UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

FABÍOLA LOURENÇO OTERO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

SANTOS
2018

FABÍOLA LOURENÇO OTERO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Campus Baixada Santista, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.
Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiróz
Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Santos
2018

Otero, Fabíola Lourenço, 1977-

Ot2s

Sistema de Informação na Vigilância em Saúde do Trabalhador: Desafios e Possibilidades. / Fabíola Lourenço Otero; Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiróz. – Santos, 2018.

111 f; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, 2018.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Educação em Saúde. 3. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 4. Sistema de Informação em Saúde. 5. Doenças Profissionais. I. Queiróz, Maria de Fátima Ferreira, Orientadora. II. Título.

CDD 610.7

FABÍOLA LOURENÇO OTERO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca: Profª. Drª. Maria de Fátima Ferreira Queiróz

Membros Titulares

Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida
Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus Botucatu

Profª. Drª. Juliana Andrade Oliveira
FUNDACENTRO – Ministério do Trabalho

Profª. Drª. Maria Fernanda Petroli Frutuoso
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista - UNIFESP

Membro Suplente

Profª. Drª. Rosilda Mendes
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista - UNIFESP

FABÍOLA LOURENÇO OTERO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Maria de Fátima Ferreira Queiróz (Orientadora)

_____

Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida – UNESP (Banca Examinadora)

_____

Profª. Drª. Juliana Andrade Oliveira – FUNDACENTRO (Banca Examinadora)

_____

Profª. Drª. Maria Fernanda Petroli Frutuoso – UNIFESP (Banca Examinadora)

Santos, 22 de agosto de 2018.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, que sempre me incentivou em relação aos estudos;

Ao meu marido Eduardo, pelo apoio e paciência em todos os momentos, principalmente nestes últimos dois anos;

Aos meus filhos, Felipe, Fernanda e Gabriel, que me deram a oportunidade de sentir o verdadeiro amor;

A todos os profissionais que se dedicam à Educação Permanente em Saúde e que entendem que a educação é a chave para transformações pessoais e profissionais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente na minha vida, em todos os momentos, me proporcionando força, fé e coragem para alcançar meus objetivos;

Ao meu mestre, Dr. Celso Charuri, que me mostrou o caminho e o real sentido da vida;

Ao meu marido Eduardo, que com toda a sua calma e paciência, que além de me incentivar incansavelmente, se dedicou a me ajudar diante das demandas que se acumulam no dia a dia, inerentes à mulher-mãe, trabalhadora e estudante. O meu muito obrigada por caminhar lado a lado comigo;

Aos meus filhos Felipe, Fernanda e Gabriel, motivo e razão por mais essa conquista, pelas horas em que não foi possível dar a atenção que vocês merecem, devido a esse período de estudo e pesquisa, mas que souberam entender e me compreender;

À minha mãe Marcia, pelo auxílio, e pelo incentivo constante ao estudo e evolução acadêmica. Só foi possível chegar até aqui graças à educação e orientação recebida desde à minha infância. Obrigada pelo exemplo, amor e dedicação com os meus filhos;

À minha orientadora Profª. Drª. Maria de Fátima Ferreira Queiróz, pelos conhecimentos compartilhados, pela sábia condução neste processo de aprendizagem, e por me mostrar novos horizontes da área da saúde do trabalhador.

À Profª. Drª. Laura Câmara, pelo incentivo em que eu realizasse esse curso, e por me inserir novamente à área acadêmica através dos alunos da UNIFESP;

À Profª. Drª. Juliana Andrade Oliveira, à Profª. Drª. Maria Fernanda Petroli Frutuoso e ao Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida que cordialmente aceitaram participar da minha banca de defesa, contribuindo imensamente com seus conhecimentos;

Às colegas Juliana Cabral e Rosemeiry Nemetz, por acreditarem ser este o caminho que eu deveria seguir, pelos ensinamentos em epidemiologia e saúde do trabalhador, por dividir comigo nestes anos de trabalho momentos felizes e angustiantes vividos na área da vigilância;

Aos meus colegas da turma do Mestrado Profissional de 2016, por compartilhar as alegrias, angustias e conhecimentos nestes dois anos;

Aos meus colegas do CEREST de Santos, que disponibilizaram o seu tempo para a realização da minha pesquisa, pois sem vocês este trabalho não seria possível.

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

RESUMO

Introdução: As doenças e acidentes relacionados ao trabalho são agravos que representam um problema de saúde pública devido aos impactos diretos e indiretos que causam à população. Vários fatores intervêm na formação destes agravos, incluindo as mudanças na organização do trabalho e secundariamente as inovações tecnológicas peculiares à reestruturação produtiva. A vigilância em saúde do trabalhador tem um papel importante nesse contexto, através da promoção, proteção e assistência à saúde daqueles que trabalham. Entretanto, para que a vigilância seja efetiva, é necessário que haja um Sistema de Informações, contendo dados importantes para o desenvolvimento das ações mais adequadas para a saúde do trabalhador em um determinado território. **Objetivo:** Compreender o significado da ficha de notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de acordo com a visão dos profissionais da saúde do Centro de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST) de Santos. **Métodos:** Pesquisa qualitativa com abordagem qualiquantitativa dividida em duas fases. Na primeira fase foi realizado o estudo das notificações dos agravos relacionados ao trabalho no período de 2013 a 2017, através do método descritivo e quantitativo. A segunda fase foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas com questões em aberto, iniciada após prévia aprovação do comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido dos entrevistados. Os sujeitos são os profissionais da saúde do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Santos. A análise do material coletado foi realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Os dados quantitativos relacionados às notificações do período de 2013 a 2017 mostraram um aumento considerável de notificações no ano de 2014, porém em 2017, houve uma diminuição dos registros realizados. Para a análise quanto à subnotificação, foi realizado um recorte na amostra, no período de janeiro a setembro de 2017, onde verificou-se que somente 26,5% dos pacientes novos atendidos nesse período teve algum agravo relacionado ao trabalho notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em relação aos dados qualitativos, foram entrevistados 11 profissionais, sendo 2 homens e 9 mulheres, e estes mostraram em seus discursos uma compreensão parcial do conceito de vigilância em saúde do trabalhador e o sentimento de estarem distantes das ações que compõe esta vigilância por atuarem na assistência aos usuários. Em relação ao preenchimento da ficha de notificação, foram apontados pelos profissionais alguns fatores que dificultam esta ação como: o fato de a ficha ser muito extensa, o deixar para o "outro" e o receio de desdobramentos jurídicos futuros com questões trabalhistas dos usuários. **Considerações finais:** A compreensão parcial das ações contidas no amplo espectro da vigilância em saúde do trabalhador, por parte dos entrevistados, evidencia-se pela deficiência na educação em saúde do trabalhador aos profissionais do Centro de Referência ao ingressarem no serviço. A lacuna na formação destes profissionais em relação a percepção de como a assistência possui um papel importante na produção de informação sobre a saúde dos trabalhadores de determinado território contribui para a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho. É necessária melhor compreensão da importância da informação em trabalho e saúde, por parte dos profissionais, e investimento de gestores e da equipe do CEREST, por meio de um processo de educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Educação em saúde, Vigilância em saúde do trabalhador, Sistema de informação em saúde, Doenças profissionais.

ABSTRACT

Introduction: Work-related diseases and accidents are diseases that represent a public health problem due to the direct and indirect impacts they cause to the population. Several factors intervene in the formation of these diseases, including changes in work organization and secondarily the technological innovations peculiar to productive restructuring. Worker health surveillance plays an important role in this context through the promotion, protection and health care of those who work. However, for surveillance to be effective, it is necessary that there be an Information System, containing important data for the development of the most appropriate actions for the occupational health in a given territory. **Objective:** To understand the meaning of the notification form of the complaints related to the work in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) according to the vision of the health professionals of the Reference Center for Occupational Health (CEREST) in Santos. **Methods:** Qualitative research with a qualitative approach divided into two phases. In the first phase, the study of notifications of work-related injuries during the period from 2013 to 2017 was carried out using the descriptive and quantitative method. The second phase was carried out through semi-structured interviews with open questions, initiated after previous approval of the Committee of Ethics in Research and informed consent of the interviewees. The subjects are the health professionals of the Reference Center for Occupational Health (CEREST) in Santos. The analysis of the collected material was done through the Discourse of the Collective Subject. **Results:** The quantitative data related to the notifications from the period from 2013 to 2017 showed a considerable increase of notifications in the year 2014, but in 2017, there was a decrease of the registrations made. For the underreporting analysis, a cut was made in the sample from January to September 2017, where it was verified that only 26.5% of the new patients seen in this period had any related to the work reported in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN). Regarding the qualitative data, 11 professionals were interviewed, being 2 men and 9 women, and these showed in their speeches a partial understanding of the concept of health surveillance of the worker and the feeling of being distant from the actions that comprise this vigilance for acting in the assistance to users. Regarding the completion of the notification form, some professionals have pointed out some factors that make this action difficult, such as: the fact that the file is very extensive, the leaving to the "other", and the fear of future legal developments on labor issues of users. **Final considerations:** The partial understanding of the actions contained in the broad spectrum of occupational health surveillance by the interviewees is evidenced by the deficiency in the health education of the workers to the professionals of the Reference Center upon joining the service. The gap in the training of these professionals in relation to the perception of how assistance plays an important role in the production of information on the health of workers in a given territory contributes to the underreporting of work-related injuries. It is necessary to have a better understanding of the importance of information on work and health by professionals, and investment of managers and the CEREST team, through a process of permanent education in health.

Keywords: Occupational health, Health education, Surveillance of the workers health, Health information systems, Occupational diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma de atendimento no CEREST Santos.....34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição do número de registro dos agravos relacionados ao trabalho, notificados pelos profissionais do CEREST-Santos, por período de notificação (2013-2017)...51

Quadro 2- Distribuição do número de registro dos agravos relacionados ao trabalho, notificados pelos profissionais do CEREST-Santos, por sexo e período de notificação (2013-2017).....51

Quadro 3- Distribuição dos entrevistados, de acordo com o faixa etária e categoria profissional no Centro de Referência em Saúde do trabalhador-CEREST-Santos, 2017.....54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBESP – Ambulatório de Especialidades

CAT – Comunicação da Acidente de Trabalho

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID – Código Internacional de Doenças

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ERSA – Escritório Regional de Saúde

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RH – Recursos Humanos

SEVREST – Seção de Vigilância e referência em Saúde do Trabalhador

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

TMRT – Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho

Sumário

APRESENTAÇÃO **15**

1. INTRODUÇÃO **17**

1.1. O Processo de Trabalho e a Saúde dos Trabalhadores 20

1.2. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) 27

1.3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 36

1.4. Formação dos Profissionais do CEREST 38

2. HIPÓTESE **41**

3. OBJETIVOS **41**

3.1. Objetivo geral 41

3.2. Objetivos específicos 42

4. MÉTODOS **42**

4.1. Conhecimento das Notificações de Agravos Relacionados ao Trabalho no SINAN 44

4.2. Avaliação da Compreensão dos trabalhadores e trabalhadoras do CEREST sobre o significado da Ficha de Notificação SINAN 45

4.3 Coleta de Dados 45

4.4. Análise de Dados 47

5. RESULTADOS **48**

5.1. Os atendimentos realizados no CEREST de Santos 48

5.2. Os Agravos Relacionados ao Trabalho do CEREST Santos Notificados no SINAN 50

5.3. Perfil dos Sujeitos da Pesquisa 53

5.4. Sistema de Informação na Vigilância em Saúde do Trabalhador: Percepção dos Profissionais da Saúde do CEREST Santos 55

5.4.1. Compreensão dos temas na construção do Discurso do Sujeito Coletivo 56

5.4.2. Discurso dos Trabalhadores 57

6. DISCUSSÃO **69**

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS **78**

REFERÊNCIAS **83**

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA **93**

ANEXO II – PARECER DA COORDENADORIA DE FORMAÇÃO CONTINUADA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (COFORM-SMS) DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS **98**

ANEXO III – FICHA DE INVESTIGAÇÃO (SINAN) DE DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – LER/DORT 99

ANEXO IV – FICHA DE INVESTIGAÇÃO (SINAN) DE DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – TMRT 101

APÊNDICE I – TCLE 103

APÊNDICE II - PRODUTO FINAL DE DISSERTAÇÃO 106

APRESENTAÇÃO

A dissertação tem início com a apresentação da minha trajetória profissional e os questionamentos que me levaram a produzir essa pesquisa. Engenheira Civil por formação, iniciei minha atuação na área da saúde em 2008, ao ingressar na Prefeitura de Santos através de concurso público. Mesmo com aprovação para o cargo de engenheira, fui encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, para atuar como fiscal de saúde pública na Vigilância Sanitária. Na época, não possuía conhecimento algum sobre essa área, na verdade, nem ao menos sabia o significado de vigilância sanitária. Foi um período de desafios e de grande aprendizado. Período em que obtive um conhecimento na área da saúde, o qual nunca havia imaginado ter devido a minha formação. Após cinco anos atuando nessa área, quando eu achava que começava a entender das normas e legislações da vigilância sanitária, fui convidada para assumir o cargo de chefia do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município de Santos, onde mais uma vez, a minha vida profissional passaria por transformações.

O interesse por esse tema surge então em 2013, quando assumi a direção do CEREST de Santos. No município de Santos, o CEREST, também conhecido como SEVREST (Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador) é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, atuando como referência regional junto aos municípios de Santos, São Vicente e Praia Grande. O CEREST de Santos, dentre as suas atribuições, presta assistência aos trabalhadores com doenças relacionadas ao trabalho e realiza fiscalizações nos ambientes de trabalho das empresas do município. Estas fiscalizações são realizadas através da demanda de denúncias e baseadas em alguns programas pré-estabelecidos. Entretanto, de início, verifiquei que a definição dos programas de fiscalizações dos ambientes de trabalho, como por exemplo, construção civil, postos de gasolina, empresas controladoras de praga, entre outros, era feita sem a análise epidemiológica dos agravos do município. Ou seja, realizava-se a fiscalização em determinados ambientes de trabalho, definidos por estes programas, mas sem uma análise prévia de que estes ambientes pudessem estar gerando algum tipo de risco à saúde dos trabalhadores. Uma das dificuldades apresentadas foi a falta de dados epidemiológicos dos pacientes atendidos no CEREST.

Através de estudos e de orientações, soube da existência das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e me encantei com os dados e

análises epidemiológicas que poderiam ser obtidos através do correto preenchimento destas fichas. Na ocasião, os profissionais do CEREST não efetuavam o preenchimento dela.

A motivação para o desenvolvimento dessa pesquisa se deu nesse contexto, ao conversar com os profissionais e verificar informalmente os diversos motivos que eles relatavam para o não preenchimento da ficha e consequentemente a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho. Por muitas vezes verifiquei a confusão existente entre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o SINAN, questionamentos sobre quem seria o responsável pelo preenchimento da ficha e/ou pelo apontamento do Código Internacional de Doenças (CID), entre várias outras dúvidas.

Em proximidade com o serviço de atenção à saúde dos trabalhadores, a reflexão sobre quais as principais doenças relacionadas ao trabalho, qual a categoria profissional mais atingida e por que atuar na prevenção de determinado agravo sempre foram motivos de inquietação, gerando o seguinte questionamento: quais são os fatores que dificultam ou até mesmo impedem os profissionais de realizarem as notificações de agravos à saúde relacionados ao trabalho?

Nessa busca, a problemática da notificação dos agravos permanece no exercício dos profissionais de saúde, traduzindo em dúvidas que vivencio no exercício da minha função juntamente com os profissionais de saúde do CEREST. Tenho percebido como é difícil o profissional notificar uma doença relacionada ao trabalho, bem como o desconhecimento do que essa notificação pode contribuir nas ações de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores. Percebe-se desta forma que o entendimento do que seja a notificação, bem como quem pode fazê-la e qual sua utilidade fica “perdido” na prática das funções dos profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde dos trabalhadores vem ganhando maior notoriedade e consequentemente surgem discussões a respeito das transformações transcorridas no âmbito do trabalho e da maneira como o trabalho interfere na vida das pessoas. Sabe-se que o trabalho ocupa uma posição central na vida do homem, estando presente na vida do ser humano, desde a pré-história até os dias atuais. O homem, ao trabalhar, exerce atividades físicas, psíquicas, afetivas e relacionais como forma de conseguir subsídios para sua sobrevivência (NEFFA, 2015). O trabalho, além de propiciar a realização do homem como ser biológico, favorece a realização no nível espiritual-psicológico. Dimatos (1999), ainda avalia em relação ao trabalho:

> Além de propiciar a realização do homem como ser biológico, traz em seu bojo, um outro objetivo, qual seja, o de favorecer essa realização no nível espiritual psicológico. Para o alcance desse segundo objetivo, contudo, é necessário que o trabalho seja simultaneamente meio e fim: meio, na medida em que o seu produto provê a subsistência individual e a produção social; e fim, enquanto puder proporcionar, em algum grau, a autorrealização e o crescimento dos indivíduos como seres humanos. (DIMATOS, 1999, p. 18).

Para Silveira (2009), o trabalho é importante não apenas como fonte de renda, mas também como fator social na vida das pessoas. A falta de trabalho gera sofrimento como depressão, stress, mas o trabalho também pode ser fonte de agravos à saúde, quando é exercido em condições perigosas e/ou insalubres, em ambientes inadequados, submetido à pressão por produtividade, entre outras condições adversas. Areosa (2013) conceitua o trabalho como sendo ambivalente, podendo estar entre o prazer e o sofrimento.

Os agravos relacionados ao trabalho não estão relacionados somente ao ambiente físico de trabalho, ou à exposição de agentes nocivos à saúde. Para Torres et al. (2011), o ser humano está envolvido num processo complexo e dinâmico que abrange os processos cognitivos e emocionais, e as questões sociais. A combinação das inovações tecnológicas com os novos métodos gerenciais, relativos à organização do trabalho, contribui para uma série de agravos à saúde: envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento, morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas.

