nem sempre é claro ou é muitas vezes formado por multicausas, sendo o trabalho uma delas.

O diagnóstico adequado e o acompanhamento desse trabalhador na Rede pode ser fator determinante para que haja a identificação desse agravo enquanto relacionado ao trabalho, é importante ressaltar a importância de uma Anamnese clínica que contenha todos os dados necessários para essa relação, destacando aqui, conforme falamos anteriormente, a escuta do trabalhador (SANTANA e FERRITE, 2013).

Não podemos deixar de lembrar-se da “crise na saúde” a qual passamos e a dificuldade nas ações desenvolvidas na Rede, em especial para realização de diagnósticos de média e alta complexidade. A demora na realização dos exames, aliada ao despreparo dos profissionais na identificação e condução dos agravos relacionados ao trabalho, faz com que a relação nem sempre seja suspeitado. Com isso os fatores de risco dos agravos são desconhecidos e não há a possibilidade de medidas de prevenção de novos casos.

De acordo com os dados do Questionário da RENAST 2014, o CEREST de João Pessoa informou que o *Registro de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória* é uma ação desenvolvida que está em *Funcionamento Pleno*.

Dentre as ações que fizeram parte do programa de vigilância epidemiológica desenvolvido pelo CEREST de João Pessoa relatados no Questionário da RENAST são

desenvolvidos programas especiais por agravos para Intoxicação Exógena relacionada ao trabalho, LER/DORT, Silicose ou outra doença do sistema respiratório, contendo os seguintes componentes:

- 1- Registro de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória;
- 2- Análise de dados sobre perfil produtivo;
- 3- Análise dos dados epidemiológicos de morbimortalidade;
- 4- Inspeções de ambientes e processos de trabalho;
- 5- Assistência (atendimento clínico a trabalhadores no CEREST);
- 6- Apoio Matricial das ações de VISAT junto a Rede;
- 7- Capacitação dos profissionais;
- 8- Articulação Intersetorial.

O CEREST possui capacidade de matricular as ações de AB, munido de informações e expertise relativo as ações de vigilância dos agravos e deve a partir dessas informações capacitar e monitorar essas ações para o desenvolvimento de estratégias de VISAT no município de João Pessoa.

Podemos observar que ainda há necessidade de implementar ações de notificação de agravos em ST, conforme apontado na tabela abaixo:

Tabela 06 – Doenças e/ou Agravos relacionados ao trabalho, segundo ano de referencia, 2014.

Doenças e/ou Agravos relacionados ao trabalho	Ano de Referência
	2014
Acidente de Trabalho com Material Biológico	244
Acidente de Trabalho Grave	349
Acidente de Trabalho Fatal	10

CÂNCER relacionado ao trabalho	0
DERMATOSES relacionadas ao trabalho	0
LER/DORT	51
PAIR relacionada ao trabalho	0
PNEUMOCONIOSE	1
TRANSTORNO MENTAL relacionado ao trabalho	12
INTOXICAÇÃO EXÓGENA relacionada ao trabalho	30

Fonte: SINAN/SVS/DSAST/CGSAT, 2016.

Os programas especiais por agravos possuem, conforme apresenta a tabela, um número ainda pouco significativo. Os Acidentes de trabalho Grave e com Material Biológico apresentam maior número de notificação.

Estudos constantes na literatura da área demonstram a necessidade de melhoria na informação em ST, seja através de capacitação da rede, seja através do fortalecimento das ações de matriciamento da área.

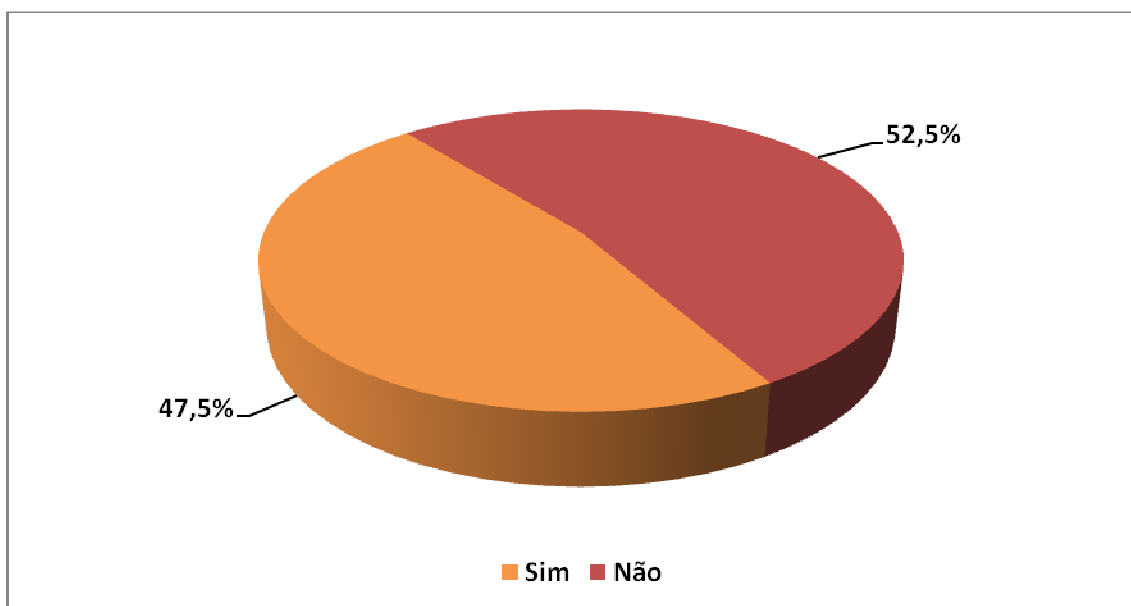
A área de saúde do trabalhador vem desenvolvendo esforços para a melhoria das informações em saúde do trabalhador, como por exemplo a Portaria GM 777/2004, que incorporou a doença e os agravos relacionados ao trabalho no sistema de informação do SUS, e a partir de publicação da Portaria, foram elaboradas fichas específicas para acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho, assim como a publicação de protocolos.

Lacaz & Santos (2010) aponta que a baixa notificação, ou subnotificação nos sistemas de informação, dificulta a visibilidade social dos problemas e inserção nas agendas técnicas e políticas, alimentando, o que eles denominam de “círculo vicioso”.

Em estudo realizado no município de Amparo, no estado de São Paulo alguns pontos que vem a dificultar a notificação dos agravos em saúde do trabalhador são apresentados pelos profissionais de saúde da família como a extensão, demora e complexidade das fichas do SINAN, a dificuldade de qualificar os dados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde e falta de informação referente aos trabalhadores que possuem planos de saúde, o que leva a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho (LACAZ e SANTOS, 2010).

As informações decorrentes das notificações relacionadas ao trabalho *Não* são analisadas pelas equipes segundo 52,5% dos entrevistados, o que demonstra uma grande fragilidade das equipes para planejamento das ações de VISAT, conforme apresentado na *Figura 31*.

Figura 31 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe analisa a informação decorrente das notificações de acidentes e doenças relacionados ao trabalho?"



As eSF/eAB, em sua maioria, não analisam as informações decorrente das notificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, influenciando diretamente no planejamento das ações nas unidades e o retorno dado a população.

Não há como desconhecer, a partir do escopo da VISAT, a necessidade de produção de dados e do seu processamento para gerar informações, que devem ser disseminadas para a sociedade, e em especial para os gestores e formuladores de

políticas, representações dos trabalhadores, pesquisadores ou outro grupo de interesse (SANTANA e FERRITE, 2013).

Conforme informado pela coordenação do CEREST de João Pessoa foi desencadeado processo de VISAT a partir de notificação registrada nos serviços de atendimento de emergência, que levou até um município próximo de João Pessoa com exposição a poeira do chumbo.

A ação desencadeou articulação intra e intersetorial (Ministério Público, Vigilância Sanitária local e Estadual, CEREST Estadual, Ministério do Trabalho e Emprego) e também foi feita toda uma intervenção e acompanhamento dos trabalhadores.

É importante ressaltar que as ações de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador tratam-se da produção de informação para ação, a definição de prioridades para a alocação de recursos, o planejamento e, especialmente, para a execução das atividades necessárias para a superação dos problemas detectados (SANTANA, FERRITE, 2013).

Balista, Santiago & Corrêa Filho (2011) também observaram em seu artigo que apenas o trabalhador do mercado formal teve o registro de seu acidente ou doença do trabalho feito sistematicamente nas UBS, ficando os trabalhadores do mercado informal a margem dos serviços de saúde, porém ressalta a extrema importância de que as ações de VISAT estejam voltadas seu foco para os trabalhadores informais, devido os riscos e incidências presentes com maior intensidade neste tipo de trabalho. A partir da pesquisa realizada no município de Campinas constatou-se a dificuldade no registro e na utilização dos dados epidemiológicos e necessidade de aprimoramento das ações de VISAT, no que se refere a fluxos rotinas e procedimentos, capacitação e envolvimento das equipes, além de um estreitamento entre as ações de assistência e vigilância.

A dificuldade em conseguir analisar as informações deve-se também ao registro equivocado, por vezes feito de forma errada nos sistemas de informação.

Reis *et al* (2012) demonstrou a partir de estudos no município de Belo Horizonte que as informações e demandas em saúde do trabalhador encontram-se em “outros

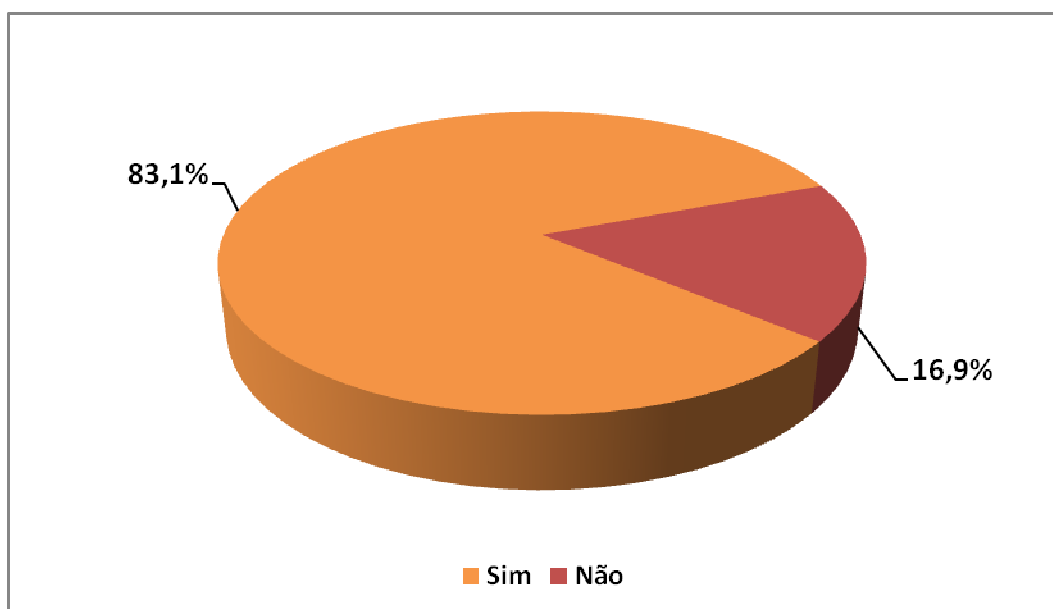
motivos” sem condições de análise, o que impossibilita ações voltadas à vigilância desses agravos.

d) Identificação da Rede de Apoio de interesse para a Saúde do Trabalhador

A VISAT é um processo que articula saberes e práticas de controle sanitário e se insere no campo da vigilância em saúde de modo transversal às vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental), articulando-se a um determinado território ou problema de saúde. Implica integração de competências institucionais, no sentido da incorporação de atores de acordo com a natureza de programas específicos, buscando avanços em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (MACHADO, 2011).

No presente estudo podemos observar que 83,1% dos participantes relataram que a equipe *busca* ações inter e intra setoriais para resolver os problemas que envolvem as relações trabalho-saúde-doença, de acordo com a *Figura 32*.

Figura 32 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde busca articulação intra e intersetorial para resolver os problemas que envolvem as relações trabalho-saúde-doença?"