As doenças e acidentes relacionados ao trabalho são agravos que representam um problema de saúde pública devido aos impactos diretos e indiretos que causam à população. As transformações no trabalho causam impactos sobre a saúde dos trabalhadores, particularmente em um país com grande dimensão territorial e desigual como o Brasil, fazendo com que as formas antigas e novas de trabalhar convivam no mesmo espaço, gerando um perfil de

adoecimento no qual pode-se encontrar quadros característicos das velhas formas de trabalho, como as intoxicações agudas por produtos químicos, os acidentes com máquinas perigosas, as doenças pulmonares provocadas pela inalação de poeiras, e adoecimentos decorrentes das novas formas de trabalho, como os casos de doença mental, doenças osteomusculares, disfonias relacionadas ao trabalho, entre outras. (SILVEIRA, 2009).

O crescimento dos agravos relacionados ao trabalho vem sendo objeto de vários estudos. Mesmo que vários fatores intervenham na formação destes agravos, sua determinação também está relacionada com as mudanças em curso na organização do trabalho e secundariamente com as inovações tecnológicas peculiares à reestruturação produtiva.

Para Areosa (2013), os novos métodos da organização do trabalho implicam diretamente na saúde dos trabalhadores, e depende de dois fatores chave: a coordenação e a cooperação. Segundo Areosa, citando Dejours (2013), a organização do trabalho sofreu nos últimos anos alterações devido a três fatores importantes: novos métodos de gestão como avaliação de desempenho, incentivando a competitividade entre os funcionários; introdução de técnicas ligadas à designada "qualidade total"; e políticas de *outsourcing*[*] as quais conduzem à precarização do trabalho.

No complexo mundo do trabalho na contemporaneidade a atenção e a proteção à saúde dos trabalhadores, além da garantia de emprego e salário, colocam-se como essenciais nas ações que levem a garantia de uma melhor vida no trabalho. Neste contexto a vigilância em saúde do trabalhador é uma importante ferramenta para direcionar as ações de modo a prevenir e controlar os agravos. Segundo Wunsch Filho et al. (1993), vigilância é informação para ação, tendo como referência a vigilância epidemiológica restrita à coleta análise e programação de ações de detecção de situações de risco. Vigilância é informação para ação, pressupondo que as ações pertençam ao campo da vigilância. Para Machado (1996) a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) se distingue das vigilâncias e de outras disciplinas do campo da relação trabalho-saúde pela delimitação de seu objeto específico na "investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde".

Entretanto, para que a Vigilância em Saúde do Trabalhador seja efetiva, é necessário que haja um Sistema de Informações, contendo dados importantes para o desenvolvimento das ações mais adequadas para a saúde do trabalhador em um determinado território. Entende-se

[*] *Outsourcing* é uma expressão em inglês normalmente traduzida para português como terceirização. No mundo dos negócios, o *outsourcing* é um processo usado por uma empresa no qual outra organização é contratada para desenvolver uma certa área da empresa.

sistema, como conjunto integrado de partes que se articulam, para uma finalidade comum. Um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, as decisões e as ações não sejam baseados em dados subjetivos, em conhecimentos ultrapassados ou em conjecturas (Brasília – MS, 2009).

Somente em 2004, com o intuito de melhorar a qualidade e os registros dos agravos relacionados ao trabalho, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através da Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004, as doenças e agravos relacionados ao trabalho, que compõem a lista de prioridades no país, regulamentando a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela. Frequentemente essa lista de doenças é revisada pelo Ministério da Saúde.

A atual revisão da lista de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória no território nacional relacionados ao trabalho, estabelece os seguintes agravos: acidentes de trabalho com exposição à material biológico, acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos, intoxicação exógena, câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, lesões por esforços repetitivos / distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), perda auditiva induzida por ruído (PAIR) relacionada ao trabalho, pneumoconioses relacionadas ao trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT).

O SINAN, quando alimentado corretamente, pode auxiliar significativamente a vigilância do trabalhador e objetivar a coleta dos dados referente aos agravos relacionados à saúde dos trabalhadores. A análise epidemiológica decorrente visa abranger a força de trabalho ao longo do tempo, a partir da avaliação de riscos relacionados ao trabalho, de modo a monitorar a situação dos determinantes do processo saúde-doença (MS, 2014). Desta forma, acredita-se que as notificações de agravos relacionados à Saúde dos Trabalhadores através do SINAN, podem contribuir para o avanço da área de Saúde do Trabalhador.

No intuito de conhecer os motivos dos profissionais de saúde quanto à notificação ou à não notificação dos agravos relacionados ao trabalho, pressupondo que existam características e motivos diferenciados, além de ter encontrado poucos estudos com este enfoque, e por atuar diretamente ligada à saúde dos trabalhadores verificando a importância destas notificações, encontro como objeto de estudo desta pesquisa “quais são os fatores que motivam ou dificultam o preenchimento das fichas de notificação dos agravos de saúde relacionados ao trabalho”.

1.1. O Processo de Trabalho e a Saúde dos Trabalhadores

A palavra trabalho se origina do latim *tripalium*, termo utilizado para designar um instrumento feito de três paus aguçados, por vezes ainda munidos de pontas de ferro, o qual os agricultores utilizavam para bater o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los (Albornoz, 1994). Desse modo, a palavra "trabalhar" significava sacrifícios, tortura. Na Grécia Antiga, o trabalho era desprezado pelos cidadãos livres. Nos primeiros tempos do cristianismo, o trabalho era visto como algo penoso e humilhante, como forma de punição para os pecados (RIBEIRO; LÉDA, 2004).

O trabalho sofreu algumas modificações ao longo do tempo, e nos dias de hoje, este gera a inserção do homem na sociedade, promovendo o relacionamento interpessoal, e fazendo com que ele se sinta produtivo e útil no meio em que vive. O trabalho é importante não apenas como fonte de renda que permite a subsistência do trabalhador e sua família, mas, também, como fonte de reconhecimento e de honra. Ele marca a identidade dos indivíduos, que por vezes são conhecidos pela profissão que exercem, como o padeiro, o professor, o enfermeiro, a costureira, etc. O trabalho constitui fonte de realizações, gratificações pessoais e reconhecimento da sociedade. Não ter trabalho comumente é fonte de sofrimento, não apenas pelo fato da extinção de fonte de renda, mas por afastá-los de uma posição de status valorizada em nossa sociedade. Isso por si só justifica várias situações de adoecimento, relacionadas, ou não, ao trabalho – o estresse, a depressão, a insônia, o suicídio, entre outros (SILVEIRA, 2009).

Dessa forma pode-se verificar que o trabalho possui duas características distintas, sendo uma de caráter positivo e outra de caráter negativo. Em certas ocasiões o trabalho pode representar sofrimento, fardo, esgotamento e em outros momentos, pode representar espaço de criação e transformação, realização pessoal e possibilidade do homem modificar a si mesmo e marcar a sua existência no meio em que vive (RIBEIRO; LÉDA, 2004).

Para Marx (século XIX), trabalho, antes de tudo, é um ato que se passa entre o homem e a natureza. Ao mesmo tempo em que age, por esse movimento, pela natureza exterior e a modifica, modifica a sua própria natureza e desenvolve faculdades que nela dormitavam. Esta interação demonstra o poder do homem em transformar a natureza em bens e/ou produtos necessários para a sua subsistência, fazendo com que ele seja um criador ou transformador do ambiente em que se manifesta.

Barreto (2006), constata que, por muitas vezes, viver para os trabalhadores é poder proporcionar uma condição melhor de vida para sua família, trabalhar, garantir a subsistência dos seus filhos, sendo muito comum eles se referirem ao trabalho como “tudo em sua vida”, mostrando não só a dependência em referência a esse assunto, mas também a centralidade que o trabalho possui em suas vidas. Conforme já citado, o trabalho ocupa uma posição central na vida do ser humano, ocupando quase que a totalidade o tempo de sua vida. Bastos et al. (1995) definem a centralidade do trabalho como o grau de importância que o trabalho possui na vida do ser humano, independente das razões atribuídas a essa importância, podendo ser para ganho de capital, subsistência, motivação pessoal ou social, ou qualquer outro motivo que tenha importância para o indivíduo.

Lessa (1997) traz a discussão entre as diferentes linhas de pensamento acerca do significado da centralidade do trabalho. A primeira discussão é sobre a centralidade ontológica do trabalho, já abordada por Marx em “O Capital”, onde é defendido que para o homem ter existência, deve necessariamente produzir, através do trabalho, os bens indispensáveis à sua reprodução biológica e social. Assim, o homem se reconhece como um ser que produz e trabalha, o diferenciando dos outros seres vivos. Para Lessa (1997), a centralidade ontológica do trabalho se refere diretamente ao debate acerca do fundamento último da existência humana. De acordo com Lukács:

> Somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter intermediário: ele é, essencialmente, uma interrelação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (utensílio, matéria-prima, objeto do trabalho, etc.) como orgânica, interrelação (...), mas antes de mais nada assinala a passagem, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social (LUKÁCS, 2013, p. 35).

Lessa (1997) também discute sobre a concepção da “centralidade do trabalho e a vida cotidiana”. Nessa concepção, “a importância das atividades de trabalho na vida cotidiana de uma dada sociedade diz respeito à maneira pela qual é alocada a força de trabalho nos diferentes momentos do seu processo reprodutivo” (LESSA, 1997, p. 163).

A OIT (Organização Internacional do Trabalho) e a OMS (Organização Mundial da Saúde) têm destacado a relação entre o trabalho e a saúde. Houve uma evolução no conceito da saúde dos trabalhadores, pois desde o século XIX a atenção era dirigida somente para os acidentes e mortes relacionadas ao trabalho. Conseguiu-se então, através de recomendações internacionais da OIT, a elaboração de uma lista de doenças a ser utilizada na indenização e reabilitação dos trabalhadores. Porém, devido às mudanças nos processos de trabalho e no processo produtivo, gerou-se um incremento dos agravos psicossociais relacionados ao

trabalho, com o surgimento de doenças psíquicas como o estresse e o Burnout (esgotamento), muitas vezes ocasionados por fatores como o assédio moral e sexual. O trabalho não perdeu a centralidade pelas mudanças nos modos de produção. Ele é uma realidade com muitas dimensões e o processo do trabalho é o fator determinante das relações entre trabalho e saúde (NEFFA, 2015).

O trabalho também pode ser fonte geradora de adoecimento e sofrimento, quando exercido sob condições perigosas e/ou insalubres, exposição à produtos químicos, biológicos, ruído, jornadas excessivas e cobranças de produtividade. Para Campos (2007), há condições de trabalho que podem matar mais rapidamente, como as condições sociais, modelos de organização, modos de produção, as quais podem acelerar ou agravar o desgaste do trabalhador.

Segundo Neffa (2015), o trabalhador suporta uma carga física, psíquica e mental durante sua atividade no trabalho, e caso ele não se recupere durante o seu tempo de repouso, ou caso essa carga seja excessiva superando os seus limites, o trabalho poderá trazer dor, sofrimento e predisposição para doenças.

> Os riscos do ambiente de trabalho presentes na empresa ou organização e a aplicação da força de trabalho em um determinado local podem provocar riscos para a saúde por várias razões: o uso inadequado dos meios de trabalho; defeitos das matérias-primas e insumos; insuficiente formação profissional e falta de competência no uso ou manipulação deles; defeitos, falhas de manutenção ou mau funcionamento de máquinas e equipamentos ou outros meios de trabalho; deficiência na organização do trabalho por má aplicação de normas ergonômicas; e falta de prevenção. Essas condições podem causar excessivo cansaço, produzir acidentes, doenças profissionais ou, até mesmo, a morte do trabalhador (NEFFA, 2015, p. 9).

Dejours (1986) salienta que não somente as condições do ambiente de trabalho, como as condições físicas, químicas e biológicas podem causar o adoecimento. A organização do trabalho, composta pela divisão das tarefas e pelas relações humanas, está intrinsicamente ligada à saúde mental, podendo causar não somente o adoecimento psíquico, como também o adoecimento físico provocado por uma situação afetiva difícil, as chamadas doenças psicossomáticas.

As últimas décadas foram marcadas pelas transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho. Essas constantes mudanças acarretam reestruturações e certas adaptações por parte do trabalhador como o aumento de formas de trabalho sem registro e do ritmo de produção, o trabalho em um ambiente inadequado, sob constante pressão e crescente nível de exigências, dentre outras vertentes caracterizando assim a precarização do trabalho. Deste ponto de vista, o “novo” mundo do trabalho caracteriza-se tanto por inovação tecnológica como por exigências e competências, ou seja: um trabalhador deve ser polivalente, ágil, hábil, agressivo e criativo

(BARRETO; HELOANI, 2014). Para Rollo (2007, p.19), “o desenvolvimento dos processos produtivos, no atual estágio do capitalismo global, mediante automação / robótica, informática, telecomunicações, hipermídia, com necessidade cada vez menor do trabalho humano, vem gerando desemprego e a consequente desvalorização do trabalho”. A classe trabalhadora sofreu fragmentação e tornou-se ainda mais heterogênea, sendo classificada como qualificados/desqualificados, mercado formal/informal, homens/mulheres, jovens/velhos, estáveis/precários, imigrantes/nacionais entre outros (ANTUNES, 2009).

Para enfrentar as consequências das crises econômicas e financeiras das últimas décadas, o mundo do trabalho sofreu mutações com a introdução das inovações científicas e tecnológicas, modificações na organização das empresas, precarização, terceirização e subcontratação. O trabalho torna-se cada vez mais heterogêneo, com o aumento das exigências de qualificações e competências, e a redução da margem de autonomia e controle do trabalhador sobre suas atividades. A carga global de trabalho se torna cada vez mais intensa, especialmente no sentido psíquico e mental, tendo um impacto direto na saúde biológica, psíquica, mental e social (NEFFA, 2015).

Em Barros e Barros (2007), a relação entre dor e prazer no trabalho deve ser colocada em análise devido à precarização do trabalho, perda dos direitos de proteção ao trabalhador e pelo baixo investimento nos processos de educação permanente. De acordo com o Ministério da Saúde (2001) salienta que a precarização do trabalho é caracterizada pela legalização dos trabalhos temporários, o trabalho informal, o aumento do número dos trabalhadores autônomos e a fragilização das organizações sindicais. Com a terceirização, verifica-se também condições que contribuem ao agravo da saúde dos trabalhadores, como a intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego.

Lacaz (1997), ao discorrer sobre o cenário da saúde do trabalhador, destaca a importância de pensar sobre as diversidades epidemiológicas dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, das doenças provocadas pela introdução de novas tecnologias e pela organização do trabalho, as contaminações de produtos químicos, a surdez que atinge diversas classes operárias, pneumoconioses, intoxicações exógenas, e até mesmo a saúde dos trabalhadores escravos e menores de idade.

Com o propósito de ampliar a compreensão no tema, considerei procedente realizar um

resgate sobre a história da evolução da atenção à saúde dos trabalhadores. As primeiras referências escritas, relacionadas ao ambiente de trabalho e dos riscos inerentes a eles, datam de 2360 a.C., através do "Papiro Seller II" apud Figueiredo Júnior (2009), o qual relatava assim a precariedade do trabalho no antigo Egito:

> Eu jamais vi ferreiros em embaixadas e fundidores em missões. O que vejo sempre é o operário em seu trabalho; ele se consome nas goelas de seus fornos. O pedreiro, exposto a todos os ventos, enquanto a doença o espreita, constrói sem agasalho; seus dois braços se gastam no trabalho; seus alimentos vivem misturados com os detritos; ele se come a si mesmo, porque só tem como pão os seus dedos. O barbeiro cansa os seus braços para encher o ventre. O tecelão vive encolhido - joelho ao estômago - ele não respira. As lavadeiras sobre as bordas do rio são vizinhas do crocodilo. O tintureiro fede a morrinha de peixe, seus olhos são abatidos de fadiga, suas mãos não param e suas vestes vivem em desalinho (apud FIGUEIREDO JÚNIOR, 2009, p. 18).

No século IV a.C., Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, reconhece o quadro clínico da intoxicação saturnina por chumbo, porém nenhum esforço foi feito visando a proteção dos trabalhadores. Plínio, um sábio romano, 500 anos depois, relata os perigos da exposição do zinco, enxofre, chumbo, mercúrio e poeiras, e menciona a iniciativa dos escravos utilizarem panos ou membranas (de bexiga de carneiro) à frente do rosto, para atenuar à inalação de poeiras. Em 1473 foi publicado um panfleto sobre doença ocupacional pela editora Ulrich Ellenbog, o qual instruía sobre a higiene ocupacional. O alemão Georgius Agrícola, em 1556, descreveu os fatores de risco associados à indústria de mineração em seu livro “De Re Metallica”, relatando os acidentes de trabalho e as doenças mais comuns entre os mineiros, o qual foi traduzido para o inglês somente em 1912 (ANJOS et al., 2004).

Quase dois séculos mais tarde, em 1700 foi publicado “De Morbis Artificum Distriba”, escrito por Bernardino Ramazzini, conhecido como “Pai da Medicina do Trabalho”, descrevendo cerca de 55 doenças relacionadas ao trabalho. Para Mendes (2016), Ramazzini introduziu, também, a análise coletiva ou epidemiológica, categorizando-a segundo ocupação ou profissão o que lhe permitiu construir e analisar “perfis epidemiológicos” de adoecimento, incapacidade ou morte como até então não realizados.

Na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial, a medicina do trabalho surge na Inglaterra. Segundo Mendes e Dias (1991), o processo acelerado e desumano da força de trabalho na época exigia uma intervenção, devido aos inúmeros acidentes e doenças ocupacionais ocasionados pelas condições de trabalho. Foi quando, em 1830, Robert Demham, proprietário de uma fábrica, procurou o Dr. Robert Baker, seu médico, para falar sobre a saúde

dos seus operários. A resposta de Baker fez com que o empregador o contratasse para trabalhar em sua fábrica, surgindo assim a medicina do trabalho:

> Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado (MENDES e DIAS, 1991, p. 341).

O século XIX foi um período de luta pela sobrevivência na classe operária, caracterizado pelo crescimento da produção, tempo de jornada excessivo e trabalho infantil nas indústrias. O esgotamento físico, a falta de higiene e os acidentes de trabalho contribuíam para um alto índice de mortalidade e morbidade nos trabalhadores da época. “Em vista de tal quadro, não se cabe falar de saúde em relação à classe operária do século XIX. Antes, é preciso que seja assegurada a subsistência, independentemente da doença. A luta pela saúde, nesta época, identifica-se com a luta pela sobrevivência: *viver, para o operário, é não morrer”* (DEJOURS, 1992, p. 14). A precariedade das condições de trabalho fica evidente nos dados de recenseamento de 1919, citados por Faleiros (1992) apud Maeno e Carmo (2005).

> Mostravam que crianças com menos de quatorze anos representavam 5,4% da mão de obra no setor têxtil, 9,1% na alimentação, 15% na cerâmica e 8,5% na metalurgia. As mulheres representavam 42,7% do setor têxtil, 28,9% do setor de alimentação, 55,1% dos setores de vestuário e confecções e 30% do setor químico. A duração da jornada na indústria podia chegar a quinze horas por dia (FALEIROS, 1992 apud MAENO; CARMO, 2005, p. 31).

A doença passa a ser vista como uma ameaça à produtividade e ao lucro dos empregadores. É nesse contexto que surge a Medicina do Trabalho, ainda com uma abordagem restrita, do trabalhador-paciente, sem a preocupação de identificar e modificar o ambiente do trabalho, ignorando os inúmeros e complexos fatores envolvidos na determinação do processo saúde-doença (MAENO; CARMO, 2005).

A partir da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), as condições de trabalho relacionadas à saúde sofrem modificações com o movimento operário tentando conseguir melhorias nesse aspecto (ZAT, 2015). Em 1919, a preocupação em ofertar serviços médicos aos trabalhadores começa a refletir no cenário internacional, com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Em 1953, por meio da Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", fomenta a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da

organização de "Serviços de Medicina do Trabalho". Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de "Serviços Médicos do Trabalho". Dois anos mais tarde, a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" foi substituída por "Serviços de Medicina do Trabalho" (MENDES; DIAS, 1991).

Maeno e Carmo (2005) explicam que nos anos 1970, o olhar conferido pela medicina social, até então voltado à estrutura social e do trabalho, é ampliado, com atenção à inserção do trabalhador no processo produtivo como um todo, na organização e na divisão do trabalho. Dessa forma, a atenção à saúde do trabalhador ganhou um enfoque mais abrangente e integral.

> De caráter interdisciplinar e intersetorial, a Saúde do Trabalhador, sem deixar de se valer do acúmulo do conhecimento da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, considera que o trabalhador – e por extensão todo o conjunto da população -, além de objeto de seus benefícios, deve ser também sujeito das ações de transformação dos fatores determinantes do seu processo de adoecimento (MAENO; CARMO, 2005, p. 44).

As doenças relacionadas ao trabalho são um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados e/ou desencadeados por fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação acidental no exercício do trabalho e as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado (MS, 2001).

A relação saúde e trabalho abrange fenômenos complexos que envolvem as dimensões humanas implicadas no trabalho. Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, saúde é definida como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Entretanto, para atingir essa meta, o ser humano estabelece uma batalha contínua com o objetivo de manter equilíbrio saudável contra as forças biológicas, físicas, químicas, mentais e sociais (ROUQUAYROL, 1986).

Dejours (1986) salienta que o perfeito e completo estado de bem-estar não existe. O estado de saúde não é um estado ocioso, parado, e como a própria fisiologia humana está em constante movimento. Se o que leva ao movimento são os conflitos vividos e seus afetos correlatos, como pode a saúde caracterizar-se pela noção de harmonioso bem-estar?

> (...) a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A saúde, portanto, é possuir esses meios. O que significa possuir esses meios e o que é esse bem-estar? Creio que para o bem-estar físico é preciso a liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo, temos o direito de ter um corpo que tem vontade de dormir, temos o direito de ter um corpo que está cansado (o que não é forçosamente anormal) e que tem vontade de repousar. A saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar, é a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando ele tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. É, portanto, a liberdade de adaptação. Não é anormal estar cansado, estar com sono.

> Não é, talvez, anormal ter uma gripe, e aí vê-se que isso vai longe. Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outro durante algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e depois voltar. Bem-estar psíquico, em nosso entender, é, simplesmente, a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida. E por bem-estar social, cremos que aí também se deve entender a liberdade, é a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si. (DEJOURS, 1986, p.11)

Cada vez mais, têm surgido temas, estudos, pesquisas que, embora abordem à relação trabalho-saúde, apenas correspondem parcialmente ao que se entende por Saúde do Trabalhador. Esses estudos esclarecem algumas questões como os riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho ou a exposição que determinada categoria possa estar exposta, sendo uma ampla produção que evita particularizar, mas se estende pelos Departamentos de Medicina Preventiva/Social, por Instituições de Saúde Pública/Saúde Coletiva e outras Faculdades de diversas áreas de conhecimento (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, é de atribuição dos CERESTs, e tem como objetivo intervir na relação trabalho-saúde, visando à preservação da saúde dos trabalhadores, através da prevenção, assistência e readaptação profissional.

1.2. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

As ações de saúde do trabalhador têm as suas raízes no processo histórico das lutas sociais deflagradas no Brasil a partir da década de 1970, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. A partir daí a implementação de ações de assistência e de vigilância da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vem contribuindo para o campo da Saúde do Trabalhador no país (DIAS, 1994 apud DIAS e HOEFEL, 2005).

> A década de 1980 representa um marco histórico para a saúde do trabalhador, pois este passa a ser reconhecido como sujeito possuidor de saber e não mero consumidor de serviços de saúde. O campo Saúde do Trabalhador, segundo o autor, tem como pressuposto a participação dos(as) trabalhadores(as) no processo de avaliação e controle dos acidentes de trabalho e não se restringe à concepção de riscos profissionais e agentes causadores (físicos, biológicos, químicos, mecânicos e ergonômicos), mas reconhece outras determinações para os sofrimentos físico e mental, relacionando-as com o processo produtivo (LACAZ,1996 apud LOURENÇO e BERTANI, 2007, p.122).

No Brasil, até 1988, a saúde era apenas um benefício previdenciário, oferecido e regulado pela Previdência Social, voltada somente aos trabalhadores contribuintes, inseridos formalmente no mercado de trabalho (BRASIL, 2006). A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ocorreu em 1986 e teve papel importante na Constituição Federal de 1988, ao estabelecer parâmetros para a assistência universal ao trabalhador acompanhada da prevenção e da intervenção nos ambientes de trabalho (LACAZ, 1996).

A Constituição Federal de 1988 incorporou as questões de Saúde do Trabalhador ao incluir as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego e ao responsabilizar a coordenação das ações ao SUS (DIAS e HOEFEL, 2005). Em seu artigo 200[1] a Constituição Brasileira estabelece que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, ampliando as ações do SUS para além da assistência à saúde e iniciando a intervenção no processo saúde e trabalho (BRASIL, 1988).

Em 1990 a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º[2], atribui ao SUS a execução de ações de saúde do trabalhador, abrangendo neste campo as

---

[1] Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

[2] Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:
I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

atividades de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho. Em 1999, através da Portaria nº 1339, foi instituído a primeira Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a qual deveria ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico (BRASIL, 1999).

Entretanto somente em 2002 o Ministério da Saúde fomenta uma política de implantação de unidades especializadas na atenção à saúde do trabalhador, através da Portaria nº 1679/GM, com a instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, e a criação dos CERESTs estaduais e regionais, devido à necessidade de articular as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS, independente do vínculo empregatício (BRASIL, 2002). Segundo Leão e Vasconcellos (2011), a proposta de uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em decorrência de uma revisão crítica que se fazia aos centros de referência e programas de saúde do trabalhador que não estabeleciam vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados e marginalizados.

A RENAST, como o próprio nome diz, é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, com o intuito de implementar ações assistências, de vigilância e de promoção da saúde no âmbito da Saúde do Trabalhador no SUS. Baseia a compreensão do processo saúde-doença no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas. Apesar das críticas pelo fato da portaria dar ênfase às ações assistenciais, esta teve apoio do movimento dos trabalhadores, pois reconheceram a oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS. Pela primeira vez teria um financiamento das ações vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador em nível estadual e municipal (DIAS e HOEFEL, 2005).

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

A RENAST foi sendo revista e atualizada por meio de novas legislações. Em 2005, por meio da Portaria GM/MS n° 2.437, de 07/12/2005, a qual dispõe sobre o fortalecimento e ampliação da RENAST e novamente em 2009, pela necessidade da criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e as diretrizes operacionais contidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS, com a Portaria n° 2.728, de 11/11/2009.

Imbrizi et al. (2013) relatam que o município de Santos foi uma das primeiras cidades do Brasil a ter um serviço de atenção à saúde dos trabalhadores, criada no início da década de 1990, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, período em que os movimentos de redemocratização e sanitário impulsionaram diversas iniciativas pioneiras e de vanguarda. Entretanto, somente em 2003, após a criação da RENAST, o CEREST de Santos foi habilitado pelo Ministério da Saúde, tendo abrangência regional, sendo referência inicialmente para todos os municípios da Baixada Santista. Na ocasião foram habilitados 34 CERESTs no Estado de São Paulo e somente em 2006, o CEREST de Cubatão foi habilitado, juntamente com mais outros 6 CERESTs no estado de São Paulo, podendo ser realizada então uma nova divisão regional de acordo com a população habitacional de cada município da Baixada Santista. O CEREST de Santos ficou então como referência para os habitantes dos municípios de Santos, São Vicente e Praia Grande, enquanto que o CEREST de Cubatão ficou como referência para os municípios de Cubatão, Bertioga, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá e Peruíbe.

Conforme já mencionado, antes da criação da RENAST, apenas os trabalhadores formais poderiam ter assistência, seja através da Previdência Social ou do Ministério do Trabalho e Emprego. Com base no princípio da universalidade do SUS, o qual determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde, os CERESTs passam a prestar assistência a todos os trabalhadores, formais ou informais, independente do seu grau de inserção na economia ou tipo de vínculo trabalhista.

Com o cenário atual do mundo do trabalho, o público atendido pelo CEREST de Santos é constituído não somente pelos trabalhadores formais, mas também por inúmeros trabalhadores informais, e até mesmo desempregados e aposentados que possuem algum agravo relacionado ao trabalho remanescente do período em que estavam na ativa. Sob o mesmo ponto de vista Dias e Hoefel (2005) relatam que os pacientes atendidos pelos CERESTs deixaram de ser predominantemente de encaminhamentos realizados pelos sindicatos e passou a ser de trabalhadores provenientes do setor informal, precário ou por desempregados.

A Medicina do Trabalho possuía uma visão mecânica, com o olhar limitado ao trabalhador e sua doença, ignorando os fatores determinantes no processo saúde-doença. A implantação dos CERESTs foi então considerada um grande avanço na área da saúde do trabalhador, tendo como função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores. Conforme o Ministério da Saúde (2001):

> A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001, p. 17)

Os CERESTs têm como uma de suas prioridades as ações de vigilância em saúde do trabalhador, atuando nos ambientes de trabalho, com o objetivo de prevenir e controlar os problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho, e como articulador das intervenções nas relações entre processo de trabalho e saúde. Promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância (BRASIL, 2009).

O CEREST Santos, baseando-se no determinado pela Portaria GM/MS 2437, possui entre as suas atribuições, realizar a promoção à saúde dos trabalhadores, investigar as condições do ambiente de trabalho e prestar assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho. Por princípio, a atenção à saúde dos trabalhadores exige o envolvimento de uma equipe multiprofissional em um enfoque interdisciplinar (BRASIL, 2001).

No período em que se desenvolveu esta pesquisa, a equipe do CEREST Santos responsável pela fiscalização dos ambientes de trabalho era composta por um engenheiro, duas enfermeiras e uma nutricionista, sendo que a assistência aos trabalhadores ficava a cargo de 2 médicos do trabalho, 2 médicos ortopedistas, 1 médico reumatologista, 1 fonoaudiólogo, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 3 fisioterapeutas e 1 assistente social. Salientamos que uma das enfermeiras, além de realizar a fiscalização, auxilia os profissionais a realizarem as notificações de agravos relacionados ao trabalho no SINAN. Além disso, existe ainda a equipe administrativa, composta por 5 funcionários administrativos e a equipe de limpeza, composta por 2 funcionários. A coordenação da unidade, na ocasião, estava a cargo de uma engenheira civil.

A vigilância dos ambientes de trabalho fica sob a responsabilidade dos fiscais de saúde pública, autoridades sanitárias nomeadas pelo gestor municipal através de portaria própria, atribuindo a eles poder de polícia. Conforme o art. 78 do Código Tributário Nacional, lei 5.172/66, define-se poder de polícia:

> (...) Considera-se poder de polícia atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos (BRASIL, 1966, p.11).

Assim sendo, o poder de polícia é a forma de intervir em defesa da saúde coletiva, e no caso do CEREST, em defesa da saúde dos trabalhadores, através da prevenção de doenças e da intervenção nos ambientes de trabalhando, através do controle e eliminação dos fatores de riscos.

Na área da assistência aos trabalhadores, o CEREST Santos se caracteriza como serviço de referência em saúde do trabalhador para os usuários residentes nos municípios de Santos, São Vicente e Praia Grande, podendo ser a porta de entrada para qualquer trabalhador que procure atendimento espontaneamente ou mesmo encaminhado por algum órgão ou instituição. A demanda então pode ser proveniente de encaminhamentos da rede de atenção básica do SUS, sindicatos, empresas, indicações de colegas, entre outros. O atendimento é realizado para qualquer trabalhador, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho, podendo até estar desempregado ou aposentado, desde que este esteja acometido de doença relacionada ao trabalho realizado. O agendamento da primeira consulta pode ser efetivado por telefone ou pessoalmente.

O fluxo do atendimento ao trabalhador, conforme demonstrado na Figura 1, ocorre inicialmente pela consulta com um dos médicos do trabalho, onde é verificado se a queixa do paciente possui relação com seu ambiente de trabalho. Para o Ministério da Saúde (2001), o estabelecimento do nexo causal entre a doença e o trabalho representa o ponto de partida para o diagnóstico e tratamento adequados, e principalmente para a adoção de ações como a vigilância e o registro das informações.

Após essa consulta, o médico do trabalho realiza o encaminhamento para uma ou mais das especialidades mencionadas anteriormente. Porém, antes do paciente dar prosseguimento ao seu atendimento com qualquer um destes profissionais, o mesmo necessita passar pelo

acolhimento, o qual é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de serviço social, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

No acolhimento é realizado uma anamnese ocupacional mais detalhada, com o objetivo de proporcionar uma escuta ao paciente, compreender a trajetória dele no mundo do trabalho, hábitos e estilo de vida, e os antecedentes pessoais e familiares. Segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 30), "ouvir o trabalhador falando do seu trabalho, de suas impressões e sentimentos em relação ao trabalho, de como o seu corpo reage no trabalho e fora dele, é de fundamental importância para a identificação das relações saúde-trabalho-doença". Ainda para os autores, mesmo que não seja possível determinar com certeza um diagnóstico clínico, a história ocupacional relata pelo trabalhador poderá orientar o raciocínio clínico de como o trabalho pode determinar na evolução ou agravamento da doença (BRASIL, 2001).

Posteriormente, são orientados e/ou encaminhados para as especialidades necessárias para o seu tratamento. Os agendamentos para os referidos atendimentos são realizados no próprio CEREST (Figura 1).