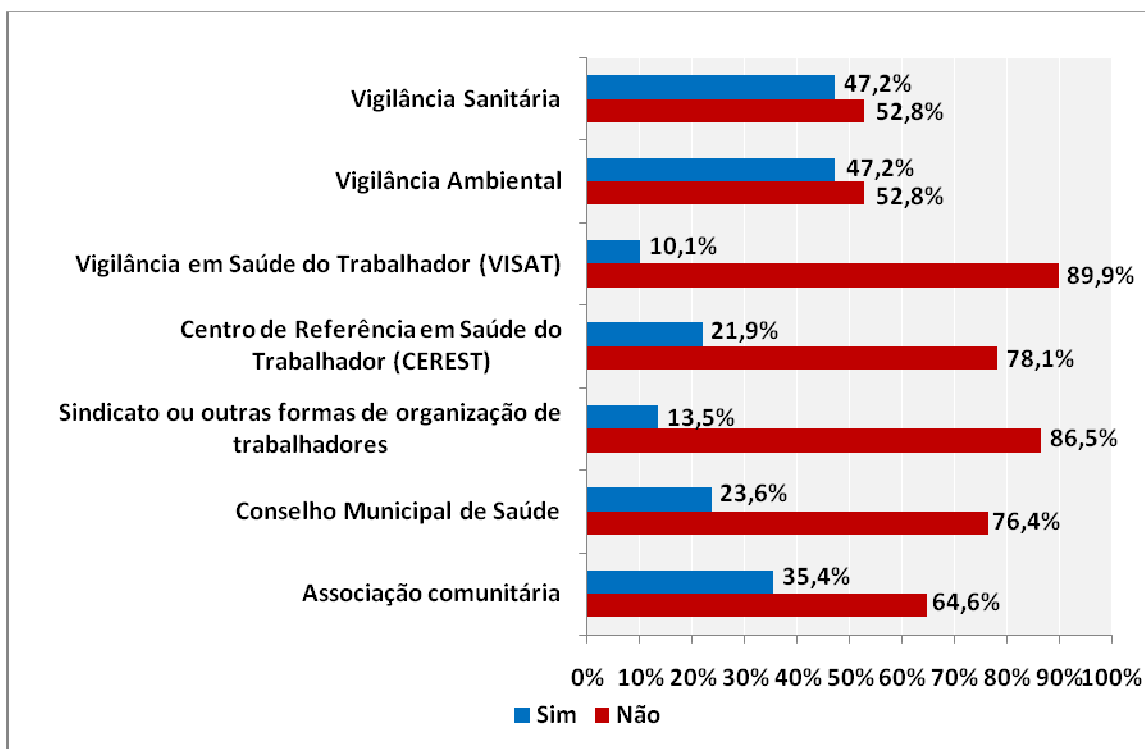


Embora ainda há uma parcela das equipes que não buscam articulações para resolução dos problemas relacionados ao trabalho, é inovador para a área de saúde do trabalhador que a AB busque essas articulações dentro do SUS e fora dele.

Segundo Lacaz et al. (2003) apud Machado (2011) as relações intrasetoriais é o maior entrave a ser superado na área de saúde do trabalhador, há grande dificuldade na articulação das ações de VISAT dentro do SUS, e neste estudo observamos que embora apresente-se esta dificuldade, outros setores da saúde, aquém a ST e independente dela, tem buscado resolver e atuar nas relações do processo trabalho-saúde-doença no seu território de referência.

Ao observarmos a *Figura 33* concluímos que há uma aproximação maior para essas ações com a Vigilância Sanitária e com a Vigilância ambiental, 47,2% (valor numérico para ambas). A articulação direta com as ações que envolvem a saúde do trabalhador foi apontado somente por 10,1% dos profissionais que busca *articulação com a vigilância em saúde do trabalhador*, 21,9% relatou buscar *articulação com o CEREST* e 13,5% relataram *buscar articulação com a organização dos trabalhadores*.

Figura 33 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe de saúde busca articulação com os órgãos intra e intersetorial a seguir, para resolver os problemas que envolvem as relações trabalho-saúde-doença?"



A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) publicada em 2012 estabelece como diretriz: “a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de

desenvolvimento e os processos produtivos” e enfatiza a integração da VISAT com os demais componentes da vigilância em saúde e com a Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Estimular à participação dos usuários na AB como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde é estrutural para a uma proximidade das ações da AB junto a Associação Comunitária, ao Conselho Municipal de Saúde e aos sindicatos ou outras formas de organização dos trabalhadores.

De acordo com os respondentes 35,4%, das equipes articulam ações com a Associação Comunitária para a resolução dos problemas que envolvem saúde-trabalho-ambiente, com o Conselho Municipal de Saúde, 23,6% dos respondentes apontaram que as equipes buscam articulações para a resolução de problemas na área de ST, os conselhos são importantes meios para que as ações intra e intersetoriais se realizem visto a capilaridade de atores que o agrega e sua força institucional nas ações de saúde pública.

Os Sindicatos e outras formas de organização dos trabalhadores possuem articulações mais tímidas junto a AB, no presente estudo 13,5% dos respondentes apontaram que as equipes realizam articulação junto a estes.

A participação dos trabalhadores nas ações de VISAT é um componente fundamental e inerente às ações de saúde do trabalhador, produzindo efeito de fortalecimento das ações sanitárias e dos acompanhamentos propostos pela vigilância, representa uma força política de interesses voltada para a redução de risco e agravos à saúde (MACHADO, 2013).

Embora as articulações intersetoriais vem se fortalecendo para a realização das ações de VISAT, a AB devido a sua concepção e foco no território não tem oportunidade de articular ações com outros setores que vão além do seu território de referência, neste sentido torna-se essencial o apoio do CEREST para a mediação dessas ações. No presente estudo não foi apontado articulações com o MTE e o Ministério Público, embora conforme podemos observar na literatura que são importantes atores para a realização das ações de VISAT.

É importante ressaltar as experiências importantes em que as equipes de saúde do trabalhador relatam junto ao Ministério Público, ao Ministério do Trabalho e Emprego, INSS/MPS, Universidades, entre as outras áreas da saúde e outras políticas públicas (ALMEIDA, REIS, 2013) especialmente em temáticas como o trabalho infantil (RAIMUNDO, VEIGA, SANTOS, 2013), exposição a agrotóxicos (SILVA et al, 2013), exposição ao amianto (NOBRE, MASCARENHAS, D'AREDE, 2013), exposição ao Benzeno (MACHADO, 2011).

As equipes de APS consideram e atuam sobre fatores determinantes de saúde em seu território de abrangência, e muitos deles estendem-se aos ambientes de trabalho, porém essas ações requerem ações integradas com outros setores como meio ambiente, trabalho e emprego, entre outros (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013).

O CEREST realiza e realizou várias ações de vigilância em saúde do trabalhador no território com a APS, segundo a coordenação do CEREST Regional de JP, as ações foram realizadas a partir de solicitação da população e também pela notificação de agravos em saúde do trabalhador, tendo sempre que apresentado a demanda o olhar da ST pelos técnicos do CEREST e desenvolvidos essas atividades de forma intra e inter institucional, sendo articulado os atores que o serviço acha necessário para poder trazer uma boa resolutividade das questões.

Uma dessas ações ocorreu no DS3 no bairro José Américo. A partir da reclamação da população com a presença de muita poeira advinda de uma fábrica de cimecal, foi realizada denúncia aos ACS e agentes de vigilância ambiental, e observado que muitos idosos e crianças estavam apresentando problemas respiratórios. A partir dessa denúncia o CEREST articulou através da equipe multiprofissional, o CEREST Estadual, a Secretaria de Meio Ambiente, a Vigilância Sanitária, Ambiental e houve a participação nessa ação do fisco. Concluiu-se que essa atividade era irregular, com vários trabalhadores expostos no processo de trabalho e que também estavam desenvolvendo doenças respiratórias. Sendo necessário intervenção direta no processo de trabalho, com a interrupção da atividade e intervenções em relação aos trabalhadores em relação ao seu adoecimento por doenças respiratórias.

e) Apoio Institucional, técnico especializado e pedagógico para o desenvolvimento da VISAT nas APS

A PNSTT possui como um dos objetivos garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede.

A APS enquanto ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado em saúde, segundo o modelo de atenção vigente a partir da RAS torna-se a estratégia prioritária para a inserção das ações de ST no SUS, sendo assim é necessário que os profissionais da AB assumam de fato o cuidado dos trabalhadores e tenham a compreensão sobre as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores e sejam capazes de identificar e conhecer as experiências em desenvolvimento na Rede que identificam os fatores favorecedores e as dificuldades e ajudam a reconhecer os processos produtivos (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013).

Esta proposta vai ao encontro da Política Nacional de Educação Permanente do SUS e com a estratégia de apoio matricial.

Entende-se por Apoio Matricial, o arranjo organizacional e a metodologia de trabalho, que busca assegurar retaguarda especializada e apoio técnico-pedagógico ao profissional e/ou à equipe de referência para o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde de uma população (CAMPOS, 2007 apud LACERDA e SILVA, 2013).

Apresenta-se como estratégia capaz de potencializar o desenvolvimento de competências para a gestão do cuidado e melhorar a capacidade de resolução das demandas e problemas envolvidos nas relações trabalho-saúde-doença e ambiente, no território de atuação das equipes (DIAS, LACERDA E SILVA, ALMEIDA, 2012).

O apoio matricial busca assegurar retaguarda técnico-pedagógica especializada ao profissional e /ou equipe de referência que tem responsabilidade pela saúde de indivíduos e coletividade (condução de casos individuais, familiar ou comunitário). Conceitualmente o apoiador é um especialista, com saberes e habilidades específicas que podem contribuir para aumentar a capacidade de resolução das demandas e problemas da população que estão sob responsabilidade das equipes de referência (LACERDA E SILVA, DIAS, 2013)

As equipes de referências recebem o apoio matricial de especialistas com o intuito de trocar informação e elaborar coletivamente projetos terapêuticos com discussões prospectivas de casos, elegendo prioridades, esboçando um plano de ação para compartilhar objetivos, definir estratégias, procedimentos e responsabilidades (SANTOS, LACAZ, 2012).

O apoio matricial às eAB/eSF para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, com ênfase na VISAT pressupõe o conhecimento sobre a organização e os processos de trabalho na Atenção Básica de forma detalhada. Os apoiadores devem conhecer para utilizar as tecnologias utilizadas, procurando adaptar ou estabelecer pontos de enlace com o cuidado à saúde dos trabalhadores.

A análise de situação de saúde dos territórios de atuação das eAB/eSF é fundamental para a organização da produção do cuidado aos trabalhadores na APS, devendo ser discutida com a equipe do apoio matricial em saúde do trabalhador. O diagnóstico situacional local é um instrumento básico para a análise de situação de saúde e deve subsidiar a definição do perfil produtivo e do perfil epidemiológico dos trabalhadores, ressaltando as atividades produtivas domiciliadas. Ressalta-se o atendimento compartilhado ou consulta conjunta⁶, discussão de casos ou reunião de matriciamento⁷ e as visitas domiciliares⁸ enquanto tecnologias utilizadas no Apoio Matricial (SANTOS, LACAZ, 2012; DIAS, LACERDA E SILVA, 2013).

Entre as metodologias para organizar ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores que podem ser objeto do apoio matricial destaca-se o Projeto Terapêutico

⁶ Tem por objetivo responder qualificadamente às demandas de assistência à saúde e reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família. Geralmente a ação acontece a partir da solicitação de um dos profissionais da eR e destina-se a complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento e traçar um plano terapêutico. Em geral, a consulta conjunta é articulada pela eR que faz os contatos com os matriciadores, do CEREST e do NASF e solicita suporte para a abordagem do caso. É importante prever a avaliação e reavaliação periódica até que a situação seja resolvida.

⁷ É um espaço de partilha de diferentes entendimentos e questionamentos, permitindo que a situação seja analisada por distintos ângulos, em uma perspectiva interdisciplinar. Pode também ser uma oportunidade para discussão de dificuldades pessoais dos profissionais em relação ao paciente e sua situação.

⁸ É um dos recursos dos serviços de saúde de base territorial, mais utilizados pelas eAB/eSF para complementar a atenção aos usuários que não podem ser atendidos nas unidades de saúde. Para a saúde dos trabalhadores, as visitas domiciliares são, possivelmente, o procedimento matricial mais complexo, mas com maior potencial de auxiliar a condução de casos que envolvem o trabalho domiciliado quando assume a feição de ação de VISAT

Singular (PTS)⁹, o Plano de Cuidado¹⁰ e o Plano de Intervenção em Ambientes de Trabalho¹¹, conforme apresenta Dias, Lacerda e Silva (2013).

Para que as eAB/eSF implementem a VISAT em seu território elas precisam contar com forte apoio institucional, ou seja, que essa atividade seja valorizada e apoiada pelos gestores e suporte técnico especializado e pedagógico, por meio do apoio matricial ou matriciamento.

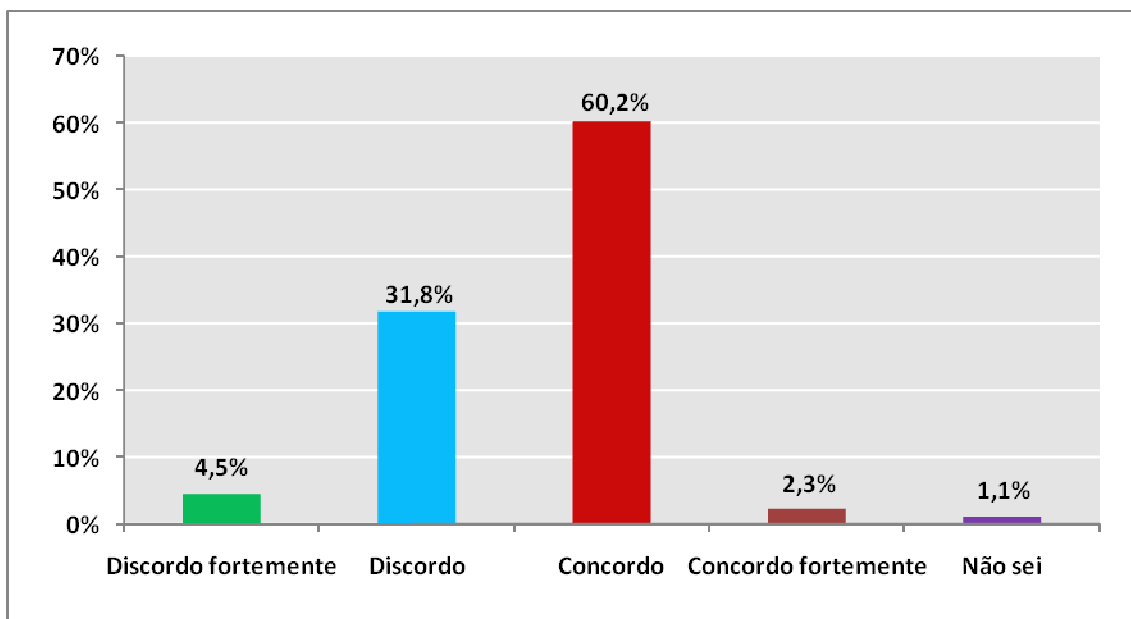
Quando analisamos a distribuição de concordâncias e discordância em relação aos apoios institucionais para as ações de saúde do trabalhador constatamos que, de acordo com os profissionais respondentes, *62,3% Concordam e Concordam Fortemente* que a *coordenação municipal da atenção básica* apóia o desenvolvimento de ações de ST, *36,3% Discordam e Discordam Fortemente* que há apoio e *1,1% Não Sabe* se existe apoio, conforme *Figura 34*.

⁹ O PTS instaura o planejamento em saúde no cotidiano de trabalho das equipes e permite o compartilhamento da compreensão do problema e a pactuação de objetivos no coletivo.

¹⁰ Envolve o diagnóstico multidimensional (físico, psicológico e social); a estratificação do risco; a definição de metas terapêuticas, das intervenções propostas e dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional, com a participação ativa do usuário e de sua família; a definição dos passos e dificuldades para o alcance das metas; suporte e recursos necessários; o estabelecimento da confiança do usuário para alcance das metas terapêuticas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo (MENDES, 2012; MORAES, 2012 apud LACERDA E SILVA, DIAS, 2013).

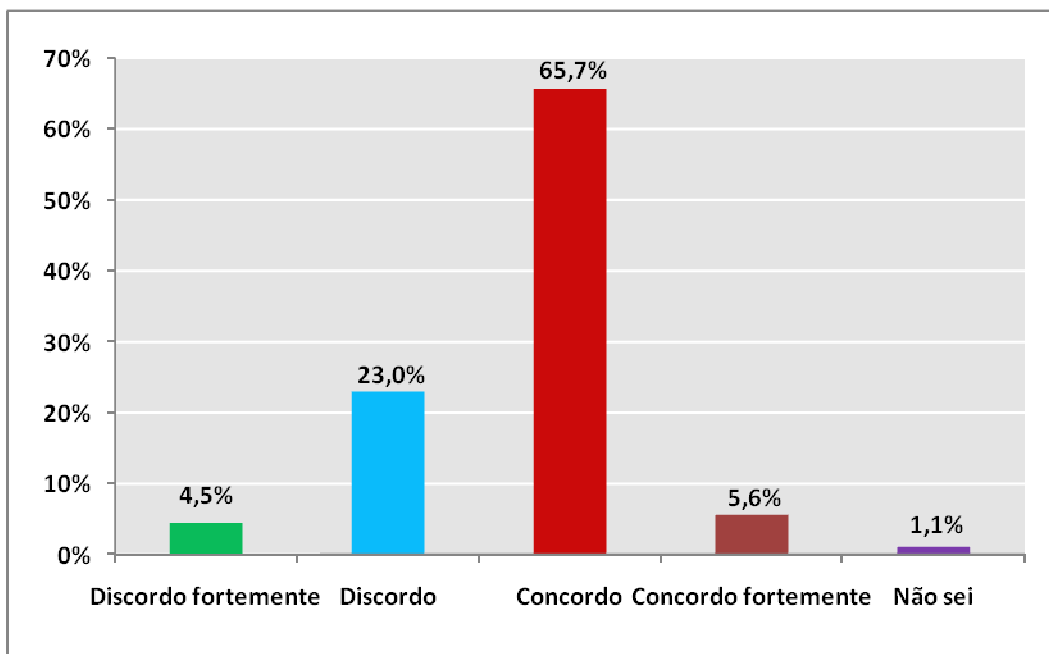
¹¹ O Plano de Intervenção em Ambientes de trabalho, a ser desenvolvido na APS, viabiliza as ações de VISAT e tem como foco em especial as atividades produtivas domiciliares.

Figura 34 - Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "A Coordenação Municipal da Atenção Básica apoia o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador"



Dando continuidade a análise, 71,3% dos profissionais respondentes *Concordam* e *Concordam Fortemente* que o coordenador/gerente da unidade básica de saúde de onde trabalham apoiam o desenvolvimento das ações de ST e 27,5% *Discordam* e *Discordam Fortemente* que há esse apoio, enquanto que 1,1% *Não sabem* responder, conforme apresentado na *Figura 35*.

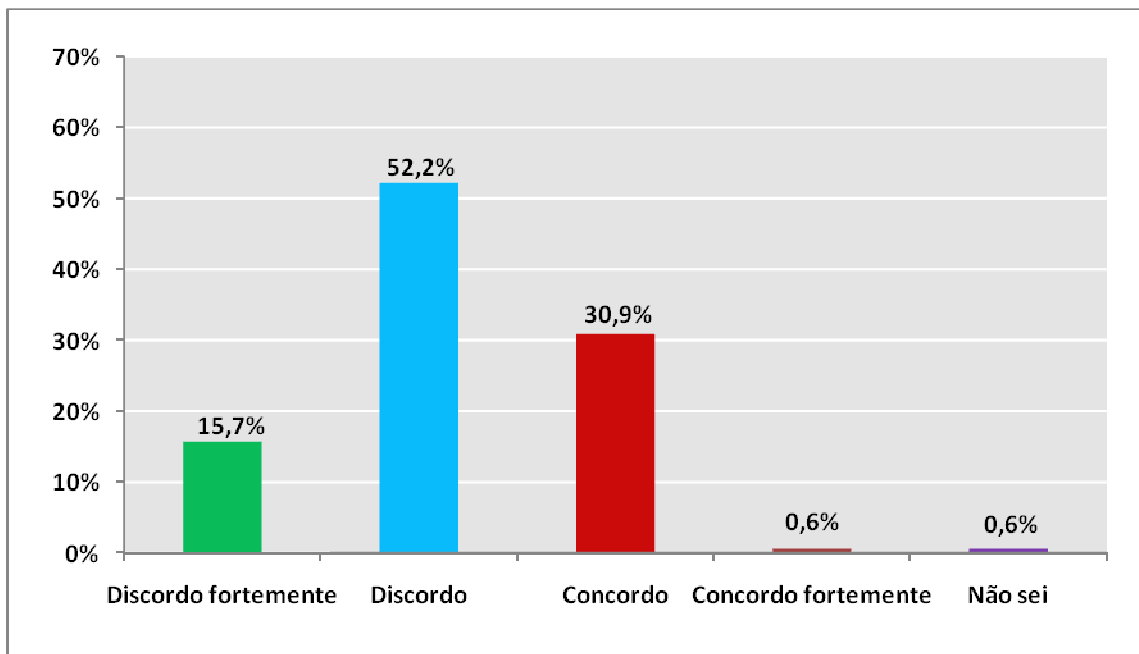
Figura 35 - Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "O coordenador/gerente da unidade básica de saúde onde trabalho apoia o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador."



Observamos que foi demonstrado pelos profissionais respondentes da pesquisa um grande apoio institucional por parte da gestão da AB no desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, poucos apontaram não saber se há esse apoio, o que pode ser justificado pelos profissionais que estavam na Unidade no momento na entrevista, mas que não tinham vínculo com a Unidade, cobrindo férias ou licença de outro profissional ali instalado.

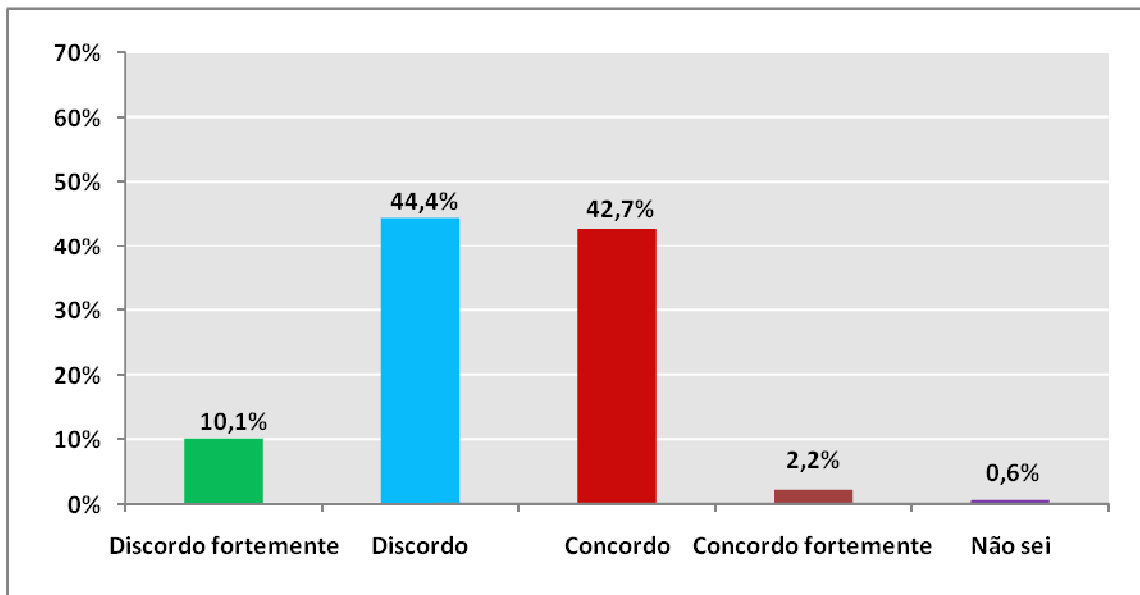
Em relação aos apoios recebidos por parte da área de saúde do trabalhador, observamos que há quase uma inversão numérica, visto que de acordo com os respondentes 31,6% *Concordam* e *Concordam Fortemente* que Instâncias Especializadas em saúde do trabalhador apóiam as ações realizadas pelas equipes de ST, enquanto que 67,9% *Discordam* e *Discordam Fortemente* em referente ao apoio recebido e 0,6% *Não sabem* se há este apoio, é o que apresenta a *Figura 36*.

Figura 36 - Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "Instâncias especializadas em Saúde do Trabalhador apóiam a minha equipe de saúde da família no desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. "?



Observamos também que foi demonstrado o baixo apoio recebido pelos CEREST para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, de acordo com a pesquisa 44,9% *Concordam* e *Concordam Fortemente* com o apoio recebido pelo CEREST, enquanto que 45,5% *Discordam* ou *Discordam Fortemente* e 0,6% *Não Sabem* se há apoio do CEREST, conforme *Figura 37*.

Figura 37 - Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: “O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) oferece apoio e retaguarda técnica à minha equipe de saúde da família para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador? ”



As equipes do CEREST, a VISAT (onde houver), a vigilância ambiental, entre outras instancias ligadas a saúde do trabalhador, deve apoiar a definição do perfil produtivo, a identificação de situações de vulnerabilidade e riscos à saúde da população, o levantamento de informações sobre as principais queixas e problemas de saúde dos trabalhadores que residem na área de atuação das eAB/eSF e a eleição de casos ou situações prioritárias para a intervenção.

A fragilidade demonstrada pelos dados referente ao apoio recebido pela área de ST para o desenvolvimento das ações de AB vai de encontro à proposta de criação e expansão da rede CEREST definidos como

pólos irradiadores, num determinado território, da relação entre o processo de trabalho e saúde e devendo assumir a função de suporte técnico e científico em ST, ao lado de difundir informação para ações de vigilância, facilitar a educação permanente para profissionais e técnicos do SUS e controle social (DIAS e HOEFEL, 2005).

A Portaria nº1679/2002 define os CEREST enquanto suporte para as ações de supervisão dos profissionais da rede de serviço e de práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a VISAT, o que veio a se fortalecer a partir da Portaria nº

2728/2009 que redefiniu a RENAST e reforçou o papel do CEREST no desenvolvimento de subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

O apoio institucional é uma tecnologia inovadora, porém pouco estruturada no cotidiano dos serviços de saúde e envolve mudanças significativas no paradigma do trabalho em saúde. Algumas unidades da federação já instituíram a figura do apoiador institucional, a *Referência Técnica em Saúde*, com a responsabilidade de prover o suporte à implantação e desenvolvimento de ações de saúde.

O estado da Paraíba trabalha com a proposta de referências técnicas nos municípios e ressalta que em quase em todos os municípios já existe essa estratégia para conseguir que as ações de ST fossem colocadas enquanto prioridades nos municípios.