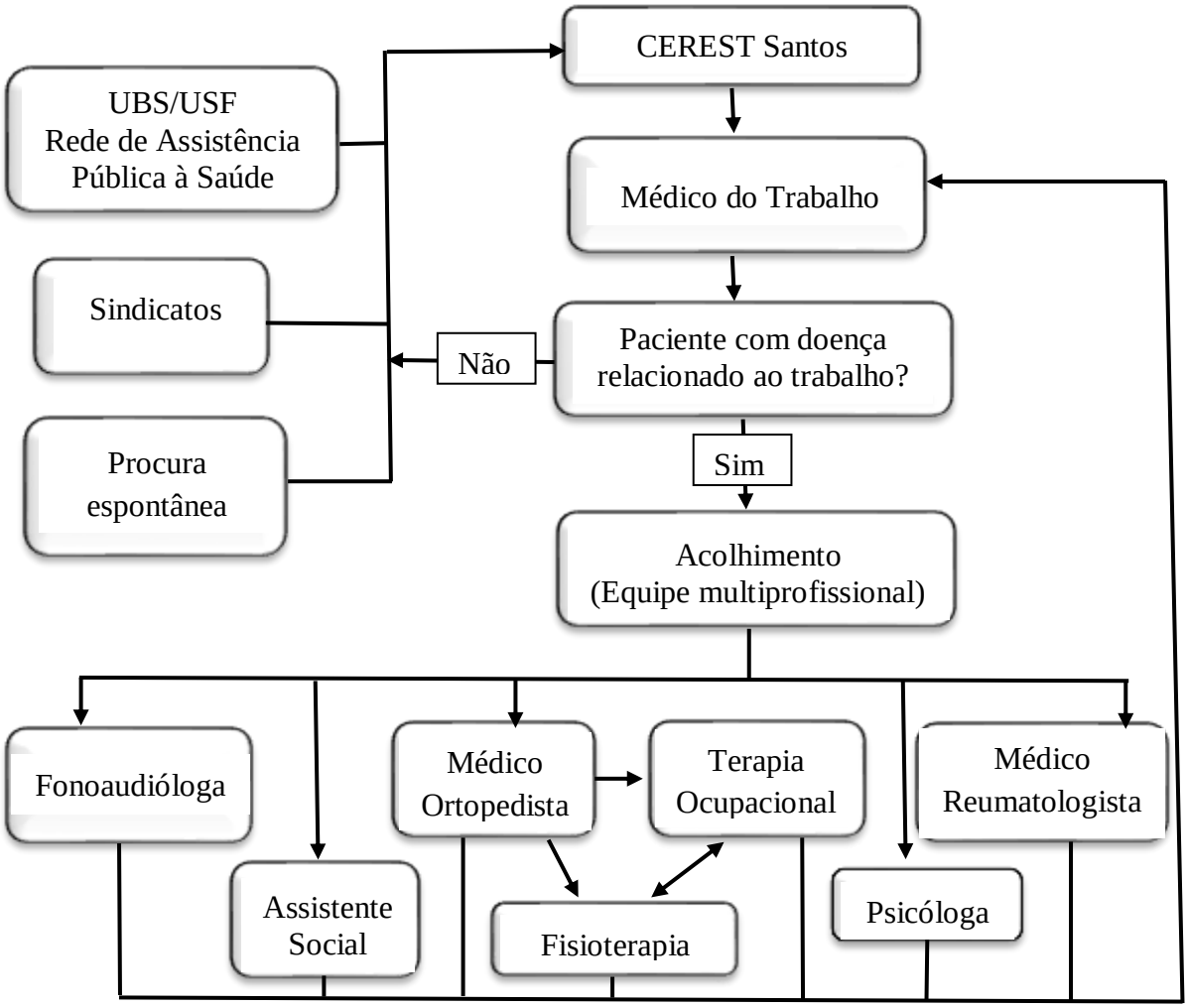
O Ministério da Saúde (2006) enfatiza que o cenário atual das condições de trabalho no Brasil com a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais, já discutido anteriormente, modificam o perfil da saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças podem expressar o aumento de doenças como a LER / DORT, e outras formas de adoecimentos que podem ser mal caracterizadas como o estresse e a fadiga física e mental. Diante disso, constatamos também que a demanda maior dos pacientes no CEREST Santos é em busca de tratamento para doenças osteomusculares (LER / DORT). Através do levantamento dos atendimentos realizados no período de 2012 a 2017, verificou-se o maior número de atendimentos para a área de fisioterapia, com uma média de 4106 atendimentos por ano, seguido por ortopedia (1947), medicina do trabalho (1199), terapia ocupacional (674), psicologia (478) e reumatologia (360). Além desses atendimentos, são realizados os exames de audiometria pela fonoaudióloga, bem como orientações aos trabalhadores através da assistente social.

Os princípios que norteiam a RENAST estão em consonância com as responsabilidades[3] do Ministério da Saúde no âmbito da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

[3] a)fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional;

(PNSST). A PNSST foi instituída apenas em 2011, através do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, apesar de ter sido uma exigência criada pela Convenção nº 155 da OIT, aprovada em 1981, e promulgada em 1992. Os objetivos da PNSST são a promoção da saúde, melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, e a prevenção de acidentes e danos à saúde relacionados ao trabalho por meio da eliminação ou redução de riscos nos ambientes de trabalho, similarmente aos objetivos que caracterizam a atenção integral à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Figura 1- Fluxograma de atendimento no CEREST Santos.



b)definir, em conjunto com as secretarias de saúde de Estados e Municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações;
c)promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho;
d)contribuir para a estruturação e operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador;
e)apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador;
f)estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador;
g)promover a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

O Ministério da Saúde (2006) esclarece que um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores implica em qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados e adoecidos pelo trabalho, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico, ocasionando uma abordagem interdisciplinar e a utilização de saberes de diferentes áreas de conhecimento. Dias e Hoefel (2005) conceituam a RENAST como uma rede nacional de informação e práticas da saúde, com o propósito de implementar as ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS, na perspectiva da saúde do trabalhador. Os trabalhadores sempre foram usuários do SUS, e mesmo que o diagnóstico e o tratamento da doença sejam os mesmos, independentemente de o agravo estar ou não relacionado ao trabalho, é importante a identificação destes para que ações de vigilância sejam programadas através da análise do processo saúde doença dos trabalhadores, com o intuito de evitar que novos casos ocorram.

Entretanto a RENAST ainda possui algumas falhas na operacionalização das ações de saúde do trabalhador. Para Leão e Vasconcelos (2011), a RENAST foi constituída como rede, com o objetivo de unir e criar interações entre os serviços de saúde do trabalhador, a rede de saúde do Brasil e demais segmentos da sociedade responsáveis e engajados na questão da saúde dos trabalhadores. Porém a falta de comunicação entre os CERESTs, baixa produção teórica das relações entre saúde-trabalho-ambiente, poucas articulações intra e intersetoriais como as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e o predomínio da concepção assistencialista em saúde do trabalhador se tornam impasses na prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Outros fatores apontados por Hoefel et al. (2005) são o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os riscos e agravos à saúde relacionados com o trabalho e o fato dos CERESTs terem atuação regionalizada, não correspondente à organização SUS a qual é centrada na municipalização.

Mas apesar dos desafios existentes, pode-se considerar que a RENAST promove uma atenção diferenciada e especializada à saúde dos trabalhadores e através dela, as ações de vigilância em saúde dos trabalhadores ganharam mais visibilidade no contexto nacional. Porém, conforme já mencionado, para que haja uma vigilância efetiva, faz-se necessário um sistema de informação que contenha os dados de um determinado território, para que a partir daí, realize a análise epidemiológica e o planejamento das ações de promoção da saúde necessárias.

1.3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

De acordo com a Portaria no 3.120, de 1 de julho de 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, p. 3).

A VISAT é um processo contínuo que articula saberes e práticas de controle sanitário num dado território, visando a promoção, a proteção e a assistência à saúde daqueles que trabalham, tendo como objeto de sua ação a investigação e posterior intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde - doença (MACHADO, 1996). Atua como eixo fundamental para consolidar as ações em Saúde do Trabalhador no SUS, visando a prevenção dos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho e a promoção da saúde no ambiente de trabalho (BRASÍLIA, 2001).

Sobre tal observação, evidencia-se o conceito de VISAT derivado da compreensão mais ampla de Vigilância à Saúde, definido pelo o Centro de Vigilância Epidemiológica (2008):

> Vigilância em saúde: Prática de saúde pública que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos a situações de saúde para preservar a ocorrência de riscos, danos e sequelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e meio ambiente, normalmente dispersos em atividades setorizadas de programas de saúde pública, nas vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental, nutricional e alimentar, saúde do trabalhador, no controle de endemias, na educação para a saúde, nas ações sobre o meio ambiente, com ações extra setoriais, para enfrentar problemas contínuos, com discriminação positiva, num território determinado (BRASIL, 2008, p. 17)

Em 2009, a Portaria GM/MS no 3.252 definiu que Vigilância da saúde do trabalhador "visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos" (BRASIL, 2009). A Portaria prevê ainda a consolidação de uma Vigilância em Saúde integrada, a partir da promoção da saúde, vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária, bem como a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica (SOUZA e MACHADO, 2012).

Entretanto, conforme já mencionado anteriormente, para que a Vigilância em Saúde do Trabalhador seja efetiva, é necessário que haja um Sistema de Informações, contendo dados

importantes para o desenvolvimento das ações mais adequadas para a saúde do trabalhador em um determinado território. Nesse contexto, ressalta-se a importância da assistência como fonte de informações, entretanto Machado (2013, p. 23), relembra que "na prática, e para que haja ênfase nas ações preventivas e de promoção, costuma-se separar vigilância de assistência do ponto de vista da gestão da saúde como atividades distintas".

Segundo Rabello Neto et al. (2013), com a influência do interesse na saúde por parte de sindicatos da região Sudeste, a discussão sobre a epidemiologia em saúde dos trabalhadores se desenvolve a partir das experiências do Escritório Regional de Saúde (ERSA) da Baixada Santista, que em 1986, estabeleceu a primeira lista de doenças relacionadas ao trabalho. Somente em 1999, através da Portaria nº 1339, o Ministério da Saúde estabeleceu a lista de doenças relacionadas ao trabalho.

Santana e Ferrite (2013) salientam que para a efetivação da VISAT faz-se necessário a produção e processamento de dados para gerar informações que devem ser disseminadas para os gestores, representações sindicais e associações de trabalhadores, pesquisadores e instituições de interesse como o Ministério Público. Esse processo é viabilizado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual é alimentado pelas notificações compulsórias de agravos à saúde do trabalhador estabelecidas pela Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004. Frequentemente, a lista de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória no território nacional, incluindo aqueles relacionados ao trabalho, é revisada pelo Ministério da Saúde, sendo a mais recente, a Portaria n° 205, de 17 de fevereiro de 2016, a qual define as doenças a serem monitoradas por meio da vigilância em unidades sentinelas. Para o registro no sistema, foram elaboradas fichas específicas para cada agravo relacionado ao trabalho, cujo conteúdo contém os dados pessoais do trabalhador, dados do empregador, e dados relativos ao agravo e investigação do caso.

Rabello Neto et. al. (2013) revelam que em relação ao SINAN:

> Seus dados têm sido utilizados, entre outras finalidades, para a realização de diagnóstico dinâmico da ocorrência de eventos com danos à saúde de determinada população; para a prevenção da ocorrência de eventos; para o fornecimento de subsídios para explicações causais; para a indicação dos riscos aos quais as populações e as pessoas estão sujeitas; para o monitoramento da saúde da população; para o planejamento das ações de saúde; para a definição de prioridades de intervenção; e para a avaliação do impacto das ações de controle desenvolvidas (RABELLO NETO et al., 2013, p. 237)

Dias e Hoefel (2005) lembram que a RENAST teve como proposta coletivizar a questão dos acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho por meio do registro desses agravos no

sistema de informação, possibilitando a identificação dos fatores de riscos e a tomada de decisão quanto às ações de vigilância. O SINAN, quando alimentado adequadamente, pode fornecer dados efetivamente úteis às análises epidemiológicas, ao monitoramento das ações de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores. Os sistemas de informação como o SINAN, compreendem o processo desde a captura e processamento da informação, até a manutenção destes dados e a produção da informação através de indicadores, os quais representam a compreensão da situação de saúde e a tomada de decisões. Estes viabilizam a necessária transparência dos órgãos de gestão pública, o que é essencial para a consolidação da democracia e do direito da cidadania (Nobre L, 2005).

A ação de intervenção decorrente da análise epidemiológica é organizada de forma participativa e se opera pela modificação do processo de trabalho/atividade, conjugando aspectos epidemiológicos ao contexto social das relações de trabalho e com a base técnica em que o trabalho se desenvolve. Qualifica a capacidade de resposta às demandas, ao incluir o saber dos trabalhadores, sua capilaridade de ação e sua força de negociação por melhores condições de trabalho.

Segundo Galdino et al. (2012), relatam que incentivos para a estruturação de uma rede com unidades notificantes devem se refletir nas ações de estruturação da rede sentinela, e de capacitação dos seus profissionais, contribuindo assim para a superação da subnotificação dos agravos. Santana e Ferrite (2013) salientam que um problema que ainda precisa ser enfrentado é o da dificuldade, por parte dos profissionais da saúde, de identificarem ou estabelecerem o nexo causal da relação trabalho-doença, os quais são também responsáveis pela existência dos sub-registro e subnotificação dos agravos. Faz-se necessário estudos e pesquisas como esta, para avaliar a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho.

1.4. Formação dos Profissionais do CEREST

Segundo Dias e Hoefel (2005), destaca entre os desafios a serem superados para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS, o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede para lidar com os riscos e agravos relacionados ao trabalho. Gomez (2013, p. 23) ressalta ainda que “é indiscutível a necessidade de enfrentar os desafios para aprimorar

a formação de profissionais – muitos deles incorporados nos últimos anos – que não têm prática de atuar dentro de uma lógica de complexidade das ações requerida pela VISAT".

A Educação em Saúde é considerada uma das estratégias mais efetivas para a qualificação dos trabalhadores, de forma especial, da atenção à saúde das pessoas (SILVA et al., 2016). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi proposta pelo Ministério da Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com o objetivo de promover nestes a autoanálise e a autogestão do processo de trabalho, propondo mudanças significativas na formação e no contínuo e permanente desenvolvimento de pessoal (FLORES et al., 2016).

A educação permanente em saúde (EPS) é referida na PNEPS como uma proposta política e pedagógica baseada na aprendizagem e na transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2004). Nesse cenário, a EPS assume o protagonismo da gestão da educação, ao propor mudanças nas ações educativas, nos processos de trabalho, nas organizações de saúde e, principalmente, no desenvolvimento de estratégias que possam redundar na qualificação da atenção em saúde (SILVA et al., 2016). Para o Ministério da saúde, a educação permanente em saúde é definida como:

> Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009, p. 22).

A EPS proporciona uma mudança significativa nas práticas de capacitação dos trabalhadores da saúde: o ensino e o aprendizado é incorporado à vida cotidiana dos trabalhadores; as estratégicas educativas são estabelecidas a partir da prática, como fonte de conhecimento, problematizando o próprio fazer; os trabalhadores são construtores do conhecimento a partir das reflexões das próprias práticas, deixando de ser somente receptores do conhecimento; interação com a equipe multidisciplinar e a ampliação dos espaços educativos (BRASIL, 2009). Segundo Vasconcellos et al. (2013, p. 85), "considerando-se a intervenção da Vigilância em Saúde como uma prática política, há nítida aproximação entre a pedagogia empírica do movimento operário e as pedagogias emancipatórias, que colocam o sujeito-aprendiz como sujeito produtor de saber e agente político de transformação da realidade".

Para Ceccim (2005), a EPS é uma estratégia pedagógica para a "problematização" e a "invenção de problemas", não se tratando da passagem do desconhecimento para o conhecimento nem ao menos uma metodologia pedagógica que se esgota ao aluno demonstrar

a aquisição da informação ou habilidade em questão. A EPS proporciona a inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, proporcionando aprendizagens relativas à intervenção tanto no individual quanto no coletivo.

Para Benevides de Barros (2001), aprender é operar sobre determinadas práticas de modos diferentes dos que se estava acostumado. É inventar outras práticas, fazer novas dobras no mundo. Não é apenas a incorporação de fatos novos, mas sim a transformação de informações produzindo novas formas de estar no mundo. Nesta perspectiva, a aprendizagem não é apenas uma operação intelectual de acumulação de informações, mas supõe atividade dos atores envolvidos, estabelece o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com outro que é apresentado a partir das (novas) informações (CECCIM e FERLA, 2008).

Ceccim (2005) salienta que a identificação dos desconfortos apresentados no cotidiano do trabalho, de que a maneira vigente do fazer é insuficiente ou insatisfatória para os desafios apresentados no trabalho são elementos propulsores para que uma pessoa ou uma organização decida mudar e incorporar novos saberes em sua prática no trabalho. Ou seja, no trabalho também se aprende, transformando as situações apresentadas em aprendizagem através da reflexão dos problemas.

> Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares "como estão/como são", deixar o conforto com as cenas "como estavam/como eram" e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005).

A EPS é uma proposta política-pedagógica, que se baseia na vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social, com a participação dos usuários dos sistemas de saúde. Nesse sentido se constituiu o conceito de quadrilátero da formação, o qual busca reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde (CECCIM e FERLA, 2008).

> A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades

> técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Neste contexto, a EP (Educação Permanente) não se limita apenas à capacitação e atualização de conhecimento científico. As ações educativas estão vinculadas às transformações do processo de trabalho. Nideck e Queiroz (2015) enfatizam que o grande desafio da EP no SUS é estabelecer o diálogo entre os saberes disciplinares, não disciplinares, as subjetividades e a realidade vivida. O ensino na saúde implica não somente a transformação da prática, mas também a ampliação dos sentidos dessas práticas, com a compreensão de que a relação saúde-doença é um fenômeno biológico e sociocultural que envolve a qualidade de vida do usuário, incluindo a sua alimentação, ambiente de trabalho, família e atividades físicas. Olhar para essas potencialidades significa reaprender a pensar a saúde e o cuidado.

2. HIPÓTESE

Os dados compilados e disponibilizados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) podem subsidiar ações eficazes na transformação do trabalho. Entretanto o preenchimento das fichas de notificação não ganha a devida atenção por parte dos profissionais da saúde prejudicando assim o acesso às informações importantes referente à problemas que afetam a vida dos trabalhadores. Nesta condição, supõe-se que provavelmente as informações dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, não estejam sendo incluídas sistematicamente no SINAN devido a questões relacionadas a formação dos profissionais que atuam na área da saúde do trabalhador, por estes não compreenderem a importância de suas ações em vigilância em saúde e de seu papel como agente transformador na saúde dos trabalhadores.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar a percepção dos profissionais de saúde do CEREST Santos em relação à

Vigilância em Saúde do Trabalhador e ao sistema de notificações de agravos relacionados ao trabalho, identificando as facilidades e dificuldades em relação ao preenchimento das fichas de notificação, e os fatores que determinam a motivação (ou não) sobre a informação em saúde do trabalhador.