Os profissionais foram orientados quanto a PNSTT e a importância de ter alguém que responda pelas ações de ST no município, em especial há um acompanhamento mais estreito com aqueles CEREST que estão fragilizados, com trocas de coordenação e necessidade de um maior entendimento sobre a área de ST.

Também foi ressaltado que uma macrorregião de saúde do estado, que compõe 4 regiões de saúde não possui CEREST regional, deixando assim descoberto um quantitativo de 40 municípios, que são especialmente acompanhados pelo CEREST Estadual, que se faz melhor definida com a articulação realizada com as referências técnicas dos municípios dentro das gerências regionais, esta região é prioritária no planejamento de ações de treinamento segundo a coordenação.

O apoio matricial em saúde do trabalhador propicia uma adesão da rede básica aos conceitos e práticas do campo da ST, segundo Santos & Lacaz (2012) aponta no estudo realizado no município de Amparo, e sugere que o CEREST tornou-se retaguarda especializada para as ações de saúde do trabalhador. O estudo aponta que é relevante a mudança no olhar dos profissionais da eSF para os trabalhadores atendido após o apoio matricial e a inserção do olhar da relação trabalho-saúde na assistência prestada pela AB.

De acordo com o relatado pela coordenação da APS do município de João Pessoa durante a entrevista para este estudo, há uma grande necessidade de aproximação maior das ações de saúde do trabalhador com a atenção básica e ressalta que é como se existisse um trabalho paralelo dentro da Rede, e ressaltou que não é só referente a ST, mas também com as outras áreas no SUS. De acordo com Leão e Vasconcellos (2011) a articulação dos CEREST com os serviços do SUS é frágil. Observamos que em grande parte das ações que são desenvolvidas no país a interlocução existente entre o CEREST e a AB acontece por meio de ofertas de curso de capacitação enquanto proposta de matriciamento.

Podemos observar em vários estudos que a proposta de matriciamento em ST permite a incorporação da atenção à saúde do trabalhador pela APS. Alguns estudos como o realizado no município de Sobral no estado do Ceará (SILVA et al, 2012), no estado da Bahia (NOBRE et al, 2012), em Amparo no estado de São Paulo (DIAS; BERTOLINI & PIMENTA, 2011), na cidade de Aracaju, no estado de Sergipe (FREIRE & RAMOS, 2012) apresentam metodologias para a efetivação do atendimento integral ao trabalhador, tendo o CEREST enquanto apoiador do processo, ressalta-se a capacitação como principal estratégia de ação.

O apoio técnico e pedagógico em saúde do trabalhador realizado pelo CEREST de João Pessoa se estrutura a partir do núcleo de capacitação e educação permanente em saúde, que segundo a coordenação do CEREST-JP trata-se de um núcleo dentro do CEREST que é formado pela equipe e que desenvolve as capacitações para a atenção básica em saúde do trabalhador, de VISAT junto ao APS e junto aos profissionais da gestão.

Os treinamentos estão voltados para as capacitações de protocolo, oficinas, que são realizadas para toda a Rede. A proposta da coordenação para a programação anual em relação aos treinamentos é levantar a real necessidades dessas capacitações junto aos profissionais de SF de forma mais operacional técnico, trazendo para o cotidiano desse profissional o olhar sobre a ST e como ele pode operacionalizar isso na pratica, que, segundo ele, é o desafio para técnicos do CEREST.

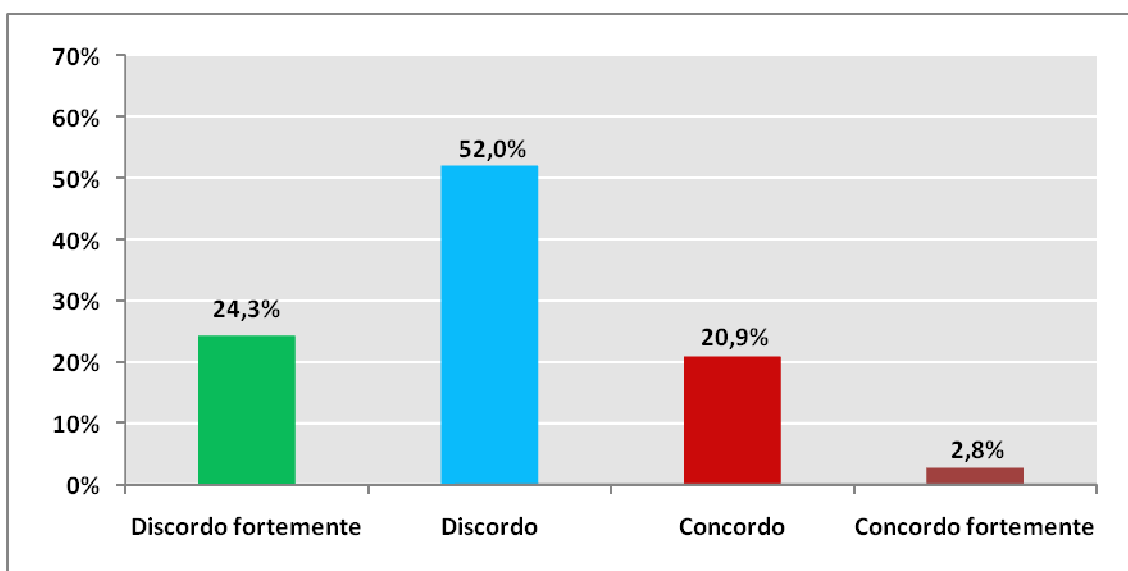
Embora a capacitação seja a estratégia que se faz presente para as ações de matriciamento, em especial articulado as ações do CEREST, conforme citado

anteriormente, seja pelas questões políticas que esbarram todos os CEREST hoje no Brasil, em especial tratando-se da execução dos recursos, seja pela capacidade técnica e logística disponível, o CEREST Regional de João Pessoa apresentou no Questionário da RENAST que somente 87 profissionais da rede assistencial ou sentinela foram capacitados no ano de 2014, e isso se reflete nas respostas dadas pelos profissionais da AB.

A coordenação da atenção básica do município de João Pessoa avalia que a demanda por conhecimento da área de ST é muito incipiente pelas eAB/eSF do município, com alguns casos isolados e aponta a necessidade de uma diretriz voltada para a aproximação com a ST, a partir da Educação Permanente em Saúde, para que os profissionais possam conhecer a PNSTT e quais são as ações que eles possam estar desenvolvendo lá no seu território na AB.

De acordo com as respostas dadas pelos profissionais 76,3% *Discordam* e *Discordam Fortemente* que tiveram treinamento para desenvolver ações de saúde do trabalhador e 23,7% demonstraram que *Concordam* e *Concordam fortemente* que foram capacitados, conforme *Figura 38*.

Figura 38 - Distribuição de concordâncias ou discordâncias a afirmação: "Eu tive treinamento para desenvolver ações de saúde do trabalhador."



De acordo com a PNAB (2012) a vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida

em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

O treinamento em saúde do trabalhador é um ponto muito discutido em todo país e vem acontecendo de diversas formas nos municípios e estados.

De acordo com o 2º Inventário da RENAST (2011/2012) a proporção das ações executadas pelo CEREST, levando em conta o tempo gasto com cada tipo de atividade é de 34,3% os CEREST estaduais e 36,5% os CEREST Regionais para as ações de capacitações.

Os treinamentos são setorializados, de acordo com as especificidades da área de referência daquela equipe, muito voltados ainda a implementação de estratégias para o aumento das notificações.

Porém, como em outros programas e estratégias, nos deparamos com inúmeros problemas que acercam a educação continuada no SUS, podemos destacar aqui as fragilidades de vínculos, rotatividade de profissionais, as rotinas de trabalho, escassez de recursos humanos, a dificuldade de relações intra-setoriais entre outros.

Foram destacadas durante as entrevistas com os gestores 2 treinamentos desenvolvidos nos municípios. Um foi desenvolvido no ano de 2012, denominado de “Cuidando do Cuidador”, que foi uma experiência de treinamento voltado aos profissionais de saúde da AB em parceria com a Saúde Mental do município de João Pessoa junto a práticas alternativas, com o propósito de mudar o olhar do trabalhador para a saúde do trabalhador e assim mudar o processo de trabalho nas suas unidades de referências. Fazer com que o trabalhador produza sem ter tanta pressão e cobrança “sendo visto como um ser humano, com suas falhas, apontando o aspecto pessoal e o lado subjetivo” (*sic*).

O outro treinamento destacado trata-se dos cursos constantes no Projetos de Capacitação de VISAT desenvolvidos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, por intermédio do Grupo Direitos Humanos e Saúde (DIHS/ENSP/Fiocruz), em parceria com outras instituições, e financiados pelo Ministério da Saúde, desenvolvidos em duas modalidades de formação: (a) Multiplicadores/Facilitadores, (b) Curso Básico para agentes da RENAST, Vigilância Sanitária, Controle Social e outras instituições parceiras.

A formação de Multiplicadores tem como objetivo preparar, mediante critérios de seleção, um grupo de profissionais para ministrar os cursos básicos. Este curso é realizado em duas etapas de 40 horas cada e organizado de comum acordo com as coordenações locais dos CEREST que participam do Projeto. Os profissionais, uma vez formados, passam a constituir um Banco de Multiplicadores, vinculado aos projetos, de modo a serem referência para auxiliar na formação da RENAST no território nacional.

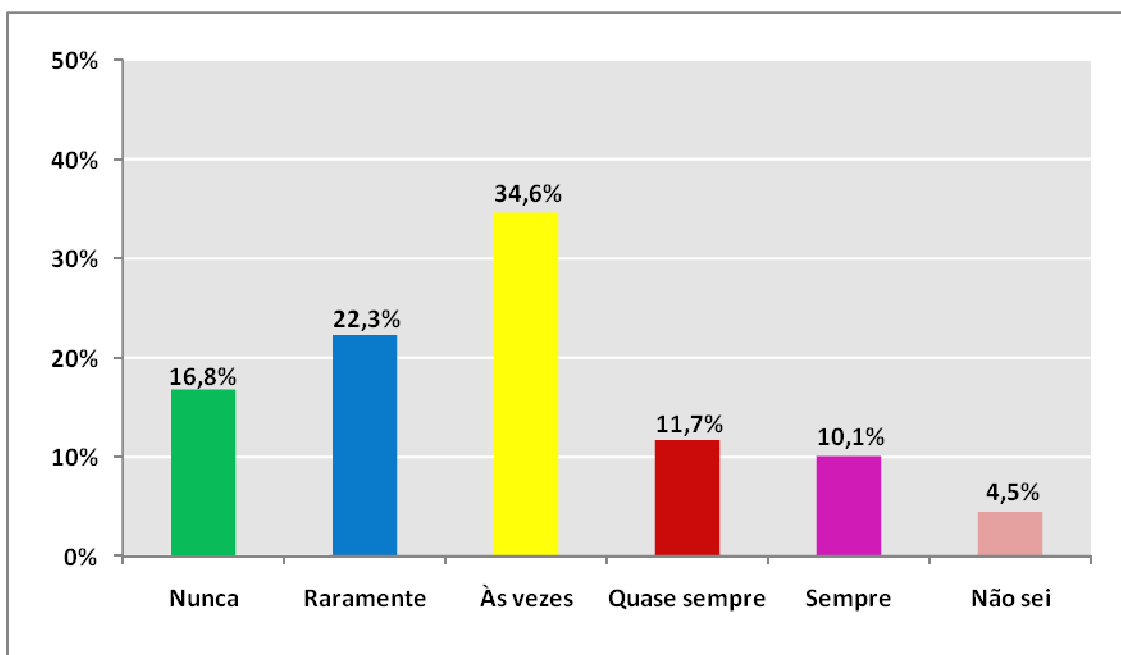
O Curso Básico é organizado na modalidade de imersão, com ação em serviço e desencadeamento de intervenções sobre os processos produtivos de interesse do nível local onde o curso é realizado. O curso é ministrado por dois multiplicadores e supervisionado pela Comissão Colegiada do Projeto (Ccol) e Coordenação Técnica¹².

Alguns trabalhos de capacitações realizados mostram a necessidade fortalecimento das ações de educação permanente entre os profissionais de saúde do trabalhador e de AB, sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, capacitando e estimulando para a importância da notificação de acidentes de trabalho, o aumento das notificações e a melhoria das informações, a avaliação dos riscos ocupacionais e a eficácia das medidas preventivas, curativas e reabilitadoras incorporando o trabalho na prática diária do agente comunitário de saúde (ACS) identificando as dificuldades e perspectivas dos profissionais de saúde referente à busca de acidentados do trabalho, verificando a articulação com as vigilâncias, em especial a vigilância epidemiológica, para o encaminhamento dos acidentados do trabalho, orientando e acompanhando o serviço de referência e contra referência (CRAVEIRO et al, 2011; LINHARES et al, 2011; SANT'ANNA et al, 2012; KRUG et al, 2012).

As equipes de saúde demonstraram que as ações de educação em saúde do trabalhador realizadas pelas eAB/eSF ainda acontecem de forma muito tímida, visto que somente 21,8% relataram que *Quase sempre* e *Sempre* a equipe desenvolve ações de educação em ST, enquanto 56,9% apontaram que as equipes *Raramente* e *Às vezes* realizam ações de educação em ST e 21,3% apontaram que *Nunca* e *Não sabem* se essas ações são realizadas, conforme apresentado no *Figura 39*.

¹² Informações do site: <http://www.multiplicadoresdevisat.com/> acesso em 10 de março de 2016.

Figura 39 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe desenvolve ações de educação em saúde do trabalhador?"



Porém é importante destacar um diferencial no Distrito IV, apresentado no anexo 02 em que a maior parte dos respondentes apontaram que “sempre” e “quase sempre” a equipe desenvolve ações de educação em saúde do trabalhador, embora sem haver, de acordo com a coordenação da saúde do trabalhador do município, um motivo aparente para esse diferencial nas ações de educação.

Segundo Dias e Lacerda e Silva (2013) as ações educativas e de promoção da saúde, são parte do cotidiano das eAB/eSF e podendo ser realizadas no domicílio, na UBS e em outros espaços comunitários no território adscrito. Essas ações requerem o estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo entre as equipes de saúde e usuários/comunidade.

O empoderamento do trabalhador para reconhecimento do trabalho enquanto agente transformador da sua saúde e determinante do processo saúde doença é ponto principal a ser observado nas ações de educação em saúde do trabalhador desenvolvidos no território, que podem ser desenvolvidas de forma coletiva e de forma a utilizar os grupos já existentes, como os grupos de hipertensos, gestantes entre outros, os quais os trabalhadores já são participantes.

O CEREST-JP possui enquanto perspectiva para o fortalecimento do apoio na/da AB trabalhar ações de educação em saúde com o objetivo do entendimento do trabalho enquanto determinante e condicionante de saúde e assim, inserir as questões de vigilância em saúde do trabalhador.

f) O Controle Social nas ações de ST desenvolvidas pela APS

O campo da Saúde do trabalhador nasce imbricada a participação social em uma conjuntura política de organização de lutas pela redemocratização do país, baseado no ideário da Modelo Operário Italiano que tem seu foco no controle das condições de trabalho nas unidades produtivas a partir do saber do trabalhador, enquanto detentor do conhecimento do seu processo de trabalho bem como a discussão coletiva das avaliações que pautariam os processos reivindicatórios.

Esse movimento disseminou-se no Brasil enquanto um ponto determinante dentro do movimento denominado de Reforma Sanitária Brasileira, em meados dos anos 1980 e contribui de forma significativa para a institucionalização da área de saúde do trabalhador. A participação social na saúde foi institucionalizada a partir da Constituição de 1988 e transversal a todo histórico que permeia as ações de ST conforme apresentamos alguns pontos abaixo:

A Constituição Federal de 1988 consagra a saúde enquanto ‘direito de todos e dever do Estado’ e define a participação social enquanto uma de suas diretrizes de organização. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) reafirma e aponta a participação da comunidade como um dos seus princípios nas ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Não há como falar de participação social e saúde do trabalhador sem falar na maestria das quatro Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador que foram marcos definidores da estruturação da área de saúde do trabalhador e sua inserção no SUS enquanto política pública de estado.

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, institucionalizando a participação social, entre outras formas, por meio dos conselhos de saúde e das conferências.

As conferências são realizadas a cada quatro anos com a representação dos segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas. Por meio desses conselhos, a comunidade participa da gestão pública (Ministério da Saúde, 2013).

A Portaria 3.120/98 (Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador) que define os procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações de VISAT recomenda a instituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), na forma colegiada, com a participação dos trabalhadores e de entidades que tenham responsabilidades com a área de saúde do trabalhador, vinculadas organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-los na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde do trabalhador.

A Portaria 1679/02 que estrutura a RENAST define que o controle social da RENAST se dará por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais por intermédio das instâncias de controle social do SUS.

Da mesma forma, a Portaria nº 2.728/09 que amplia a RENAST estabelece que o controle social nos serviços que compõem a RENAST deve ser realizado com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na legislação, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST vinculadas aos respectivos Conselhos.

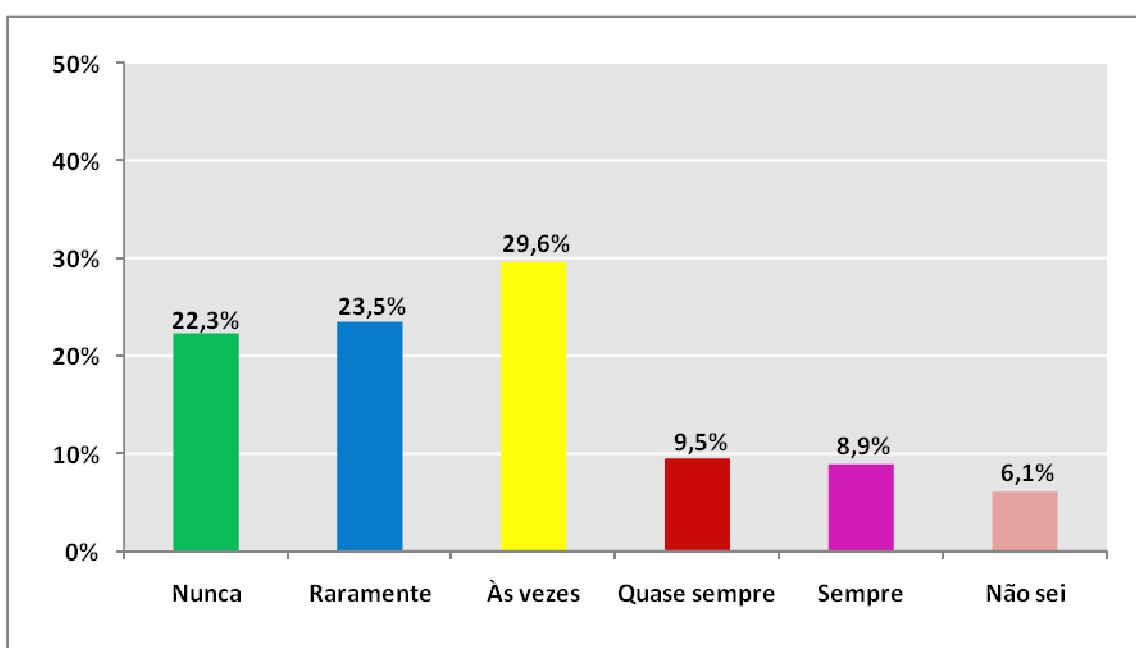
A PNSTT (Portaria nº 1823 de 2013) destaca a necessidade de fortalecer e ampliar a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador.

A participação dos trabalhadores é um componente fundamental de VISAT e inerente às ações de saúde do trabalhador. Está presente na definição de prioridades por indução de demandas, na própria atividade de preparação e de execução de inspeções sanitárias, bem como na avaliação e no acompanhamento permanente dos casos e processos de vigilância (MACHADO, 2011).

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social é uma diretriz da PNAB e está articulada a diversas ações desenvolvidas pelas eSF/eAB e apropriadas a partir do vínculo com a comunidade e a co-responsabilidade das ações de saúde no território (PNAB, 2012).

A mobilização dos usuários trabalhadores acontecem de forma pouco significativa, conforme podemos observar nos dados da *Figura 40* apresentada abaixo, em que 18,7% dos profissionais que responderam o questionário apontaram que *Quase sempre* e *Sempre* sua equipe promove a mobilização de usuários trabalhador, enquanto 53,1% responderam que *Raramente* e *Às vezes* e 28,4% *Nunca* e *Não sabe* se houve a mobilização de usuários trabalhadores no seu território.

Figura 40 - Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe promove a mobilização de usuários trabalhadores, buscando efetivar a participação e controle social em relação ao SUS?"



Segundo Lacerda e Silva, Dias e Ribeiro (2011), a mobilização social é uma ferramenta de atuação importante no campo da Saúde do Trabalhador que requer a atuação dos próprios trabalhadores, das empresas, dos profissionais de saúde, entre outros, requerendo o estabelecimento de diferentes níveis de vinculação e responsabilização de todos os sujeitos envolvidos no processo.

Segundo dados do Questionário da RENAST 2014, o CEREST de João Pessoa possui CIST em funcionamento com ampla participação do controle social e demonstrou que houve a participação dos trabalhadores na Programação Anual de Saúde através de sindicatos e centrais sindicais.

Há realização da ação de capacitação do controle social *em funcionamento*, tendo sido 30 atores do controle social capacitados no ano de 2014. Os sindicatos avaliam frequentemente a qualidade e o impacto das ações do CEREST-JP e frequentemente participam das ações, ressaltando a participação dos trabalhadores no planejamento, na execução ou avaliação das ações de VISAT.

A coordenação do CEREST Regional relatou uma ação de VISAT desencadeada a partir de uma notificação registrada nos serviços de atendimento de emergência, realizada a partir de ações intra e intersetoriais e que feita todo um processo de intervenção acompanhado pelos trabalhadores.

O saber do trabalhador nas ações de VISAT incorpora qualidade técnica, contextualizando as observações e informações sobre os processos de trabalho e atividade e o próprio território como condicionante da atividade. Fortalece as ações sanitárias e os acompanhamentos propostos pela vigilância, representando a força política de interesses voltada para a redução dos riscos e agravos à saúde (MACHADO, 2011).

A partir da reestruturação do mundo do trabalho e o processo de desregulamentação das relações de trabalho, o SUS assume enquanto política de cobertura universal permeada por alterações nas suas bases de representação e com isso o CEREST assume uma nova clientela de trabalhadores informais, precários ou de desempregados. Sendo necessário a elaboração de novas abordagens para a investigação e estratégias intervenção que dêem conta da inclusão desses trabalhadores (SANTOS, LACAZ, 2011).

O que se observa a partir da literatura que não há muitos estudos que venham apresentar a participação dos trabalhadores nas ações de VISAT na AB, por ser uma temática muito recente para o SUS, as ações que envolvem os trabalhadores e o controle social são de capacitação desses atores e aproximação do conhecimento da VISAT com os processos produtivos desenvolvidos no território.

A participação e mobilização dos trabalhadores nos territórios podem acontecer de diversas formas, enraizado nas ações realizadas na rotina de trabalho e estruturada, conforme apontado anteriormente, para a atenção integral do usuário trabalhador com participação do usuário em todos os processos constitutivos do seu plano de cuidado, assim como identificados a partir das consultas e visitas domiciliares, que devem servir de fator de identificação de lideranças de trabalhadores que venham a contribuir no processo saúde doença no território.

Devemos ressaltar, conforme aponta MACHADO (2011) não há vigilância sem a participação dos trabalhadores, devendo ser construídas as relações das práticas de VISAT com os trabalhadores e seus representantes, em um processo de acordos de interesses mútuos com foco no processo de promoção da saúde.

III) O Seminário Atenção Primária e Saúde do Trabalhador no SUS no município de João Pessoa e a devolutiva da pesquisa realizada.

O Seminário Macrorregional de Saúde do Trabalhador: Atenção Primária e Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS aconteceu nos dias 20 e 21 de novembro do ano de 2014 na Universidade Federal da Paraíba e teve como objetivo discutir os processos de implantação/ implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Sistema Único de Saúde no município de João Pessoa/PB.

O público participante foi composto por técnicos, gestores, estudantes e pesquisadores em saúde do trabalhador e atenção básica e estiveram presentes para participarem das discussões gestores de saúde do trabalhador e atenção primária do município, além de pesquisadores da UFMG e da Fiocruz.

O Seminário foi composto por 5 painéis com as seguintes temáticas:

Painel 1: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: um panorama atual e as possibilidades de implementação

Painel 2: Saúde do Trabalhador na Atenção Primária: perspectivas e desafios no cuidado em saúde.

Painel 3: RESULTADOS DA PESQUISA: *Avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.*

Painel 4: Vigilância sobre os processos produtivos e a prevenção da Saúde do Trabalhador – (re)construindo caminhos na RENAST

Painel 5: Perfil atual da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Primeira Macrorregião do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – uma visão crítica e propositiva.

Como proposta de devolução dos resultados da pesquisa realizada no município, conforme apresentado no Painel 3 foi apresentado os dados tabulados, conforme apresentado neste estudo, com a proposta de um debate entre os presentes e os pesquisadores.

Alguns pontos foram apresentados durante a realização do Seminário para que as ações de VISAT sejam realizadas na AB e serão aqui apresentados a partir de dois tópicos:

1- A Atenção Primária:

- O desconhecimento das ações de ST e os atores que poderiam estar envolvidos nas ações;
- Subfinanciamento do SUS e a dificuldade da AB na realização das ações a que ela se propõe;
- A dificuldade no atendimento da população em relação a disponibilidade de equipe;
- Sobrecarga dos profissionais, impossibilitando uma cobertura adequada de acordo com os protocolos definidos, por exemplo os protocolos de

hipertensão, diabetes, pré-natal, rastreamento de um câncer de colo, rastreamento de um câncer de mama, numa população relativamente grande e ainda cuidar da demanda espontânea e ainda fazer vigilância, entre outras ações;

- Importância do reconhecimento das ações de saúde do trabalhador na prática diária dos profissionais de AB, para que a equipe não pense que a nossa aproximação é só mais trabalho
- O modelo de formação dos trabalhadores de saúde da UBS ainda é inadequado, principalmente em relação a formação do médico e o algoritmo que os profissionais trabalham ainda é o algoritmo da clínica.
- Dificuldade muito grande de assimilar ou incorporar a saúde coletiva, e quando incorporada essas questões, os profissionais são retirados da zona de conforto, o que pode ser observada também quando inserida enquanto temática na educação continuada.
- A dificuldade de vivência nos cursos de capacitação em relação ao cotidiano e a realidade das equipes de saúde do trabalhador e de atenção primária. Em especial a ST apresenta uma grande dificuldade de ocupar os espaços nesses processos de capacitação.
- Necessidade de discutir estratégias melhores e ampliar um pouco o espaço da saúde coletiva até os processos vividos na atenção primária.