3.2. Objetivos específicos

- Conhecer e analisar as notificações dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN, registradas pelos profissionais do CEREST de Santos, no período de 2013 a 2017, visando compreender a quantidade e quais as doenças relacionadas ao trabalho que são notificadas;
- Identificar se houve subnotificação de agravos relacionados ao trabalho nos pacientes atendidos no CEREST Santos, no período de janeiro a setembro de 2017.
- Compreender a percepção dos profissionais do CEREST em relação ao tema de Vigilância em Saúde do trabalhador;
- Compreender o significado da Ficha de Notificação SINAN para os profissionais do CEREST-Santos;
- Identificar como a formação dos profissionais de saúde do CEREST pode influenciar na notificação ou não dos agravos relacionados ao trabalho.

4. MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida no município de Santos, localizado no litoral sul do Estado de São Paulo, distante 72 quilômetros da capital, com uma população estimada em 419.400 habitantes (IBGE, 2010) e uma população economicamente ativa estimada em 216.248 trabalhadores (FERREIRA, 2015).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem qualiquantitativa, possibilitando a entendimento dos fatos de forma integrada, através da compreensão tanto do comportamento dos sujeitos quanto a quantificação dos fenômenos.

Com o intuito de alcançar respostas aos questionamentos e inquietações, apresenta-se essa metodologia tendo em vista que:

> Entendemos por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. (MINAYO, 2012, p. 16)

Para Minayo e Sanches (1993), não há contradição entre a pesquisa quantitativa e qualitativa do ponto de vista metodológico. A quantitativa utiliza dados, indicadores e tendências observáveis, enquanto a qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Assim sendo, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais "concretos" e aprofundadas em seus significados mais essenciais, fazendo com que o estudo quantitativo possa gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente.

O processo de trabalho científico pode ser dividido em três fases: a primeira é a fase exploratória, a qual o pesquisador produz o projeto e determina os procedimentos para entrar em campo, a segunda é o trabalho de campo quando combina os instrumentos de observação e comunicação com os entrevistados, confirmação ou refutação das hipóteses e a construção da teoria, a terceira é a análise e tratamento do material empírico e documental, quando interpreta os dados obtidos em campo e os articula com a teoria estudada e fundamentada no projeto (MINAYO, 2009).

O local escolhido para a realização do estudo foi o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Santos. As indagações que levam a investigação proposta partem da detecção das facilidades e dificuldades que os profissionais de saúde que atuam no CEREST de Santos possuem em relação às notificações de agravos relacionados ao trabalho, observadas no contexto de trabalho cotidiano destes profissionais. Neste intuito, a pesquisa foi dividida em duas fases: a primeira fase, foi utilizado o método descritivo e quantitativo, através do estudo das notificações de agravos relacionados ao trabalho realizadas no SINAN no período de 2013 a 2017, e a segunda fase, por meio de abordagem qualitativa composta por entrevistas semiestruturadas aos trabalhadores da saúde desta unidade.

4.1. Conhecimento das Notificações de Agravos Relacionados ao Trabalho no SINAN

Nessa primeira etapa do método, os procedimentos metodológicos utilizam abordagem da epidemiologia descritiva, no âmbito da pesquisa quantitativa. De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (1999, p. 78) a epidemiologia descritiva tem por objetivo desvelar os problemas de saúde-doença em nível coletivo. A pesquisa descritiva é utilizada quando há um levantamento de dados e o proceder à explicação da distribuição destes. O método quantitativo é utilizado quando os dados são mensurados em número, frequências, classificados e analisados.

Para a realização desta etapa da pesquisa foram utilizados dados secundários a partir de informações nas fichas de notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrados pelos profissionais do CEREST de Santos, no período de 2013 a 2017.

A coleta de dados foi realizada a partir do programa SINAN Net, e a compilação dos dados foi executada através do software Tabwin, onde é possível tabular os dados a partir das variáveis de interesse. Determina-se as variáveis de interesse para a pesquisa como: o tipo de notificação, município, unidade notificadora, sexo, idade, grau de instrução, situação no mercado de trabalho, entre outros. Uma vez selecionadas as variáveis, cria-se uma tabela no próprio Tabwin a qual pode ser exportada para o programa Excel, gerando tabelas e gráficos pretendidos, procedendo às análises propostas.

A partir destes dados foi realizada uma análise das doenças relacionadas ao trabalho, como quais foram notificadas e quais não foram, se houve aumento ou não das notificações nos anos pesquisados, bem como os indicadores dos agravos notificados.

Entretanto, somente com essa análise não foi possível verificar se houve ou não subnotificação dos pacientes atendidos no CEREST de Santos. Dessa forma, para a análise da ocorrência da subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho, foi realizado um recorte na amostra, verificando todos os atendimentos realizados no acolhimento, no período de janeiro a setembro de 2017, e verificando se os casos foram ou não notificados no SINAN.

4.2. Avaliação da Compreensão dos trabalhadores e trabalhadoras do CEREST sobre o significado da Ficha de Notificação SINAN

A seleção de critérios utilizados para selecionar os sujeitos da pesquisa é primordial por sua representatividade no grupo em estudo, e por inferir diretamente na qualidade das informações, a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado (DUARTE, 2002).

Os sujeitos de pesquisa foram os profissionais de saúde de nível superior vinculados ao CEREST de Santos, que atuavam na assistência aos usuários e eram responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificação do SINAN, totalizando 11 profissionais, sendo 4 médicos, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo e 1 enfermeiro, por se constituírem profissionais responsáveis na informação em saúde do trabalhador. Esse grupo representa 84,62 % dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha de notificação do SINAN, pois na ocasião da pesquisa, uma fisioterapeuta se encontrava de licença maternidade e um médico não participou da pesquisa.

A abordagem qualitativa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os(as) trabalhadores(as), visando a compreensão dos profissionais diante da notificação via SINAN, bem como as facilidades e dificuldades que os profissionais da saúde do CEREST de Santos possuem em relação ao preenchimento das fichas de notificação no SINAN. Pelo fato da pesquisa ter sido desenvolvida pelo chefe do CEREST, optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada, com questões disparadoras, apenas como forma de delinear as questões a serem abordadas.

4.3 Coleta de Dados

Minayo (2009) relata que o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador com a realidade diante da pergunta formulada, bem como interagir com os atores que constroem o conhecimento empírico da pesquisa realizada. A entrevista proporciona informações construídas diretamente com o entrevistado, retratando a realidade que este indivíduo vivencia.

Para analisar o entendimento dos profissionais de saúde em relação ao sistema de informação de saúde do trabalhador, sua importância, dificuldades e facilidades no CEREST

Santos, foram realizadas entrevistas com questões disparadoras, visando coletar depoimentos por meio da fala dos entrevistados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um gravador digital Sony (modelo ICD-PX440) com chip de memória microSD e um roteiro de entrevistas dividido em duas partes, sendo a primeira a coleta dos dados cadastrais do entrevistado (idade, sexo, profissão, tempo de serviço no CEREST e na Prefeitura Municipal de Santos) e a segunda com perguntas abertas para compreender o entendimento dos profissionais em relação ao sistema de informação em vigilância em saúde do trabalhador. A entrevista iniciou-se com a pergunta: "como é o seu trabalho no CEREST?". Essa primeira pergunta funcionou como ponto de partida para que os profissionais falassem sobre o seu trabalho e de suas características pessoais.

As demais perguntas foram desenvolvidas com a finalidade de aprofundar o depoimento e verificar se o processo de preenchimento da ficha de notificação SINAN estaria incluído no processo de trabalho dos profissionais entrevistados. Se com essa primeira pergunta o discurso não desencadeasse, outras perguntas seriam realizadas como: "o que é vigilância em saúde do trabalhador?", "como a vigilância em saúde do trabalhador está inserida em seu processo de trabalho?", "você teve alguma capacitação em relação à saúde do trabalhador?", "você já preencheu alguma ficha de notificação do SINAN?".

De acordo com os aspectos éticos e legais, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UNIFESP, sendo aprovada em 26 de abril de 2017, com o código CAAE 66733717.7.0000.5505 e à COFORM (Coordenadoria de Projetos) da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos.

Antes de iniciar a entrevista os sujeitos foram informados sobre o objeto da pesquisa e a importância da gravação para uma coleta de dados assegurando o sigilo dos depoimentos e a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na entrevista qualitativa foi feita de forma voluntária, após concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado através da Resolução 466/12.

Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2017, nas instalações do CEREST Santos, com duração aproximada de 30 minutos cada.

4.4. Análise de Dados

A etapa de análise dos dados qualitativos foi desenvolvida utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual consiste em um procedimento metodológico, em forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade num só discurso-síntese (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003). Ainda para Lefevre e Lefevre (2009):

> O discurso do sujeito coletivo, como técnica de processamento de depoimentos, consiste em reunir, em pesquisas sociais empíricas, sob a forma de discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes. Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de "coletividade falando"; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo "encorpado", desenvolvido, enriquecido, desdobrado.

A propositura do DSC é a análise do material verbal coletado através das entrevistas com os trabalhadores. O DSC visa expressar o pensamento de uma coletividade através de um discurso-síntese, como se a coletividade fosse o emissor deste discurso, selecionando nas entrevistas individuais as expressões-chave, as quais correspondem às ideias centrais que são a síntese do conteúdo discursivo (LEFEVRE et al., 2003).

Os discursos dos trabalhadores foram coletados através da aplicação de entrevistas com questões disparadoras, com o objetivo de identificar o perfil técnico e a visão dos trabalhadores do CEREST de Santos sobre a importância da saúde do trabalhador no desempenho das atividades profissionais, por meio da realização das notificações e alimentação dos sistemas de informação no atendimento aos usuários. Após os discursos coletados e gravados digitalmente, a pesquisadora realizou a transcrição literal dos discursos individuais e registrou em meio eletrônico no Microsoft Office Word.

A propositura do DSC é obter o pensamento coletivo através dos discursos coletados. Para Lefevre et al. (2000), deve-se extrair do discurso a ideia central e as expressões chaves. A ideia central pode ser entendida como as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo dos discursos dos sujeitos, e as expressões chaves são construídas por transcrições literais de parte dos depoimentos que exprimem o essencial do conteúdo discursivo, correspondendo às questões da pesquisa.

Assim sendo, para a construção do DSC nesta pesquisa, foram analisados os discursos de 11 trabalhadores que atuavam na assistência dos usuários do CEREST Santos, extraindo as ideias centrais e expressões chaves, pautando no conhecimento do SINAN no âmbito da saúde

dos trabalhadores por cada entrevistado. Após isso, foi construído os discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSC, onde o pensamento do coletivo é descrito como discurso individual, escrito na primeira pessoa do singular.

5. RESULTADOS

Os resultados e análises dos dados relacionados a essa pesquisa apresentam-se a seguir. Para melhor compreensão dos profissionais envolvidos nesta pesquisa, início este capítulo com a descrição e caracterização das atividades desenvolvidas no CEREST Santos, visto que a falta de padronização dos CERESTs ainda é considerada um ponto crítico da saúde do trabalhador no SUS. Para Leão e Vasconcellos (2011), os CERESTs continuam vinculados a distintas áreas do setor Saúde, prejudicando a integração institucional e, mesmo, a organização das ações.

Em seguida, por se tratar de uma pesquisa qualiquantitativa, apresento os dados quantitativos relacionados às notificações realizadas no período de 2013 de 2017, bem como a caracterização dos trabalhadores participantes desta pesquisa. Após isso, apresentam-se os resultados qualitativos das entrevistas realizadas, através dos discursos do sujeito coletivo (DSC), os quais foram agrupados em temáticas conforme previsto no método e também para favorecer a apresentação dos dados.

5.1. Os atendimentos realizados no CEREST de Santos

O CEREST Santos, possui entre as suas atribuições, realizar a promoção à saúde dos trabalhadores, investigar as condições do ambiente de trabalho e prestar assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho. A equipe da assistência aos trabalhadores, na ocasião da pesquisa, era composta por: 2 médicos do trabalho, 2 médicos ortopedistas, 1 médico reumatologista, 1 fonoaudiólogo, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 3 fisioterapeutas e 1 assistente social. Além destes profissionais, havia também 1 enfermeira que auxiliava os profissionais a realizarem as notificações de agravos relacionados ao trabalho no SINAN.

O CEREST Santos se caracteriza como serviço de “porta aberta” por atender qualquer trabalhador que o procure espontaneamente. A demanda pode ainda ser proveniente de encaminhamentos da rede de atenção básica do SUS, sindicatos, empresas, indicações de

colegas, entre outros. O atendimento é realizado para qualquer trabalhador, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho, podendo até estar desempregado ou aposentado, desde que este esteja acometido de doença relacionada ao trabalho realizado. O agendamento da primeira consulta pode ser efetivado por telefone ou pessoalmente.

O fluxo do atendimento ao trabalhador ocorre inicialmente pela consulta com um dos médicos do trabalho, onde é verificado se a queixa do paciente possui relação com seu ambiente de trabalho. Após essa consulta, o médico do trabalho realiza o encaminhamento para uma ou mais das especialidades mencionadas anteriormente. Porém, antes do paciente dar prosseguimento ao seu atendimento com qualquer um destes profissionais, o mesmo necessita passar pelo acolhimento, o qual é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de serviço social, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. O objetivo do acolhimento é proporcionar uma escuta ao paciente, compreender a trajetória dele no mundo do trabalho, e identificar as possíveis doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho que este paciente possa ter. Os agendamentos para os referidos atendimentos são realizados no próprio CEREST.

Conforme preconizado pela Resolução SS 63 de 2009, os casos confirmados ou suspeitos de agravos relacionados ao trabalho, de notificação compulsória, devem ser notificados, em ficha específica de cada agravo, no SINAN (BRASIL, 2009). Sendo assim, os pacientes, ao passarem em atendimento com o médico do trabalho, e obterem o nexo causal estabelecido com o trabalho, deveriam, nesse momento, ter a ficha de notificação preenchida pelo médico do trabalho. Entretanto, se por algum motivo o médico não preencher a ficha, o usuário, ao dar prosseguimento aos atendimentos, passando pelo acolhimento, ou com qualquer outro profissional, poderia ter o agravo então notificado, já que a mesma resolução determina que o preenchimento da ficha do SINAN pode ser efetuado por qualquer profissional de saúde do serviço de atendimento com acesso ao diagnóstico clínico (BRASIL, 2009).

A demanda maior dos pacientes no CEREST Santos é em busca de tratamento para doenças osteomusculares (LER / DORT). Através do levantamento dos atendimentos realizados no período de 2012 a 2017, verificou-se o maior número de atendimentos para a área de fisioterapia, com uma média de 4106 atendimentos por ano, seguido por ortopedia (1947), medicina do trabalho (1199), terapia ocupacional (674), psicologia (478) e reumatologia (360). Além desses atendimentos, são realizados os exames de audiometria pela fonoaudióloga, bem

como orientações aos trabalhadores através da assistente social.

Como já mencionado anteriormente, as doenças e agravos relacionados ao trabalho é um problema de saúde pública, ocasionando gastos e transtornos elevados que poderiam ser evitados com a prevenção. Para Scherer et al. (2007), a área de Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende um processo contínuo de detecção, conhecimento, pesquisa, identificação dos fatores de risco ocupacionais, estabelecimento de medidas de controle e prevenção e avaliação dos serviços de forma permanente. Para subsidiar este processo, é necessário a utilização do sistema de informação SINAN para auxiliar no planejamento das ações voltadas à saúde dos trabalhadores.

5.2. Os Agravos Relacionados ao Trabalho do CEREST Santos Notificados no SINAN

Os dados a seguir demonstram os agravos relacionados ao trabalho, notificados pelos profissionais do CEREST Santos, no período de 2013 a 2017. Para a análise, foram selecionados apenas os agravos notificados pelo CEREST, excluindo assim os agravos de acidentes com material biológico e acidentes de trabalho grave e fatal. É notável o aumento considerável das notificações no ano de 2014, porém em 2017 houve novamente uma diminuição dos registros realizados (Quadro 1). Esse aumento pode ser explicado pelo fato da mudança da gestão do CEREST Santos em setembro de 2013, quando foi realizado então um trabalho de incentivo aos profissionais da saúde quanto a importância das notificações.

O CEREST possui em seu quadro de recursos humanos uma fonoaudióloga, a qual realiza exames de audiometria em equipamento próprio da unidade. Entretanto, pelo fato de não ter demanda de atendimentos à trabalhadores com perda auditiva, a fonoaudióloga realiza exames de audiometria aos pacientes que são encaminhados diretamente dos médicos otorrinolaringologistas do Ambulatório de Especialidades (AMBESP), independentemente do nexo causal. Dessa forma, a profissional possui dificuldade em diagnosticar PAIR apenas com o exame de audiometria realizado, sem a história clínica e anamnese ocupacional, explicando o fato de identificarmos somente 11 (onze) casos de notificação no período pesquisado.

O CEREST Santos também não possui demanda para casos de pneumoconioses, dermatoses ocupacionais e cânceres relacionados ao trabalho, justificando a não notificação desses agravos. Pelo fato das notificações de pneumoconiose, dermatose ocupacional, PAIR e cânceres relacionados ao trabalho terem um número inexpressivo, estas não foram consideradas nas análises descritivas a seguir.

Quadro 1- Distribuição do número de registro dos agravos relacionados ao trabalho, notificados pelos profissionais do CEREST-Santos, por período de 2013-2017.

	2013	2014	2015	2016	2017
Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho	1	76	41	45	43
LER / DORT	1	65	64	66	45
PAIR	0	1	5	2	3
Dermatose Ocupacional	0	0	1	0	0
Pneumoconiose	0	0	0	0	0
Câncer relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0
Total	**2**	**142**	**111**	**113**	**91**

Fonte: SINAN NET – Acesso em 21 de fevereiro de 2018.

No quadro 1, observa-se que a quantidade de notificações registradas no SINAN sofre diminuição ou redução de ocorrência dos agravos de transtornos mentais relacionados ao trabalho e dos registros de LER/DORT.

Em relação à distribuição por sexo, nota-se a predominância de registros no sexo feminino para ambos os agravos de TMRT e LER/ DORT. (Quadro 2).