2- A Saúde do Trabalhador

- Em relação a saúde do trabalhador o que observamos ainda é invisibilidade do trabalho.
- Necessidade que os profissionais tenham o hábito de perguntar o que a pessoa faz, se é casado ou não, endereço, e todos os dados necessários para que seja capaz de entender a problemática de saúde daquele usuário, e assim apropriar essa informação no raciocínio fisiopatológico.

- É importante que o profissional tenha a consciência de que o campo “profissão” e “ocupação” tem o mesmo valor que o endereço, o mesmo valor do estado civil, na hora da construção do raciocínio fisiopatológico, em especial no profissional médico.
- Somente a partir da conscientização da necessidade da inclusão da ST no SUS é que os profissionais olharão de forma integrada nas suas atividades de trabalho.
- Ainda é visível o isolamento que há em relação as ações de ST, podemos observar isso em relação as graduações, como já citado aqui, como também nas próprias capacitações dos profissionais da AB. É uma questão que acontece no nível técnico, no nível político e no nível que aborda atenção primaria, e temos que trabalhar.
- Para que as ações de ST aconteçam no SUS, em especial na AB, mesmo considerando todas as dificuldades, é necessário um maior contato, um conhecimento maior e melhor de ambas as partes.
- Necessidade de conhecer e cavar a realidade nos territórios, nos espaços possíveis. Ter um direcionamento político, uma estratégia de implantação, observar a realidade de onde estamos, por exemplo.
- Hoje no país temos uma população trabalhadora, autônoma ou informal, e não há o princípio muito pleno nas ações de ST de chegar nessa população, quem pode fazer isso é a atenção primaria em cada território.
 - A AB pode começar um trabalho muito dirigido as populações mais excluídas, através do trabalho domiciliar.
 - É necessário pensar na estratégia de aproximação quando o trabalhador trabalha em determinado território e mora em outra área de abrangência, operacionalmente as vezes é muito complicado o deslocamento dessas pessoas, as vezes em cidades diferentes.

- Embora haja muitas dificuldades, a aproximação entre a ST e a AB vai acontecer, o território vivo é o lugar onde realmente se passa a realidade, e a ST tem que saber chegar lá.

A proposta de continuidade dos trabalhos que o evento trás vai ao encontro dessa reflexão, em que há a proposta de uma maior aproximação entre as áreas e, de acordo com a coordenação da AB, o tema da saúde do trabalhador será prioridade nas capacitações a serem realizadas e a proposta do reconhecimento do trabalho no território a partir do mapeamento de todas as Unidades de Atenção Básica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados obtidos a partir da realização das entrevistas e dos dados constantes no questionário semi-estruturado com os gestores e profissionais de nível superior das eAB/eSF do município de João Pessoa demonstra que as eAB lidam, no seu cotidiano de trabalho, com as questões de VISAT no território onde atuam, reconhecendo a importância do trabalho enquanto determinação do processo saúde-doença, embora os gestores de atenção básica e da Saúde do Trabalhador do estado e do município apontem que não há efetivamente ações integradas entre as áreas para a execução das ações. Elas acontecem de formas pontuais, e vão ao encontro de necessidades momentâneas.

O estudo identificou que as equipes identificam e fazem a relação trabalho-saúde-ambiente, porém não utilizam essas informações enquanto dados epidemiológicos de notificação para o planejamento de políticas e tampouco discutem os dados entre a equipe e com a comunidade.

Os profissionais da eSF participantes do estudo apontam que as características fundamentais de VISAT: a intersetorialidade e a participação não são características do cotidiano de suas atividades, embora os profissionais relatem procurar realizar parcerias para a realização das ações, elas não foram além do setor saúde de forma significativa.

Não há incentivo a participação, assim como não há articulação intersetorial significativa com os sindicatos ou outras formas de organização dos trabalhadores.

Outro ponto observado no estudo é que as ações de VISAT na APS acontecem sem a presença de instâncias apoiadoras e matriciadoras entre elas o CEREST.

A coordenação da APS do município e a gerência das UBS não são consideradas indutoras e facilitadora das ações de VISAT pela eAB.

Também é marcante neste estudo a necessidade da melhoria na formação dos profissionais para desenvolver ações de VISAT, em especial no que se refere ao planejamento de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes a saúde a partir de ações de intervenção, organizadas de forma participativa, em prol da modificação dos processos de trabalho aliando os aspectos epidemiológicos ao contexto social que abrange as relações de trabalho no território.

Contribuições para o aprimoramento das ações de VISAT em João Pessoa:

- O Fortalecimento do papel do CEREST no apoio as ações de saúde do trabalhador, enquanto instância matriciadora dessas ações no SUS.
- A valorização dos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da eSF que apontam ao reconhecimento do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença.
- Fortalecimento das ações de VISAT junto às coordenações da Atenção Básica dos Distritos Sanitários, assim como um estreitamento junto às vigilâncias epidemiológicas, sanitária e ambiental.
- Definição de indicadores e metas de saúde do trabalhador mais definidas junto a APS nos instrumentos de gestão e pactuação do SUS, a partir das diretrizes estabelecidas pelo MS.
- Incorporação de temas da VISAT nas atividades de educação permanente dos profissionais da atenção básica, principalmente na identificação das atividades produtivas do território, os riscos e adoecimentos decorrentes.

As contribuições aqui apontadas indicam a necessidade de uma maior aproximação entre as áreas de saúde do trabalhador e atenção básica, entendendo esta enquanto viabilizadora das ações de VISAT na RAS, pois a partir da atenção básica temos condições de garantir a atenção integral aos trabalhadores, avaliando sua proximidade de todos os trabalhadores, independente do seu vínculo. Com ações capazes de atender ao trabalhador de acordo com as suas necessidades no território e contando com a participação dos movimentos sociais atuantes, dos trabalhadores que residem e ou trabalham naquele território, os profissionais de saúde, entendidos aqui também enquanto trabalhadores da saúde, os gestores e todas as instâncias sociais existentes no território.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.H.R.C., REIS, A.P.. Cuidado à saúde do trabalhador na rede SUS Betim e Microrregião: a atuação do CEREST. Coopmed, 2013.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 124, p. 216–226, dez. 2011.

BAHIA. **Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho**. Secretaria da Saúde do Estado, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. SESAB/SUVISA/DIVAST – Salvador: DIVAST, 2012.

BRASIL. **Portaria n.º 3.120, de 1º de Julho de 1998**. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes, 1 jul. 1998. Disponível em: <http://www.CEREST.piracicaba.sp.gov.br/site/images/3120_-_98.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.

BRASIL. **LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 29 de nov.2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

_____. **PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009**. DISPÕE SOBRE A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST) E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS., 11 nov. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)., DE DEZEMBRO DE 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014

_____. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de

Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências., 28 jun. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 29 nov. 2014

_____. **Decreto Nº 7602, de 7 de novembro de 2011 - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST., 7 nov. 2011b. Disponível em: <<http://www.RENASTonline.org/recursos/decreto-7602-7-novembro-2011-pol%C3%ADtica-nacional-seguran%C3%A7a-sa%C3%BAde-trabalho-pnsst>>. Acesso em: 29 nov. 2014

_____. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora., AGOSTO DE 2012. Disponível em: <<http://www.RENASTonline.org/recursos/portaria-n%C2%BA-1823-23-agosto-2012-pol%C3%ADtica-nacional-sa%C3%BAde-trabalhador-trabalhadora>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. **PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013.** , [s.d.].

_____. **PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.** Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e PCS.

_____. Diretrizes para implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013.

CARDOSO, E. M. **Análise conjuntural da vigilância em saúde do trabalhador no estado do Amazonas.** p. 180–180, 00PY - 2014 2014.

CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. (EDS.). **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas.** Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

DA SILVA GAP, TEIXEIRA MG, COSTA MGN. **Estratégias de Prevenção e Controle de Doenças, Agravos e Riscos: Campanhas, Programas, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde, Vigilância da Saúde.** in Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Org. Jairnilson da Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho. Ed Medbook, 2012, p. 391/399.

DESLANDES, S.F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DIAS, Elizabeth Costa et al. **Desenvolvimento de ações na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes.** Relatório Técnico, 2010. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, M. G.

DIAS, E. C.. **Women, work and health.** Lead Newsletter, USA, v. 1, p. 2-3, 1994

DIAS, E. C. Novas possibilidades para o cuidado da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ambiental na Atenção Básica do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 0–0, dez. 2009.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2061–2070, dez. 2009.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. DA G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817–827, 12PY - 2005.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. E (EDS.). **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2013.

DIAS, E. C.; LACERDA E SILVA, T. **Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária de Saúde, no SUS**. Relatório Final (agosto 2008 a dezembro 2012). Belo Horizonte: UFMG, 2013.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. E. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 31–43, jun. 2013.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. E; ALMEIDA, M. H. C. DE. Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet., (Rio J.)**, v. 20, n. 1, 01PY - 2012.

DIAS, M. D. DO A.; BERTOLINI, G. C. DOS S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho, Educação e Saúde**, p. 137–148, 2011.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S. **Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal**. [s.d.].

FERNANDES, L. M. M. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: um estudo de caso**. 2012. Faculdade de Medicina Preventiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, M. G.

LACAZ, F. A. C.. **A vigilância em Saúde do Trabalhador como elemento constitutivo da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

LACERDA E SILVA, T. **Contribuição ao processo da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro: s.n., 2009

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C ; Ribeiro, ECO . **Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador**. Interface (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 859-870, 2011.

LACERDA E SILVA; DIAS. **O agente comunitário de saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas - Guia do ACS.** [s.l: s.n.].

MACIEL, T. R. DE S. **Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil.** p. 70–70, 00PY - 2014 2014.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):33-45, 1997.

_____. A Propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. Saúde coletiva;** 10(4): 987-992, 2005.

_____. **Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.** In: Minayo Gomes, Carlos; Machado, Jorge Mesquita Huet; Pena, Paulo Gilvane Lopes. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. p.67-85, tab.

_____. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: conceitos e pressupostos.** Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

MATTA, G. C., GUIMARÃES, M.V. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário.** 2009.

MATTA, G. C., MOROSINI, G.V.M.

MENDES, R.; CAMPOS, A. C. C. Saúde e segurança no trabalho informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. **Rev Bras Med Trab,** v. 2, n. 3, p. 209–223, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Vigilância em Saúde: Experiências e Perspectivas.** Press Release. *Ciênc. saúde coletiva.* vol.18 no.5 Rio de Janeiro May 2013.

_____, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14. Ed. São Paulo; Hucitec, 2014.

MINAYO, G. C., MACHADO, J.M.H., PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. p. 23-34.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a PNAB estabelecendo a versão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família e o PACS. Brasília, 2011. Gabinete do Ministro.

MONKEN, M., BARCELLOS, C. **Vigilância em Saúde e Território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

NOBRE et al. **Vigilância em Saúde do Trabalhador na Região Sudeste da Bahia: uma experiência de integração com a Atenção Primária em Saúde em área de**

passivo ambiental. Coopmed, 2013.

PAIM J ET AL. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2 ago. 2011.

PAIM, J.S. **Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PENA, P. G. L.; MARTINS, V.; REGO, R. F. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. **Rev. bras. saúde ocup**, v. 38, n. 127, p. 57-68, 06PY - 2013 2013.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO CONTÍNUA. , [s.d.].

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 08PY - 2013 2013a.

PINHEIRO, T.M.M.. **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: A vigilância do conflito e o conflito da vigilância.** Tese Doutorado. UNICAMP, 1996.

PORTO, M. F. DE S.; ALMEIDA, G. E. S. DE. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.

Projeto SVS_CD_MPS.pdf. , [s.d.].

QUINTINO, N. D. **Vigilância em saúde dos trabalhadores: potencialidades da matriz FPEEEA.** p. 116-116, 00PY - 2009 2009.

Reportagem de 27/02/14. **Taxa de informalidade manteve tendência de queda.** Disponível em < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=21552>. Acesso em 27/02/14.

RIGOTTO, R. M. Environmental Health & Worker's Health: a promising approach between the Green and the Red. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 4, p. 388-404, 2003a.

_____, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 4, p. 388-404, dez. 2003b.

SANTANA, V.S., FERRITE, S. **Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador.** Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

SANTOS, A. P. L. **Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo.** 2010. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, S. P.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 8, n. 3, 02PY - 2011 2011a.

SANTOS, A. P. L. DOS; LACAZ, F. A. DE C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1143–1150, 05PY - 2012 2012.

Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, T. L. E; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. DE O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 859–870, set. 2011.