Quadro 2- Distribuição do número de registro dos agravos relacionados ao trabalho, notificados pelos profissionais do CEREST-Santos, por sexo e período de 2013-2017.

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Fem.	**Masc.**	**Fem.**	**Masc.**	**Fem.**	**Masc.**	**Fem.**	**Masc.**	**Fem.**	**Masc.**
TMRT	0	1	54	22	28	13	30	15	31	12
LER / DORT	0	1	36	29	43	21	39	27	24	21
Total	**0**	**2**	**91**	**51**	**72**	**38**	**69**	**44**	**55**	**36**

Fonte: SINAN NET – Acesso em 21 de fevereiro de 2018.

Segundo Alvarez e Azevedo (2016), houve um aumento considerável de mulheres inseridas no mercado de trabalho devido a necessidade de aumentar a renda da família, ou até mesmo de ser a responsável pela renda principal. Ainda para as autoras, a saúde das mulheres está sendo comprometida devido ao tipo de tarefas desenvolvidas, as quais, em geral, são tarefas monótonas, minuciosas e repetitivas.

> A dupla e, muitas vezes até tripla, jornada de trabalho das mulheres, que trabalham fora de casa, permanecem com a responsabilidade dos afazeres domésticos e ainda pretendem continuar os estudos, faz com que elas não tenham momentos de lazer e distração, podendo desencadear adoecimentos e sofrimento mental que, muitas vezes, não são percebidos por elas como uma consequência do trabalho (ALVAREZ e AZEVEDO, 2016, p. 208)

Do total das notificações de TMRT realizadas no período, 67% dos trabalhadores possuíam grau de instrução em educação superior, enquanto 5% possuíam apenas o ensino fundamental, 22% o ensino médio e 6% não havia informação quanto à escolaridade nos registros efetuados. Já nas notificações de LER / DORT, 27% dos trabalhadores possuíam grau

de instrução no ensino médio, 2% eram analfabetos, 27% possuíam o ensino fundamental, 11% o ensino superior e 32% dos registros não havia informação quanto à escolaridade. Essa diferença de grau de instrução entre os dois agravos pode ser identificada pelo fato de que, entre os atendimentos realizados no CEREST Santos, os agravos de LER / DORT ocorrem com maior incidência nos profissionais de limpeza enquanto que os agravos de TMRT, ocorrem nos bancários. Entretanto, a alta incidência de bancários com agravos de TMRT pode ser explicada não somente pelas pressões e exigências que esta categoria vem sofrido para o cumprimento de metas estipuladas pelas instituições financeiras, mas também pela parceria do CEREST Santos com o Sindicato dos Bancários da Baixada Santista, o qual encaminha um número expressivo de bancários adoecidos.

Em relação à situação no mercado de trabalho, em ambos os agravos se verificou a predominância de trabalhadores registrados com carteira assinada. Nas notificações de TMRT, 89% dos registros eram de trabalhadores registrados, enquanto nas notificações de LER/DORT, foram 56% dos casos, seguidos por 24% de trabalhadores não registrados e 9% de trabalhadores temporários ou avulsos.

Apesar do aumento das notificações, conforme já mencionado, verificou-se ainda alguns problemas a serem enfrentados, como a qualidade no preenchimento das fichas, conforme demonstrado pela falta de informação de alguns dados nos registros efetuados, prejudicando a análise epidemiológica. O correto preenchimento da ficha permite a análise de um panorama mais preciso dos impactos do trabalho sobre a saúde e consequentemente ações mais eficazes de prevenção, vigilância e intervenção.

Porém, somente com esta análise, não foi possível verificar a existência da subnotificação ou não destes agravos. Para essa análise, foi realizado um recorte na amostra inicial, selecionando os atendimentos realizados no acolhimento do CEREST, no período de janeiro a setembro de 2017. De acordo com a Portaria nº 1.271/2004, a notificação compulsória é obrigatória para os médicos e profissionais da saúde, e deve ser realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo. Desta forma, todos os pacientes que tiveram o nexo causal estabelecido no atendimento com o médico do trabalho, e foram encaminhados para o acolhimento, deveriam ser notificados por qualquer profissional de saúde que prestou assistência ao paciente.

De janeiro a setembro de 2017, foram atendidos 102 pacientes no acolhimento. Destes, somente 27 (26,5%) teve agravo (TMRT ou LER / DORT) registrado no SINAN. Foi também

verificado o prontuário destes pacientes a fim de identificar o CID estabelecido pelo médico do trabalho no ato da consulta, e detectou-se a predominância de pacientes acometidos por LER/DORT, identificado em 87 dos prontuários. Com base nos dados obtidos, identificou-se a existência de subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho no CEREST Santos.

5.3. Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

Os dados a seguir referem-se à caracterização do perfil dos profissionais da saúde do CEREST Santos que aceitaram participar da pesquisa, pois um profissional não aceitou participar da investigação e outro encontrava-se afastado do trabalho no período em que foi realizado a coleta de dados. O grupo de trabalhadores pesquisados é composto pelas seguintes categorias profissionais: médico (4), psicólogo (1), fisioterapeuta (2), enfermeiro (1), fonoaudiólogo (1), terapeuta ocupacional (1) e assistente social (1), totalizando 11 profissionais de saúde.

Essa análise tem a função de caracterizar o perfil dos trabalhadores de saúde que atuam no CEREST Santos, através de variáveis como categoria profissional, idade, sexo, tempo de atuação na Prefeitura Municipal de Santos e no CEREST Santos.

Dos trabalhadores entrevistados, 9 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino, o que é compatível com os dados encontrados nos estudos referente à feminização no trabalho em saúde. O setor saúde é ocupado por um número expressivo de mulheres, representado hoje por mais de 70% de toda força de trabalho nessa área (MACHADO et al., 2011). Segundo Haddad et al. (2010), após analisar, no período de 1991 a 2008, 14 cursos de graduação na área da saúde como: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, verificaram que as mulheres eram maioria em todos estes cursos, exceto em educação física e medicina. Porém, em 2007, as mulheres passaram a ser maioria também entre os ingressantes (56,3%) e os concluintes (54,7%) dos cursos de medicina. Em fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional e nutrição as mulheres representam mais de 90% dos estudantes.

Quanto à idade (Quadro 3), quase metade dos trabalhadores entrevistados tinham entre 30 e 39 anos (45,45%). Dos trabalhadores restantes, 3 tinham idade abaixo de 30 anos (27,27%), 1 estava entre 40 e 49 anos (9,09%) e 2 tinham idade acima de 50 anos (18,23%). Esses dados demonstram que os profissionais são na maioria jovens, e essa característica pode ser explicada

pelo fato de que houve um ingresso de profissionais novos concursados no CEREST nos últimos 5 anos, totalizando 7 profissionais dos 11 entrevistados. De acordo com Albrecht e Krawulski (2011), os almejantes ao ingresso no serviço público são jovens adultos no início de carreira profissional, sendo que a maioria se encontra na faixa etária entre 23 e 35 anos, dados esses condizentes com os verificados nessa pesquisa.

Quadro 3- Distribuição dos entrevistados, de acordo com faixa etária e categoria profissional no Centro de Referência em Saúde do trabalhador-CEREST-Santos, 2017.

CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE (anos)				
	< 30	30-39	40-49	50-59	TOTAL
Médico	1	2	0	1	4
Enfermeiro	0	1	0	0	1
Assistente Social	0	0	1	0	1
Psicólogo	0	1	0	0	1
Fonoaudiólogo	0	0	0	1	1
Fisioterapeuta	1	1	0	0	2
Terapeuta Ocupacional	1	0	0	0	1
TOTAL	3	5	1	2	11

Verificou-se também a predominância de profissionais com menos de 5 anos de tempo de serviço no CEREST. Em 2012, foi implantado um projeto no CEREST Santos chamado "Lombalgia", voltado para os trabalhadores com dores lombares, o qual necessitava de profissionais da área de fisioterapia, terapia ocupacional, assistência social, reumatologia e ortopedia. Com o início deste projeto, os profissionais destas áreas foram contratados pelo regime CLT[4] (Consolidação das Leis do Trabalho). Nos anos seguintes, após o término do contrato destes profissionais, e verificando a importância de manter esse projeto funcionando, houve o ingresso de novos profissionais no CEREST por meio de concurso público, além de um profissional da área de psicologia em substituição ao que havia se aposentado anteriormente. Na ocasião da pesquisa, todos os profissionais entrevistados eram servidores púbicos municipais em regime estatutário.

[4] A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é uma lei do Brasil referente ao direito do trabalho e ao direito processual do trabalho. Ela foi criada através do Decreto-Lei n.º 5 452, de 1 de maio de 1943 e sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas durante o período do Estado Novo, entre 1937 e 1945, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil.

5.4. Sistema de Informação na Vigilância em Saúde do Trabalhador: Percepção dos Profissionais da Saúde do CEREST Santos

Na interpretação do discurso, após a transcrição e leitura das entrevistas realizadas, e na busca pela justificativa do "não" preenchimento da ficha de notificação do SINAN, foi possível verificar que os trabalhadores se sentem distantes das ações de vigilância em saúde do trabalhador. Eles se referem com frequência ao fato de atuarem mais na assistência, tratamento e reabilitação do paciente do que na prevenção dos agravos, não reconhecendo a assistência como parte das ações de promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores. É notável a necessidade dos trabalhadores do CEREST entrarem em contato com a realidade do trabalho dos pacientes em seus próprios ambientes de trabalho, componente esse fundamental no processo de educação permanente destes trabalhadores, visando a compreensão do processo de trabalho. A necessidade de gerar dados epidemiológicos também é citada pelos trabalhadores, sendo considerada uma forma de consolidação do próprio conhecimento. Uma vez compreendida a importância da informação como elemento importante da vigilância em saúde, surge a possível responsabilização em gerar os dados necessários para a organização das ações em vigilância.

A leitura e análise do material obtido nas entrevistas foram realizadas no intuito de detectar, nos discursos dos trabalhadores, as falas que se relacionavam com o entendimento de cada um em relação ao conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador, como a vigilância está inserida em seu processo de trabalho no CEREST, bem como o conceito, importância e fluxo das fichas de notificação de agravos relacionados ao trabalho no SINAN. Os discursos semelhantes foram agrupados sob os seguintes temas: (1) definição de vigilância em saúde do trabalhador; (2) a vigilância em saúde do trabalhador no meu processo de trabalho no CEREST; (3) definição de Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); (4) a diferença entre SINAN e CAT; (5) quem deve fazer o preenchimento da ficha do SINAN; (6) desafios do preenchimento da ficha SINAN; (7) formação dos profissionais de saúde para as questões da saúde dos trabalhadores.

5.4.1. Compreensão dos temas na construção do Discurso do Sujeito Coletivo

(1) Definição de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Embora a definição de vigilância em saúde do trabalhador não seja o objeto desta tese, verificamos a importância de abordar o assunto, já que o SINAN é um instrumento que permite desenvolver o perfil dos trabalhadores de determinado território, baseado em critérios epidemiológicos, para então subsidiar e orientar políticas públicas para a Saúde dos Trabalhadores. O discurso dos trabalhadores neste tema aborda o entendimento deles em relação ao conceito do que é vigilância em saúde do trabalhador, fator fundamental para a conscientização da importância das notificações de agravos relacionados ao trabalho.

(2) A Vigilância em Saúde do Trabalhador no meu Processo de Trabalho no CEREST

Para compreender melhor o entendimento sobre o conceito de vigilância em saúde do trabalhador, perguntou-se aos trabalhadores se a vigilância estava inserida em seu processo de trabalho. É uma abordagem da percepção dos trabalhadores de como eles se sentem inseridos (ou não) nas ações de vigilância em saúde do trabalhador.

(3) Definição de Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Para a compreensão dos motivos que colaboram com a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho, primeiramente faz-se necessário verificar o entendimento dos profissionais da definição e importância das fichas de notificação. Portanto, a observação do entendimento dos trabalhadores quanto ao tema estudado contribui para entender as dificuldades e possibilidades das fichas do SINAN.

(4) A Diferença entre SINAN e CAT

Neste tema foi abordado a diferença entre o SINAN e a CAT. Verificamos que este tema ainda não está claro entre os profissionais, causando muitas dúvidas a respeito do assunto. Por serem dois sistemas de notificação existentes, ambos relacionados à agravos relacionados ao

trabalho, entendemos que esse assunto deveria ser abordado também nesta tese.

(5) Quem deve Fazer o Preenchimento da Ficha do SINAN?

Durante a leitura dos discursos, observou-se que por vezes a responsabilidade do preenchimento da ficha do SINAN era deixada para o "outro", fazendo com que a mesma acabasse não sendo preenchida por "ninguém". Desta forma, este tema é importante ser abordado neste estudo.

(6) Desafios do Preenchimento da Ficha SINAN

Neste tema a abordagem é sobre os desafios no preenchimento da ficha do SINAN. Verificou-se na leitura dos discursos que ainda há muitas dificuldades no preenchimento da ficha, e que estas, por vezes, podem impedir a notificação dos agravos.

(7) Formação dos Profissionais de Saúde para as questões da Saúde dos Trabalhadores

Para a compreensão de todos os temas abordados acima, fez-se necessário também o entendimento acerca do conhecimento e educação dos profissionais de saúde do CEREST Santos em relação às questões da saúde dos trabalhadores. Verificou-se através das falas dos entrevistados, que a capacitação ocorre por meio da educação permanente em saúde, do aprendizado com a própria equipe através da troca de experiências.

5.4.2. Discurso dos Trabalhadores

(1) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema: Definição de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Eu acredito que vigilância são todas as ações que a gente desenvolve no sentido de promover a saúde da pessoa que trabalha. Eu acho que a gente tem que trabalhar mais especificamente, quando a gente fala em vigilância, com prevenção. É melhor a gente atender o trabalhador antes dele chegar aqui do que depois. Vigilância são todas as ações educativas, de diálogo, de

ações desenvolvidas nos locais de trabalho que a gente possa fazer para educar a população para a saúde do trabalhador, para que as pessoas tenham a vida profissional delas da forma mais saudável possível, com todas as condições para desenvolver o trabalho dela de forma satisfatória, evitar adoecimento, evitar afastamento. Vigilância ideal é a prevenção. Vigilância preventiva. As pessoas chegam no limite do limite, assim, para não dar mais conta mesmo. Então, de novo: onde está a prevenção? A vigilância eu acho que ela é fundamental porque ela vai ajudar nessa prevenção, nessa promoção da saúde propriamente dita. Porque para mim saúde do trabalhador não é só atuação, não é só intervenção numa patologia, num acidente que já aconteceu. E infelizmente, alguns casos de acidente não tem nem mais o que fazer, né? Então eu acho que a vigilância, ela tem um papel crucial, no diagnóstico do quadro do trabalho, das condições de trabalho em determinados locais, ou em determinados trabalhadores e para ajudar nessa formulação de políticas de prevenção, de promoção de saúde. Vigilância em saúde do trabalhador, na minha visão bem genérica, são de pessoas que vão avaliar como está o ambiente do trabalho do paciente, bem como, não só a atividade em si dele, mas o... Ao redor, o meio como ele chega, como ele sai, como ele atua dentro da empresa. A vigilância em si eu acho que a gente precisa de mais é... a parte de prevenção nas empresas. Mais vínculo com a empresa, mais é... ir a campo para descobrir o que eles fazem e ver como a gente pode ajudar. Porque ficar só no tratamento curativo e prevenção a distância, eu ainda acho pouco. A gente atende aqui os trabalhadores, a gente acaba não tendo acesso aos empregadores. Então às vezes fica, fica complicado a gente responsabilizar somente o trabalhador pela sua saúde e não, e tirar um pouco da responsabilidade do empregador e do local mesmo de trabalho. Então vigilância acho que é essa porta de acesso para não responsabilizar somente o trabalhador pelo cuidado com a sua saúde. A gente está vendo "olha está vindo muita gente de tal empresa. Será que está acontecendo alguma coisa diferente lá?" Isso eu acho que é ter essa atenção, não só com a doença, mas com o meio que envolve o paciente. Eu acho que meu trabalho é identificar o problema, mas também estar levantando essa lebre pra estar modificando alguma coisa aí que possa melhorar, né, no futuro. Eu acho que a vigilância é você conseguir identificar esses fatores e aonde a gente pode modificar. (...)não adianta a gente é... só tratar com medicamento se aquela causa vai continuar ali. Eu entendo que é a forma de você acessar os locais de trabalho e identificar tanto os fatores que poderiam aumentar ou ocasionar algum adoecimento para aqueles trabalhadores daquele local, como também você fazer essa vigilância no sentido de promoção de saúde. Acho que tanto através de denúncia, como já ocorre, mas como também através de um levantamento realmente epidemiológico, de quais são daquele ano, quais foram os principais trabalhadores afetados pela saúde. Então de que forma a gente consegue acessar aqueles locais que aqueles trabalhadores estão. Então fazer um, fazer realmente um banco de dados dos pacientes que estão sendo atendidos, dos pacientes que chegam até a saúde do trabalhador. E aí fazer essa vigilância a partir do trabalhador, a partir daquelas principais profissões que estão sendo é... que estão sendo acometidas. Acho que é um controle que tem sobre as doenças relacionadas ao trabalho. Tentar prevenir. Fazer epidemiologia, né? Local, da área, regional. Para tentar prevenir essas doenças relacionadas ao trabalho. Tratar também. Mas principalmente traçar um perfil e tentar planejar, fazer programas para prevenir essas doenças. E aí a gente consegue

atuar diretamente nos locais que tem maior ocorrência, ou se tem algum acidente grave e aí eles vão poder investigar, mas é... Eu acho que é uma forma de... de certa forma direcionar quais são os locais e quais são as pessoas que precisam de maior assistência. Por exemplo, no caso dos bancários, a gente vê quais são as condições que está gerando de alguma forma aquele adoecimento. Então, você consegue observar que, se você vai no local de trabalho, aquela condição lá, a gestão, o tipo de gestão, a forma de trabalho, está gerando esse tipo de adoecimento. O que a gente pode fazer com isso? Às vezes, não só mexendo na ergonomia, mas mexendo na organização do trabalho, na gestão de pessoas, entendeu? A organização do trabalho, o fluxo de trabalho dele, a organização que é feita, ela influencia completamente na saúde desse trabalhador. Então, conhecer essa organização, acho que organização de trabalho é... não tem como falar de saúde do trabalhador sem falar na reorganização ou da organização do trabalho. Eu não tinha esse olhar voltado da importância de fazer a inspeção que já é diferente do que é só a análise epidemiológica de identificar as causas, as mudanças que ocorrem no local de trabalho com os trabalhadores, o perfil de mudança relacionados a questões políticas, sociais e econômicas. São ações, tanto de investigação, como a gente ir no local, investigar as causas, identificar os riscos ocupacionais que faz a inspeção, como também promover ações de melhoria de qualidade de vida, tanto para o trabalhador e que estejam dentro da possibilidade do empregador também. Então eu acho que talvez o que colaborasse, contribuísse um pouquinho para minimizar isso seria esse trabalho junto às empresas para que elas próprias tivessem esse olhar de cuidar um pouco mais daquela pessoa que trabalha, né? Para evitar justamente o afastamento, evitar a doença e a própria empresa ter uma produtividade um pouco maior. Tentar simplificar o jeito como eles trabalham, para que isso não trouxesse tantas dores assim digamos, no futuro.

Ideia Central: Vigilância em saúde do trabalhador são todas as ações desenvolvidas no sentido de promover a saúde da pessoa que trabalha, para educar a população para a saúde do trabalhador, para que tenham a vida profissional da forma mais saudável possível. A vigilância contribui na formulação de políticas de prevenção, de promoção de saúde. Vigilância é a porta de acesso para não responsabilizar somente o trabalhador pelo cuidado com a sua saúde. É conseguir identificar as causas e aonde pode modificar. Traçar um perfil epidemiológico e tentar planejar, fazer programas para prevenir essas doenças. Vigilância é prevenção.

(2) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema: A Vigilância em Saúde do Trabalhador no meu Processo de Trabalho no CEREST

Então, eu não entendo muita coisa da Vigilância. A gente faz mais a parte de assistência. Na minha óptica. É atendimento ao público. Teoricamente é prevenção e tratamento. Os dois só que pela disponibilidade nossa, a prevenção tem sido muito menos do que o tratamento dos

pacientes. Prevenção também a gente faz, mas eu acho que a maior parte que eu atendo hoje, são os encaminhados da rede básica ou por conta própria, que tenham alguma doença e acham que é relacionado ao trabalho. Basicamente é isso, o tratamento, encaminhamento e encaminhamento para perícia se for necessário afastamento. É o que a gente faz aqui. Eu acho que contribuo no tratamento né? Na assistência e tentando melhorar e voltar, reabilitar o paciente, ajudar na reabilitação do paciente voltar ao trabalho. Voltar ou ter uma melhor qualidade. Eu atendo o trabalhador, eu colho a história dele, há quanto tempo ele está na função, o que ele faz exatamente na função dele, para ver a intensidade do trabalho. Então a gente pega a história dele toda, o que trabalha, o que você faz no trabalho, e eu peço para que eles me descrevam exatamente o que faz. E aí assim, a gente procura ainda entender é... como essa rotina afeta a saúde de vida e a qualidade dele. Principalmente a rotina de trabalho, que é o foco da saúde do trabalhador. O objetivo maior é a gente ter uma anamnese mais aprofundada, conhecer realmente esse paciente, seu contexto de trabalho, contexto de vida, condições socioeconômicas, para entender porque essa pessoa chegou num quadro de adoecimento e se é possível realmente a gente poder atendê-lo aqui, né? Mas isso realmente é doença ocupacional? Realmente a empresa pode ser responsabilizada? Quem que pode ser... Na verdade, eu acho que a doença ocupacional não há um responsável só. Mas, o que que a gente pode fazer com isso? Eu vejo muito mais a parte de assistência do que a parte de vigilância. Então... É até uma pergunta que eu me faço, assim, bastante: "Como é que a gente pode é... conseguir trabalhar junto?" Muitas vezes a gente pega os dados, tenta fazer uma articulação melhor para... Realmente, né? Trabalhar na questão mais preventiva, na questão mais..., mas vigilância eu me sinto bem distante assim. Por isso que eu sempre falo que, trabalhando na assistência, eu fico um pouco mais distante da prevenção. Apesar de que, na medida em que você trabalha conscientizando, orientando, tal, você previne daqui para frente, né? Não perde, né? Mas assim... é... A gente não quer que a pessoa chegue a adoecer para precisar de aqui para frente prevenir para mais tarde, né? Então eu acho que a vigilância é fundamental nesse sentido. Por que está acontecendo esse número de acidentes né? Eu não insiro tanto na vigilância até quando eu tenho... Eu faço a parte mais de denúncia, né? Eu vou direto nas denúncias e tudo, e eu acho que faço mais no bate papo aqui na..., o bate papo na sala. Na sala eu converso um por um, é... Como fazer alongamento, o trabalho, eu falo: "olha, o teu trabalho é computador. Daqui para frente vai ser sempre, cada vez mais o computador. A gente não tem escolha. Então você tem que..." E eu dou muito exemplo para eles, na prevenção de... O lutador de MMA[5]. Como é que eles conseguem? Não se quebram todos? Porque tem uma musculatura que sustenta todo o esqueleto dele. No meu dia a dia eu faço pouco. Eu faço pouco entre aspas, né? Porque como a minha atuação aqui é basicamente de intervenção, o que eu faço é, durante essa intervenção, tentar fazer é, tentar captar, é... Tentar perceber possibilidades de atuação na prevenção. Mas realmente, na prática, aqui no meu trabalho atualmente, é basicamente de intervenção. Ah, eu acho que é bastante em relação às orientações que a gente faz aos pacientes, é... do local de trabalho, da forma como eles tem que trabalhar, postura principalmente é... acessórios que podem ser utilizados para modificar

[5] MMA é a sigla para Mixed Martial Arts, ou em português, "Artes Marciais Mistas". MMA são artes marciais que incluem golpes de luta em pé e técnicas de luta no chão.

o local a fim de favorecer o local de trabalho e evitar lesão, e... essas atividades que a gente faz de educação fora também, de palestra. Eu acho que de vigilância propriamente dita de fiscalizar em local de trabalho a gente não chegou a fazer, mas... é mais em relação a educação mesmo de passar para as pessoas como é a forma mais correta para que elas possam modificar o local de trabalho. É principalmente nessa questão de a gente fazer uma intervenção com esses pacientes né? Em relação à prevenção mesmo. E de vez em quando a gente faz algumas palestras relacionadas à prevenção. Algumas orientações em locais de trabalho, que chamam a gente para ensinar algumas coisas é..., algumas atividades de é... ginástica laboral, em relação à educação mesmo no local de trabalho. Porque a gente acaba atuando pouco nessa área mais externa né? São poucas vezes que chamam a gente para participar de SIPATs e de eventos externos, então... A notificação está ligada a vigilância, mas eu também penso assim, em alguma outra medida, alguma outra atuação né? Em questão de vigilância. Aí assim, diretamente eu não tenho. Eu faço parte do acolhimento, que eu acho que o acolhimento, como ele é um contato do trabalhador que chega aqui por algum motivo, e o acolhimento é um contato multidisciplinar, eu acho que ele também é um processo de vigilância. Porque através desse contato que você também vai poder é... Diagnosticar entre aspas né? Algumas possibilidades também. Além da conversa para diagnosticar ali o que vem trazendo o paciente, a gente entende um pouquinho da rotina dele e tenta passar algumas orientações também. Orientações psicológicas, orientações previdenciárias, as orientações de postura quando da participação da fisioterapeuta ou da terapeuta ocupacional. Todas as orientações que a gente possa estar passando para que ele tenha uma rotina de trabalho melhor e mais saudável. Ah, orientações. Para prevenir.

Ideia Central: Eu vejo muito mais a parte de assistência do que a parte de vigilância. Eu me sinto distante da vigilância. Trabalhando na assistência, eu fico um pouco mais distante da prevenção. A minha atuação aqui é basicamente de intervenção. No meu dia a dia eu faço pouco a vigilância. Eu atendo o trabalhador, eu colho a história dele, há quanto tempo ele está na função, o que ele faz exatamente na função dele, para ver a intensidade do trabalho. Como essa rotina afeta a saúde de vida e a qualidade dele. Principalmente a rotina de trabalho, que é o foco da saúde do trabalhador. Todas as orientações que a gente possa estar passando para que ele tenha uma rotina de trabalho melhor e mais saudável.

(3) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema: Definição de Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

A notificação é as doenças ocupacionais que estão listadas no SINAN, de obrigação pela portaria ministerial, que eu não lembro o número! É uma ficha que a gente faz de notificação compulsória, né? De doenças relacionadas ao trabalho, quando há um nexo causal importante

assim, um nexo causal bem, bem determinado assim, entre a patologia que o paciente está apresentando e realmente o que está acontecendo. Para mim, a notificação seria mostrar, colocar para os órgãos competentes, tanto dentro da Prefeitura, como até em nível Federal, né? Colocar a presença, a ocorrência de uma patologia. E a ocorrência, tá? De uma maneira, mostrando que olha, essa patologia existe, ela está acontecendo significativamente, então em decorrência disto a gente tem que provocar uma reação. Quer dizer, uma política de prevenção, uma política de cuidado, alguma política de saúde voltada para esse tipo de trabalhador com esse tipo de patologia. Acho muito importante. Eu acho que é pela notificação que os outros órgãos da saúde, os órgãos gestores, entre aspas, os órgãos que formulam essas políticas públicas, é a partir destas notificações que eles vão saber que esta patologia existe, que ela, em determinada região, tem uma incidência importante (...). Porque a notificação seria, digamos assim, o elo entre a assistência e a formulação das políticas de prevenção, de promoção de saúde. É mais um controle do que a gente tem feito. Nessa pessoa eu identifiquei que ela precisa de uma demanda tal. Então eu preciso registrar isso mais para números mesmo. Fazer o levantamento epidemiológico e identificar quais as ocupações correm mais riscos e o tipo de adoecimento para promover estratégias de ação de saúde pública nessa população alvo. De promoção e prevenção. Mas para mim é uma base de dados onde a gente tem uma, onde todas as notificações são alimentadas para esse, para esse... É, é. Para um estudo epidemiológico assim né? Acho que é a partir daí que a gente consegue ter todo esse olhar que a gente fala né? Então, através da notificação a gente consegue é... saber mais sobre as pessoas que são pacientes daqui que tem doenças relacionadas ao trabalho, nos acidentes de trabalho no caso dos fiscais, é... E aí a gente consegue atuar diretamente nos locais que tem maior ocorrência, ou se tem algum acidente grave e aí eles vão poder investigar, mas é... Eu acho que é uma forma de... de certa forma direcionar quais são os locais e quais são as pessoas que precisam de maior assistência. Mas é uma coleta de dados acho que suficiente para a gente colher os dados em relação à profissão, ao local de trabalho, né? Se aquele trabalhador, aquela pessoa chegou aqui na saúde do trabalhador, é porque algo aconteceu com ela. Então, a gente faz as notificações em relação ao local de trabalho também. É, talvez esse seja já um meio para nortear quais locais tem mais é... ocorrências de lesão em decorrência do trabalho.

Ideia Central: É uma ficha que a gente faz de notificação compulsória de doenças relacionadas ao trabalho. Eu acho que é pela notificação que os outros órgãos da saúde, os órgãos gestores, os órgãos que formulam essas políticas públicas, é a partir destas notificações que eles vão saber que esta patologia existe, que ela, em determinada região, tem uma incidência importante. É o elo entre a assistência e a formulação das políticas de prevenção, de promoção de saúde. Fazer o levantamento epidemiológico e identificar quais as ocupações correm mais riscos e o tipo de adoecimento para promover estratégias de ação de saúde pública nessa população alvo. Eu acho que é uma forma de direcionar quais são os locais e quais são as pessoas que precisam de maior assistência.

(4) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema: A Diferença entre SINAN e CAT

Não sei a diferença entre SINAN e CAT. Não sei te dizer. Acho que a CAT para mim seria algo mais agudo, assim, não sei, e o SINAN talvez, algo mais crônico. Pensaria dessa forma. CAT é acidente de trabalho né? Notificação. Comunicado de acidente de trabalho. A CAT na realidade é a Comunicação de Acidente de Trabalho, onde todo trabalhador que passa um agravo ele tem direito de estar se beneficiando disso. E o SINAN na verdade é uma base de dados, onde você registra isso, né? É isso? É o que eu entendo. Acidente de trabalho é mais na CAT. Agora a notificação nossa a gente faz com os casos que chegam até aqui, que não são acidentes de trabalho. A CAT só acidente de trabalho. A CAT eu acredito que seja um documento que vá para o INSS para avisar quando existe um acidente de trabalho a fim de tomar alguma providência talvez, judicial, pra mesmo é... avisar que aquele local existe um acidente para poder ser fiscalizado ou analisado a causa do acidente, para poder evitar que seja reincidente. E a notificação eu acredito que vá para um outro dado, não sei se para uma análise diferente, mas eu acho que a notificação acontece talvez depois do CAT. Eu não sei muito bem a... Eu não sei se está certo a diferença, mas é o que eu entendi pelo que é feito. A CAT é o Comunicado de Acidente de Trabalho, e o SINAN é o Sistema de... onde a gente acessa as notificações. Na prática, não necessariamente todos os dados que vão para o SINAN tem que ter abertura de CAT. Imagino eu, não sei se isso é o certo. Mas abertura de CAT vem muito pelo acidente que o trabalhador sofreu no local de trabalho ou no percurso de trabalho. Ou também, dependendo do adoecimento que foi a longo prazo. Então, não necessariamente todo aquele adoecimento do trabalho tem que ter a necessidade de abertura de CAT. A CAT ela é um instrumento, uma comunicação de acidente de trabalho para o INSS, né? O INSS ele é notificado sobre os acidentes ou os casos de doença ocupacional através da CAT e essa CAT ela é feita para garantir alguns direitos para o trabalhador. Como é a questão da estabilidade no retorno pro trabalho, o pagamento de alguns benefícios como o fundo de garantia no período de afastamento. Então é para resguardar alguns direitos do trabalhador e ela é para informação da Previdência Social. O SINAN seria mais para o Ministério da Saúde mesmo.

Ideia Central: Não sei a diferença entre SINAN e CAT. A CAT na realidade é a Comunicação de Acidente de Trabalho, onde todo trabalhador que passa um agravo ele tem direito de estar se beneficiando disso. Acidente de trabalho é mais na CAT. Agora a notificação nossa a gente faz com os casos que chegam até aqui, que não são acidentes de trabalho. Na prática, não necessariamente todos os dados que vão para o SINAN tem que ter abertura de CAT. O INSS ele é notificado sobre os acidentes ou os casos de doença ocupacional através da CAT e essa CAT ela é feita para garantir alguns direitos para o trabalhador. O SINAN seria mais para o Ministério da Saúde mesmo.

(5) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema: Quem deve Fazer o Preenchimento da Ficha do SINAN?