SILVA, T. L. **Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários em saúde para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador**. 2009. Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, R.J.

SOUZA, T. S. DE; VIRGENS, L. S. DAS. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup**, v. 38, n. 128, p. 292–301, 12PY - 2013 2013a.

TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILASBOÂS AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA CF, VILASBOÂS ALQ. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação**, in Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Org. Jairnilson da Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho. Ed Medbook, 2012, p. 287/301.

VASCONCELLOS, L. C. F. DE; ALMEIDA, C. V. B. DE; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 445–462, nov. 2009.

VASCONCELLOS, L. C. F. DE; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. The gap between what has been defined and what is still pending in occupational health surveillance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4617–4626, dez. 2014.

VASCONCELLOS, L. C. F; RIBEIRO, F.S.N. **A Construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no SUS**. Educam, p. 423-452, RJ, 2011.

VIEIRA, M. C. DA F. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009**. 2009.

VIEIRA, M. C. DA F., DIAS, E.C., MATTOS, R.C. **Contribuição da Atenção Primária à saúde do trabalhador no domicílio**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

Bardin, L. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

APÊNDICES

Apêndice 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Contribuição para o aprimoramento das ações no município de João Pessoa – PB”** desenvolvida por Luciana de Assis Amorim, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Jorge Mesquita Huet Machado.

O objetivo central do estudo é: Contribuir para o aprimoramento das ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no município de João Pessoa.

Você foi selecionado/a porque integra uma equipe de Saúde da Família no município de João Pessoa ou porque é gestor na área da Vigilância em Saúde ou da Atenção Primária do Município de João Pessoa e acreditamos que pode contribuir para a nossa pesquisa. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para você ou para as instituições envolvidas, sendo assim, você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Apenas a equipe de pesquisa terá acesso aos dados coletados, sendo assegurados a confidencialidade e o sigilo das informações. As informações obtidas a partir da análise

das entrevistas por profissionais das equipes de Saúde da Família serão sistematizadas e analisadas sem que seja possível identificar os participantes. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e somente irão constar nos nossos materiais de divulgação caso você julgue importante o conhecimento, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora, seu orientador e sua co-orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Ao aceitar participar do estudo não terá nenhuma compensação financeira, estando exposto somente ao risco de possível desconforto ou ansiedade gerados pela pesquisa.

Os benefícios esperados de sua participação é a possibilidade que você terá de colocar suas opiniões e posições frente ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde dos trabalhadores, em seu cotidiano de trabalho, no âmbito da Atenção Básica. Sua participação também contribuirá para o maior conhecimento dessa realidade e o desenvolvimento de proposições para a estruturação de ações de vigilância em saúde do trabalhador, na perspectiva da atenção integral à saúde do trabalhador, pelas equipes da Atenção Básica.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Você receberá uma via deste termo de consentimento, visto que o termo é redigido em duas vias: sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, onde consta o telefone e o endereço eletrônico do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. O Comitê de ética da Fundação Oswaldo Cruz, também se

encontra à disposição para eventuais esclarecimentos. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210; Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863; E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br, <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Autoriza gravação da entrevista? () Sim () Não

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Luciana de Assis Amorim

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ):

Luciana de Assis Amorim

Tel: (21)98127-2417

e-mail: luassis@fiocruz.br

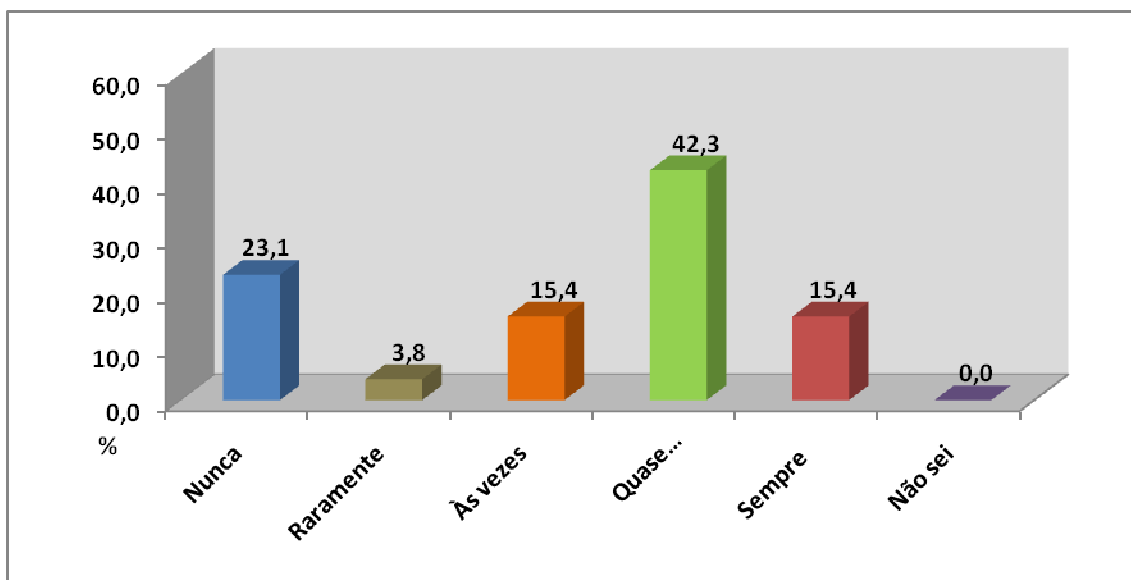
João Pessoa, _____ **(Local e Data)**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: _____

Apêndice 02- Distribuição das respostas à pergunta: "A equipe desenvolve ações de educação em saúde do trabalhador?" – DS IV



Apêndice 3 – Questionário aplicado profissionais nível superior

ESTE CAMPO SÓ DEVE SER PREENCHIDO PELO APLICADOR	
Aplicador: _____	Distrito Sanitário: _____
Município: _____	Nome da Unidade de Saúde: _____

Prezado(a)

Este questionário que você irá preencher se refere às ações de **atenção à saúde dos usuários trabalhadores**, desenvolvidas por você e sua equipe de Saúde da Família.

O questionário é **anônimo**. Desta forma, ninguém saberá quem respondeu cada questionário. Os questionários aplicados serão enviados diretamente para a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, onde apenas a equipe de pesquisa terá acesso a eles.

Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso sua sinceridade é muito importante ao respondê-lo. É importante que você **não deixe de responder nenhuma questão**. **Em cada questão assinale apenas uma alternativa, que considerar a mais adequada/apropriada**.

Se você marcar errado alguma questão, escreva “nulo” ao lado e assinale a opção correta.

Você não é obrigado a participar da pesquisa. Se não quiser participar, por favor, deixe seu questionário em branco e devolva-o ao entrevistador.

Agradecemos a colaboração.

Bloco 1
Identificação Geral do profissional de saúde

1. Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2. Idade: _____ anos	3. Qual a sua Profissão? <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> Médico (a)	4. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família ____ anos ____ meses
-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Bloco 2
Este bloco se refere às informações sobre suas práticas de atenção à saúde dos usuários trabalhadores, no âmbito da Atenção Básica.

MARQUE COM UM 'X' A RESPOSTA MAIS ADEQUADA

5. Você pergunta ao usuário qual é o seu trabalho/ocupação atual?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre

6. Você pergunta ao usuário quais as atividades de trabalho ele desenvolve na sua ocupação atual?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre

7. Você pergunta ao usuário sobre o trabalho/ocupação desenvolvido por ele anteriormente?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
8. Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação atual do usuário?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
9. Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação pregressa do usuário?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
10. Você busca estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação, atual ou pregressa?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
11. Você consegue estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação, atual ou pregressa?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
12. Você tem conhecimento sobre a/as atividade (s) produtiva (s) (ex: fábricas, agricultura) desenvolvida (s) no território de referência de sua unidade de saúde que influencia (m) a condição de saúde dos usuários e da comunidade em geral?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
13. Você consegue estabelecer a relação entre doenças e queixas das famílias de sua área de abrangência e as atividades produtivas existentes no território (ex: frigorífico; fábrica de tecido; agricultura, padaria, marcenaria)?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
14. Você conhece o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)?
() Sim () Não
15. Você sabe que algumas doenças relacionadas ao trabalho são de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)?
() Sim () Não
16. Você notifica os casos de acidente de trabalho no SINAN?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre
17. Você notifica os casos de doenças relacionados ao trabalho no SINAN?
1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre

Bloco 3**Este bloco se refere às ações de atenção à saúde dos trabalhadores desenvolvidos pela equipe de Saúde da Família do qual você faz parte**

18. A equipe de Saúde da Família mapeia as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência de sua unidade (ex: frigorífico; fábrica de tecido; agricultura, padaria, marcenaria, etc) ?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

19. Qual a última vez em que a equipe de Saúde da Família mapeou as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência de sua unidade?

() 6 meses atrás () entre 6 meses e 1 ano () há mais de um ano () Não sei

20. Ao mapear as atividades produtivas desenvolvidas no território, a equipe identifica os fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, decorrentes dessas atividades?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

21. A equipe discute com a população sobre a presença de fatores e situações de risco para a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, decorrentes das atividades produtivas desenvolvidas no território?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

22. A equipe de saúde realiza alguma ação para eliminar ou minimizar esses fatores e situações de risco?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

23. A equipe de saúde realiza ações de intervenção e negociação de medidas de prevenção dos riscos decorrentes das situações de trabalho?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

24. A equipe de saúde busca articulação intra e intersetorial para resolver os problemas que envolvem as relações trabalho-saúde-doença?

Nesta questão você poderá marcar todas as alternativas apropriadas à situação da sua equipe.

() Não busca articulação

() Busca articulação com a Vigilância Sanitária

() Busca articulação com a Vigilância Ambiental

() Busca articulação com a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

() Busca articulação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

() Busca articulação com a Referência técnica em saúde do trabalhador

() Busca articulação com o Ministério do Trabalho

() Busca articulação com o Ministério Público

() Busca articulação com o sindicato ou outras formas de organização de trabalhadores

() Busca articulação com o Conselho Municipal de Saúde

() Busca articulação com a associação comunitária

() Outra (especifique) _____

() Não sei

25. A equipe de saúde possui um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores (perfil epidemiológico) que residem no território de referência de sua unidade?

() Sim () Não

26. A equipe analisa a informação decorrente das notificações de acidentes e doenças relacionados ao trabalho?

Sim Não

27. A equipe desenvolve ações de educação em saúde do trabalhador?

Observação: são exemplos de ações de educação em saúde do trabalhador: orientação sobre os riscos e perigos para a saúde relacionados ao trabalho/ocupação; orientação quanto às medidas de prevenção e proteção.

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

28. A equipe promove a mobilização de usuários trabalhadores, buscando efetivar a participação e controle social em relação ao SUS?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

29. A equipe de saúde recebe denúncia ou solicitação de intervenção em situações de risco e/ou adoecimento de usuários e comunidade provenientes de atividades produtivas (ex: indústrias, fábrica) instaladas no território de referência?

1() Nunca 2() Raramente 3() Às vezes 4() Quase sempre 5() Sempre 6() Não sei

BLOCO 4

Este bloco se refere ao apoio para o desenvolvimento da atenção à saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Básica

30. A Coordenação Municipal da Atenção Básica apoia o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

31. O coordenador/gerente da unidade básica de saúde onde trabalho apoia o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

32. Eu tive treinamento para desenvolver ações de saúde do trabalhador.

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

33. Instâncias especializadas em Saúde do Trabalhador apoiam a minha equipe de saúde da família no desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador.

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

34. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) oferece apoio e retaguarda técnica à minha equipe de saúde da família para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador.

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

Prezado profissional de saúde,

Obrigado por participar da pesquisa. Caso deseje comentar mais alguma coisa sobre a atenção/cuidado à saúde dos trabalhadores desenvolvido por você e/ou sua equipe de saúde, aproveite o espaço abaixo para escrever sua opinião.

Apêndice 4 – Roteiro das entrevistas com os gestores da Atenção Básica e da Saúde do Trabalhador

1. Roteiro de entrevista da Coordenação da Atenção Básica do Município

- 1) A experiência que ele/ela tem com o tema ST
- 2) Como essas questões aparecem na ABS?
- 3) Como o município trata as questões de ST? O que tem sido feito?
- 4) Existem ações definidas como obrigatórias e comuns para todas as equipes?
- 5) Quais são as dificuldades encontradas?
- 6) O que os profissionais demandam?
- 7) Há diretrizes na política da APS do município para a identificação do perfil de saúde dos trabalhadores nos territórios de abrangência das unidades?
- 8) Quais são os instrumentos utilizados na APS para identificação do trabalhador, do registro da sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos sistemas e fontes de informação em saúde? (SIM, SINAN, SIAB)
- 9) A temática de Saúde do Trabalhador está inserida no desenvolvimento das ações de educação em saúde, particularmente nos territórios onde foram identificados riscos relacionados ao trabalho?
- 10) Como se dá o suporte técnico? Exames complementares? Referências
- 11) Como entram estes conteúdos nos processos de capacitação? Quem faz?
- 12) Pensando em um futuro próximo, quais as perspectivas dessa coordenação para a consolidação/ampliação e fortalecimento da atenção aos usuários trabalhadores, considerando o trabalho no processo de adoecimento das pessoas;

OBS.: Caso a entrevistada relate que a Atenção Básica não tem trabalhado o tema da Saúde do Trabalhador, é importante você buscar identificar os fatores que justificam a não inclusão do tema na pauta/agenda da gestão da Atenção Básica, principalmente, considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do usuário e por conseguinte, dos trabalhadores.

2. Roteiro de entrevista do Coordenador do CEREST JP

- 1) Como você e sua equipe vê a proposta de ações de ST e em especial da VISAT na ou pelas equipes da APS.
- 2) Como é a relação entre o CEREST e a rede básica de saúde do município de João Pessoa?
 - ⇒ Aprofundar as questões trazidas pelo entrevistado. Ex: a UBS encaminha usuário com suspeita de agravo relacionado ao trabalho. Perguntar: como é feito esse encaminhamento? Há um fluxo de referência bem estabelecido? O CEREST faz a contra referência? Etc...
- 3) Quais as principais demandas das equipes de Atenção Básica para o CEREST?

- 4) O CEREST JP desempenha a função de apoio técnico e pedagógico às equipes da Atenção Básica?

Explorar como é feito esse apoio: o que é feito; qual a abrangência das ações. Ex: capacitação. Que profissionais são capacitados, como se dá o processo de capacitação, a escolha pelos conteúdos a serem abordados (se a equipe participa da definição dos conteúdos) ou o CEREST identifica; qual a periodicidade das ações de capacitação, etc....

- 5) A equipe do CEREST recebeu alguma demanda da Atenção Básica para realização de vigilância em saúde do trabalhador? Qual foi? Como foi o desenvolvimento das ações de VISAT? Houve participação de profissionais da Atenção Básica na ação?
- 6) Pensando em um futuro próximo, quais as perspectivas da coordenação do CEREST para o fortalecimento do apoio técnico às equipes da Atenção Básica, com vistas à atenção à saúde dos trabalhadores?

3. Roteiro da Entrevista com a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Estado da Paraíba

- 1) Houve inserção de ações, metas e indicadores de vigilância em Saúde do Trabalhador em articulação com a APS no Plano Estadual de Saúde, na Programação anual de saúde, considerando as estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?
- 2) Há o acompanhamento e monitoramento em conjunto com o CEREST regional dos indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de Saúde do Trabalhador com relação a APS?
- 3) Existe um trabalho voltado a construção do perfil produtivo e epidemiológico a partir das fontes de informações existentes e estudos específicos, visando subsidiar a programação e definir estratégias junto a coordenação da APS no estado?

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização para realização da Pesquisa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 25 de setembro de 2015

Processo nº 16.091/2015

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **DS V**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **LUCIANA DE ASSIS AMORIM**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DAS AÇÕES NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

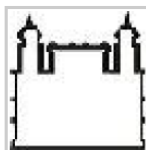
Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Ana Paula Vasques Nogueira
Técnica da Gerência de
Educação na Saúde
Mat.: 66.939-0

P/Ana Paula Vasques Nogueira
Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde

Anexo 2 – Parecer Consubstanciado
CEP/Fiocruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Contribuição para o aprimoramento das ações no município de João Pessoa - PB.

Pesquisador: Luciana de Assis Amorim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45946515.9.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.154.763

Data da Relatoria: 10/07/2015

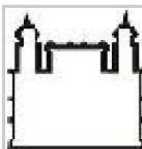
Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências apresentadas no parecer consubstanciado de número 1.143.232, emitidas em 08 de Julho de 2015.

Projeto de dissertação de mestrado de Luciana de Assis Amorim, orientada pelo Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado e coorientada pela Prof.^a Dr^a Elizabeth Costa Dias, com o título "Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Contribuição para o aprimoramento das ações no município de João Pessoa – PB", apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), qualificado em 31/03/2015 e com financiamento próprio no valor de R\$2.580,00.

Segundo a pesquisadora "O presente Projeto de Pesquisa visa dar continuidade à proposta do Projeto Nacional "Avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde" que foi realizada no município de João Pessoa durante o período de fevereiro a abril do ano de 2014, sob a coordenação da Universidade Federal de Minas Gerais, no intuito de qualificar as informações e somar subsídios para a estruturação de ações de vigilância em saúde do trabalhador na Atenção Básica do município de João Pessoa. A

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.154.763

realização deste trabalho envolve a capacidade de conhecer a realidade de João Pessoa a partir da atenção básica na realização das ações de vigilância em saúde do trabalhador e então poder contribuir para a estruturação de ações de vigilância em saúde do trabalhador, na perspectiva da atenção integral à saúde do trabalhador, pelas equipes da Atenção Primária à Saúde”.

Metodologia Proposta:

De acordo com a pesquisadora, “pretende-se utilizar uma abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido em 4 etapas:

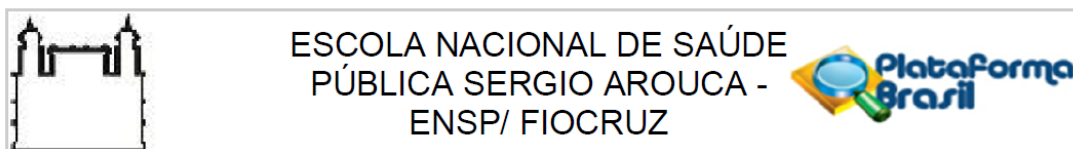
1) Seleção das Unidades Básicas de Saúde. Para a escolha das Unidades de Saúde da Família que participarão da pesquisa foram utilizados três passos, utilizando como fonte de dados as respostas das entrevistas aplicada na Pesquisa “Avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde” realizada no município de João Pessoa - PB. Inicialmente foi utilizado como critério de escolha o Distrito do município de João Pessoa que mais realiza ações em saúde do trabalhador e mais realiza treinamentos para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador.

- O primeiro passo foi verificar qual o Distrito realiza mais ações. Esta etapa foi realizada somando-se as opções, “Quase sempre” e “Sempre”, marcadas pelos profissionais entrevistados nas UBS, nas perguntas 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28 e 29 do questionário utilizado. Para analisar qual foi o Distrito que mais realizou ações, foi necessário ter os valores relativos, pois só assim poderíamos comparar um Distrito com o outro, considerando que cada Distrito era formado por um número diferente de UBS’s. O Distrito 4 (43,8%) e o Distrito 5 (43,4%) são os Distritos que mais realizam ações.

- O segundo passo foi verificar em qual Distrito os profissionais receberam mais treinamentos para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador. Esta etapa foi realizada somando-se as opções “Concordo” e “Concordo fortemente” da pergunta 32, marcadas pelos profissionais que responderam ao questionário aplicado UBS’s. Para analisar qual foi o Distrito que mais recebeu treinamento, também foi necessário ter os valores relativos para realizar a comparação de um Distrito com o outro, considerando o número diferente de UBS’s em cada Distrito. O Distrito 4 (30,8) e o Distrito 5 (36,8%) são os Distritos que mais receberam treinamentos.

- O terceiro passo foi a análise dos dados para a escolha do Distrito e por fim, considerando os valores e a média dos resultados, indica-se a escolha do Distrito 5 por ter sido o Distrito, significativamente, que mais recebeu treinamentos e realizou ações de saúde do trabalhador, com

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.154.763

o quantitativo de 13 Unidades de Saúde da Família.

2) Visita Exploratória Após a seleção do Distrito 5, local onde se realizará a pesquisa, será feita uma visita exploratória, com a finalidade de apresentar a proposta de estudo aos gestores locais e à equipe do CEREST e das Unidades de Saúde da Família.

3) Coleta de dados A Coleta de dados será realizada em 2 etapas e terá 35 participantes:

- 1ª Etapa: Para a realização desta pesquisa optou-se pela utilização de “Grupo Focal” como principal instrumento de coleta de dados, com o objetivo de reunir informações detalhadas que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre as ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas na Atenção Básica no Distrito 5. Serão realizados 2 grupos focais: 1 Grupo Focal com 15 indivíduos do Grupo de Técnico das UBS - médicos e enfermeiros - do Distrito de Referência e que responderam o questionário da Pesquisa “Avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde” e 1 Grupo Focal com 15 Agentes Comunitários de Saúde do território”.

- 2ª Etapa: Realização de entrevista “em profundidade”, semiestruturada, com 5 gestores da Atenção Primária, da Saúde do Trabalhador e das vigilâncias: ambiental, sanitária e epidemiológica do município de João Pessoa, e pessoas chaves que foram detectadas a partir da realização do Seminário “Macrorregional de Saúde do Trabalhador: Atenção Primária e Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a no SUS”.

Metodologia de Análise de Dados:

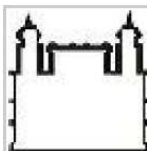
Para realizar a sistematização e análise dos dados será utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo em sua modalidade de Análise Temática, conforme Minayo (2014, p. 317) seguindo as etapas de:

1) Pré Análise, que consiste em: Esta etapa consistirá no contato direto e intenso com o material de campo e a dinâmica entre as teorias relacionadas e o objeto, a partir de uma ampla leitura do material estudado, interpretando por inteiro, levando em consideração as particularidades encontradas, definindo aqui os recortes, as formas de categorização, as modalidades decodificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise (MINAYO, 2014 p.317).

2) Segunda etapa: Exploração do Material Consiste na categorização do material com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto que respalda-se a partir do conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador determinado a partir da Portaria nº3120 de 01 de julho de 1998.

3) Terceira Etapa: Tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação Nesta etapa, após a

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.154.763

leitura proposta e realizada as transcrições dos dados das entrevistas e do Grupo Focal serão feitas avaliações onde serão observados os critérios acima definidos e realizar análise do material, utilizando-se a técnica de análise qualitativa em saúde. O material coletado será lido, com a finalidade de se encontrar aquilo que parece ser o mais significativo dentre as respostas das entrevistas, explorando-se também as diferenças

percebidas entre as falas. As partes significativas serão agrupadas em temas ou perspectivas de investigação, escolhidas a partir de categorias de análise concernentes ao referencial teórico, estabelecendo um diálogo. Ao concluirmos a análise devemos desenvolver uma redação que possibilite articulação entre os critérios, as temáticas, contextos e eixos encontrados capaz de dialogar com o tema, objetivos, pressupostos e questões.

Desfecho Primário:

A capacidade de conhecer a realidade de João Pessoa a partir da atenção básica na realização das ações de vigilância em saúde do trabalhador e então poder contribuir para a estruturação de ações de vigilância em saúde do trabalhador, na perspectiva da atenção integral à saúde do trabalhador, pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

“Objetivo Primário:

Avaliar o grau de apreensão das ações de VISAT pelas equipes das USF's, Cerest e gestores das Vigilâncias (sanitária, ambiental e epidemiológica) e APS no município de João Pessoa.

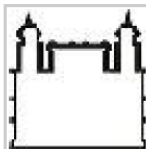
Objetivo Secundário:

- Conhecer e caracterizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no município de João Pessoa.
- Identificar e compreender as principais dificuldades e potencialidades dos processos de trabalho de equipes da Saúde da família do município de João Pessoa para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador na Atenção Básica”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.154.763

“Riscos:

Estando exposto somente ao risco de possível desconforto ou ansiedade gerados pela pesquisa.

Benefícios:

Possibilidade do entrevistado de colocar suas opiniões e posições frente ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde dos trabalhadores, em seu cotidiano de trabalho, no âmbito da Atenção Básica. Sua participação também contribuirá para o maior conhecimento dessa realidade e o desenvolvimento de proposições para a estruturação de ações de vigilância em saúde do trabalhador, na perspectiva da atenção integral à saúde do trabalhador, pelas equipes da Atenção Básica”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

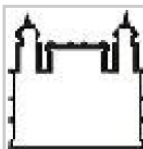
A pesquisadora apresentou os seguintes documentos:

- Formulário de Encaminhamento;
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;
- PB_Informações_Básicas_do_Projeto;
- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Declaração com justificativa pela não entrega do Termo de anuência da instituição coparticipante;
- TCUD - Termo de Compromisso de Utilização de Dados;
- Roteiro de entrevistas.

Recomendações:

A pesquisadora ajustou a data de início da etapa "Organização do Campo e Coleta de dados" para agosto/2015, nos três cronogramas apresentados. Entretanto, manteve a divergência no número de etapas em cada um deles (Projeto na íntegra com 12 etapas, PB_Informações_Básicas_do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.154.763

_Projeto com 8 etapas, cronograma físico modificado com 13 etapas).

Apesar da recomendação do CEP no parecer nº 1.143.232, de 01/07/2015, a pesquisadora manteve incompleta a metodologia apresentada no PB_Informações_Básicas_do _Projeto.

Considerando que tais situações não inviabilizam a aprovação do projeto, recomenda-se à pesquisadora atentar para a necessidade de haver clareza e coerência nas informações prestadas, de forma a não prejudicar a apreciação de futuros projetos que venham a ser apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

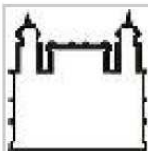
Considerações Finais a critério do CEP:

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.154.763

RIO DE JANEIRO, 21 de Julho de 2015

Assinado por:

**Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)**

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br