Eu nunca preenchi uma ficha do SINAN. Preenchi duas vezes. Só. Duas vezes. Só de epidemiológica. De epidemiológica, de notificação, de doença sim. De doenças infecciosas. Mas de doença do trabalho não preenchi. Em geral já vem notificado para mim, porque o paciente passa antes com a médica do trabalho, né? O médico da empresa deveria preencher a notificação. A notificação, o pessoal da saúde que está atendendo e a empresa também. Porque tem muita coisa que não é notificada. Eu tinha que fazer. Eu tinha que fazer. Eu deveria fazer notificação de tudo. Mas... Alguém está fazendo porque eu vejo que está notificado. Entendeu? Então eu acho que tenho alguém... Meu anjo da guarda aqui, que eu acho que é a Margarida. Não sei se a... quem que está fazendo. Mas quando eu peço CAT aparece lá a folha de notificação. Então eu falei: "nossa! Deus existe! Alguém notificou. E... está sendo feita." Eu tenho visto mais notificações. Por isso estou te falando, alguém está notificando! Por que as coisas não são notificadas? Porque todo mundo tem preguiça. Em algum momento tem a preguiça. Não estou falando a preguiça porque a pessoa não está fazendo nada. Às vezes a pessoa está fazendo outras milhões de coisas e ela fala "vou fazer isso mais tarde", e isso vai se perdendo. Não, eu faço isso quando o paciente voltar que eu vou fechar o diagnóstico, faço isso... e a gente vai... isso falando de, não só das relacionadas ao trabalho. (...) na hora que você tem que pegar uma folha, achar onde ela está, ela está dentro de uma pasta não sei aonde, agora vamos pôr o CID, esse CID entra? Esse CID não entra? Então eu acho que isso tudo dificulta sim. Acho que é uma cultura, acho que não... É outro profissional que tem que fazer, né? É o médico que tem que dar o CID. Ah, é no acolhimento? Mas no acolhimento a gente não tem todos os dados. Então a gente acaba jogando para outro profissional a responsabilidade que é de qualquer profissional que atende na área. Então talvez fazer parte da, realmente do fluxo de atendimento do paciente. Aquele paciente só vai ser atendido a partir do momento que aquele profissional, num primeiro atendimento já é feito a notificação. Ou então se preenche a primeira parte das informações da ficha, a partir do primeiro atendimento começa a se preencher o resto. Então fazer parte do fluxo o preenchimento desta notificação. A equipe assistencial, em especialmente a categoria médica, eles não dão muita importância à notificação. Eles não conseguem visualizar o que é alcançado através do levantamento epidemiológico, o que se pode fazer. Acho que é o olhar amplo, do ser, e também a produtividade que eles pensam no atendimento rápido. Na verdade, assim, eu acho que o principal é o atendimento rápido. Não está visado no ser integral, só no mais físico, a queixa do paciente principal. Mas não o histórico do paciente. A gente fica em torno de 1 hora com o paciente no acolhimento, eu não consigo, EU, não consigo ter tempo de fazer a notificação nesse período. As meninas eu acho que uma vez ou outra elas conseguem fazer. É... então eu me distanciei da notificação. Agora com a retomada dos estagiários, vou de novo fazer uma, uma revisão em todos os prontuários para ver se tem algum, algum faltando assim, na parte de saúde mental. Então, às vezes até o olhar passa desapercebido. Às vezes você está envolvido

no atendimento com outras queixas, e às vezes até uma fala passa desapercebido, que o outro às vezes lendo o prontuário ou atendendo de outra forma, por outra queixa, talvez tenha um outro olhar. Porque eu acho que a expectativa que a gente tinha, é de que, já que eles falam que não tem tempo, para pegar e preencher, conhecer o paciente, tal, então vamos fazer esse trabalho para aquele que atende, que é a porta de entrada aqui, o médico do trabalho e depois os outros profissionais. Então o que a gente tem feito aqui, até para a gente otimizar e também ampliar esse número aí de pessoas utilizando isso aí, é, eu tenho utilizado do, da mão de obra dos estagiários. E é bacana porque assim eu multiplico o número de pessoas que tomam conhecimento desse instrumento. Então, enquanto eles estão fazendo alguma triagem, alguma coisa, eu estou com eles ali explicando cada um e monitorando cada notificação que é feita. E aí é discutido também. Uma forma bastante bacana de a gente estar compreendendo melhor e submetendo a importância da notificação. Tem os casos que são notificados, mas que ainda tem uma subnotificação. Não são todos os casos que são notificados dentro da sessão. Eu acho que com o acolhimento, quando a gente passou a fazer, aumentou um pouco esse número de notificação, e as notificações são, acho que um, uma principal base de coletas de dados aí, que a gente pode ter um perfil dos adoecidos, com idade, com profissão, com tipo de adoecimento. Eu acho que falta um pouquinho da sensibilidade de todos os profissionais envolvidos nessa questão da notificação, em especial dos médicos. Eu acho que o atendimento deles é a porta principal mesmo, e como a doença, o nexo, ele é principalmente apontado pelo profissional de medicina, eu acho que eles deveriam ter um mecanismo melhor aí para estimular essas notificações, né? Hoje acho que a gente já faz um pouco mais no acolhimento, mas eu acho que em alguns casos, os profissionais que estão no acolhimento, às vezes se colocam, ficam em dúvida sobre notificar ou não notificar aquele caso. Eu acho que talvez, se a gente tivesse a oportunidade de o tempo todo estar com o médico do trabalho do lado para realmente esclarecer essa dúvida: "Oh, é passível de notificação ou não". Eu acho que em alguns casos ainda falha isso. Melhorou bastante, depois do acolhimento, mas acho que ainda falha um pouco. Qualquer suspeita? Então, basicamente, entrou aqui vai ter uma notificação! Todas! Frente e verso. Eu vou, eu vou notificar. Eu vou notificar, porque agora ficou gravado que eu notifico. Eu vou notificar, sempre que tiver eu peço a folhinha.

Ideia Central: Eu nunca preenchi uma ficha do SINAN. Em geral já vem notificado para mim, porque o paciente passa antes com a médica do trabalho. Eu tinha que fazer. Eu deveria fazer notificação de tudo. Não sei quem que está fazendo. Por que as coisas não são notificadas? Porque todo mundo tem preguiça. É outro profissional que tem que fazer, né? Então a gente acaba jogando para outro profissional a responsabilidade que é de qualquer profissional que atende na área. A equipe assistencial, em especialmente a categoria médica, eles não dão muita importância à notificação. Eu acho que falta um pouquinho da sensibilidade de todos os profissionais envolvidos nessa questão da notificação, em especial dos médicos.

(6) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema: Desafios do Preenchimento da Ficha SINAN

Nossa, deixa eu lembrar Fabíola, da ficha... Nossa, é tanto papel que eu preencho... É... Eu acho que não teve nada que me chamou atenção porque não a choquei... Vai o nome de quem preencheu, né? O nome do responsável pelo preenchimento da ficha. Ela é extensa e eu acho meio redundante também. Tem certos campos que a gente não tem o que colocar, fica... incompleta. Talvez, se fosse algo mais prático. Impedir eu acho que não. Ela dificulta. Eu estou habituada a preencher, então para mim é fácil, mas os profissionais eles se queixam que é difícil, porque tem uns campos que não tem necessidade que eles têm dificuldade de preencher. Acho que o preenchimento em si não é o problema. A primeira parte da folha acho que é útil para a gente ter esse banco de dados. A segunda parte ele acaba sendo é... Sendo preenchido de forma negligenciada, porque você não tem aquele dado suficiente para justificar aquela, aquele campo que você está preenchendo. Então eu acho que aquela segunda parte da folha, que você tem os dados do paciente em si, não é, não é real o preenchimento daquela parte lá. Mas a primeira parte da informação do trabalhador, do tempo de trabalho, quando aconteceu, você consegue ter em um único atendimento, mas a segunda parte não. É difícil... Eu acho que é assim... A grande dúvida é que muitos campos você acaba deixando em branco. E aí você fica, "mas o que eu vou colocar aqui?". E isso é uma dificuldade de colocar o NA. Será que alguém vai preencher ela mais tarde? O que é errado! Porque a gente deveria preencher todos os campos. É uma ficha demorada de preencher, grande, pouco funcional. Alguns itens eu acho que são mais complicados de preencher, principalmente se você não está com a pessoa e não dá para perguntar. É, tem muitas informações específicas, mas, é... acho que a principal dificuldade que a gente tinha no início era quando, a gente preenchia a ficha no acolhimento e aí às vezes não vinha com o diagnóstico médico e eles pedem o CID na ficha. Aí ficava uma coisa para ser preenchida depois, ficava o item pendente, a gente tinha que depois pedir para o médico completar. Algumas coisas a gente não sabe. "Existem outras pessoas no setor com a mesma patologia?" Isso eu não sei. Então... Então algumas coisas vai com "não sei". É, não... Estaria no meu alcance se eu lembrasse de perguntar para a pessoa que está na minha frente: "Tem mais alguém com a mesma coisa?" Só que normalmente eu não lembro, quando eu vou ver a ficha ela não está mais na minha frente. Entendeu? Então eu falo: "Ah, não perguntei se tem gente... Se tem mais alguém, entendeu?" Acho que tinha de alguma forma facilitar. Porque infelizmente a gente vê que dificilmente as pessoas tem paciência para ler, paciência para... Por exemplo, ocupação. É... tem algumas ocupações que constam no CBO que não constam na relação SINAN. E aí eles falam dessa dificuldade. Como por exemplo também códigos, que às vezes nem é na verdade tão obrigatório preencher. Isso é mais fácil de ser resolvido. Mas isso acaba criando dificuldade para eles. É complicado, porque muitas coisas de lá não estão atualizadas, como por exemplo, a ocupação do paciente. É, num caso recente, eu atendi um analisador de concreto. Não existe essa profissão no CBO. Agora informações em relação ao próprio trabalhador, ao paciente em si, é muito superficial para você conseguir dizer se ele está com incapacidade temporária ou incapacidade permanente, se

ele vai ter cura, se não vai, para você fazer isso em um atendimento só. Ah, eu acho ele muito burocrático. Muito burocrático, é... Exige alguns dados de empresa, por exemplo, que normalmente os pacientes que eu pego, como a maioria vem do AMBESP, eles não trazem nenhum tipo de documento. Aí eu tento pegar na hora, porque eu já tentei fazer isso, marcar um dia, um horário para eles virem, e eles não vieram, tá? Então depois que isso aconteceu, eu tento pegar o máximo que eu consigo, mas fica incompleta, pelo o que está ali, tá? E a minha grande questão é a condição de se colocar o CID, sendo que lá está escrito, a orientação que eu tenho, é que olha, é notificação de suspeita, mas se você coloca um CID, você não está mais colocando suspeita. Você está determinando que é aquela patologia. Então para mim, isso também é uma notificação que é meio incoerente. Ou é suspeita, você põe hipótese diagnóstica. Agora, se você tem que colocar um CID, você já está dizendo, você já tem um diagnóstico. Então você já deu o nexo causal, já deu tudo. Eu acho que deveria ser mais simplificado apesar de que todas as informações ali que são exigidas são importantes, mas de alguma forma é... Fica muito confuso assim! Eu mesma que trabalho com ele já há algum tempo, é... São muitos códigos, muitas vezes não fica claro qual o objetivo daquela pergunta. Às vezes fica confuso, "ah, mas será que está querendo saber isso ou aquilo", né? "Ah, mas isso aqui eu já não preenchi nesse dado? Não preenchi no outro?" Sabe? São coisas assim, que acabam confundindo mesmo. Fica meio perdido. Várias vezes eu tenho que consultar um outro profissional: "isso aqui? Isso aqui mesmo?" Né? É... e outra! Não só confusão... falta de compreensão minha mesmo em respeito daquilo, mas você vê que é entre profissionais também. Né? É, várias notificações que a gente encaminha, para o setor onde vai ser realmente repassado os dados, muitas vezes chega discordando de algum tipo de conteúdo que foi colocado. E é complicado assim! Eu vejo que toda vez que a gente vai para algum tipo de notificação nessa área, é cheio de polêmica assim. Sabe? E todo mundo realmente bate o pé. Essa questão tem que ser revista, a gente tem que encontrar uma forma que facilite o profissional, e desperte o interesse do profissional em realmente reconhecer esse instrumento como instrumento importante. Assim, né? Como vigilância também. Eu acho que falta um protocolo para que as pessoas consigam utilizar de uma forma mais fácil, mais tranquila. Acho que tem muitos, muitas é... Como eu posso falar? Assim, as pessoas têm dificuldade de compreender, tem medo muitas vezes de preencher... Eu acho que são necessários mas é que os profissionais, na verdade, também não estão envolvidos quanto à importância dos campos. Tem campos da ficha que também não está preenchido e que acredito que eles deveriam ser mais instigados é... orientados com relação à importância do preenchimento daquele campo. Porque às vezes a falta daquela informação dificulta você fazer o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho.

Ideia Central: Ela é extensa e eu acho meio redundante também. Talvez, se fosse algo mais prático. Ela dificulta. A primeira parte da folha acho que é útil para a gente ter esse banco de dados. A segunda parte ele acaba sendo preenchido de forma negligenciada, porque você não tem aquele dado suficiente para justificar aquela, aquele campo que você está preenchendo. A

grande dúvida é que muitos campos você acaba deixando em branco. É uma ficha demorada de preencher, grande, pouco funcional. É complicado, porque muitas coisas de lá não estão atualizadas, como por exemplo, a ocupação do paciente. Essa questão tem que ser revista, a gente tem que encontrar uma forma que facilite o profissional, e desperte o interesse do profissional em realmente reconhecer esse instrumento como instrumento importante. Porque às vezes a falta daquela informação dificulta você fazer o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho.

(7) Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema: Formação dos Profissionais de Saúde para as questões da Saúde dos Trabalhadores

Eu não tinha ideia do que era a saúde do trabalhador. Nem estágio na faculdade, nada assim. Não conhecia como era o serviço. Bem pouquíssimo na faculdade, quase nada. Do que é a atuação da saúde do trabalhador mesmo eu não tinha ideia. Então eu acho que aprendi na área mesmo. Eu nunca tinha tido contato. Não foi algo planejado, não era uma área que eu tinha experiência, porque a saúde do trabalhador aqui ela abrange todo tipo de situação, de espaço físico, de atuação. Eu fui, você vai entrando você vai descobrindo cada vez mais, e mais, e mais, e essas coisas de como tratar do trabalhador e como você consegue promover saúde. Eu não tinha essa visão da saúde do trabalhador como uma forma de prevenção. Mas assim, parte específica de saúde do trabalhador, é... Eu participei de algumas atividades, algumas orientações foram me dadas aqui mesmo, através da chefia, através do grupo, equipe, e alguns cursos que a gente veio fazendo assim, né? Não sei também se é curso, mas alguns congressos, algumas coisas e leituras, né? Material didático assim mais por conta própria. Porque pra gente, pra gente como médico, isso não é matéria né? Não, não tive nenhuma capacitação específica para a saúde do trabalhador. Eu tive que buscar por meios próprios. Eu fui buscando por conta. Um treinamento específico para a seção, não. Foi passado através dos colegas de trabalho, da minha chefia, algumas coisas eu fui procurar também, pesquisei, e alguns cursos, alguns seminários que eu participei. Mas eu ainda preciso me aperfeiçoar mais. Não teve treinamento. Ah, acho que na relação com os colegas de trabalho, realmente no trabalho. Orientações da chefia também. Espontânea. A gente foi correr atrás para ver o que mais poderia oferecer além do que eu tinha na prática. É, foi dado, além de alguma formação acadêmica que eu tive muito genérica sobre esse assunto, teve alguma explicação quando a gente começou aqui é... além de algum treinamento que foi feito, mas mais na conversa com outros profissionais. As profissionais que estavam antes explicaram como que era o funcionamento, como que eram os atendimentos aqui que eram feitos. Então, eu acho que esse aprendizado que você tem constante, vendo as outras áreas que eu não tinha realmente esse contato, é interessante e sim... Eu lembro que nas primeiras semanas eu sentei com o

médico do trabalho e falei assim: "oh, me explica porque eu não entendo isso". Falei assim: "o que que eu vou dizer então?". Porque para mim, se você que chegasse para mim você já não era do trabalho. Porque você tem uma doença estrutural, que não foi o trabalho muitas vezes que... que te... Diferente da pessoa que ter tido um trauma importante, ter tido um né? Então isso, realmente foram os médicos do trabalho que eu conversei várias vezes e me explicaram como funcionava e até como funcionava a parte de... como eles tem uma vivência maior, a parte de perícia e tudo mais, que eu não tinha essa vivência. Eu fazia relatório mas não sabia a parte do outro lado da história, né? E foram eles mesmos que, talvez por serem até mais antigos, né, aqui no setor, que me explicaram.

Ideia Central: Eu não tinha ideia do que era a saúde do trabalhador. Eu não tinha essa visão da saúde do trabalhador como uma forma de prevenção. Não tive nenhuma capacitação específica para a saúde do trabalhador. Eu tive que buscar por meios próprios. Foi passado através dos colegas de trabalho. Eu acho que esse aprendizado que você tem constante.

6. DISCUSSÃO

As abordagens que foram colocadas para discussão dizem respeito a três grandes temáticas nesta dissertação: (1) a compreensão sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador, em seu aspecto conceitual e compromisso dos profissionais com esta área, (2) o significado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, para os profissionais do CEREST-Santos, como um instrumento na Vigilância em Saúde do Trabalhador, e (3) a formação dos profissionais de saúde do CEREST-Santos em saúde dos trabalhadores. A discussão toma por base o Discurso do Sujeito Coletivo construído como parte metodológica que possibilitou entender a problemática proposta na pesquisa.

(1) *A Vigilância em Saúde do Trabalhador e a inclusão no Processo de Trabalho dos Profissionais do CEREST*

Ao analisar os discursos abordados sobre essa temática, observa-se que os trabalhadores se apropriam de um conhecimento parcial sobre o conceito de vigilância em saúde do trabalhador, ao definirem a VISAT como ações educativas voltadas à saúde dos trabalhadores, prevenção e a intervenção nos ambientes de trabalho. Entende-se como parcial pois a conceituação de vigilância em saúde do trabalhador é mais ampla do que as referidas pelos profissionais em entrevista.

A análise desenvolvida, a partir do discurso dos trabalhadores, verifica a ênfase da prevenção no conceito da VISAT, na intervenção dos ambientes de trabalho como forma de evitar o adoecimento dos trabalhadores, evidenciados, por exemplo, no seguinte discurso:

"Eu acho que a gente tem que trabalhar mais especificamente, quando a gente fala em vigilância, com prevenção. É melhor a gente atender o trabalhador antes dele chegar aqui do que depois. (...) não adianta é... só tratar com medicamento se aquela causa vai continuar ali." (DSC – Profissionais do SEVREST)

As ações de vigilância permitem ir além do trabalhador adoecido, ou seja, conhecer seu ambiente de trabalho e detectar as condições que determinam os agravos à saúde. Os trabalhadores e as trabalhadoras do CEREST Santos indicam, nas entrevistas, que compreendem, no geral, o alcance destas ações, pois demostraram nos discursos a importância da intervenção na relação trabalho-saúde como forma de abranger os trabalhadores no coletivo, e não atuar somente na assistência do paciente já adoecido.

Relatam também, em seus discursos, o entendimento de que não são somente as condições físicas dos ambientes de trabalho que podem causar o adoecimento dos trabalhadores, mas como a organização do trabalho também pode influenciar na sua saúde, e como a vigilância pode intervir neste aspecto:

"A organização do trabalho, o fluxo de trabalho dele, a organização que é feita, ela influencia completamente na saúde desse trabalhador. Então, conhecer essa organização, acho que organização de trabalho é... não tem como falar de saúde do trabalhador sem falar na reorganização ou da organização do trabalho." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Abrahão e Torres (2004) explicam que com as mudanças no mundo do trabalho, os trabalhadores são forçados a desenvolver novas competências, novas formas de executar e organizar o trabalho, responder demandas, solucionar problemas e tomar decisões sob pressão temporal.

> A organização do trabalho influencia o planejamento, a execução e a avaliação, permeando todas as etapas do processo produtivo. Ela prescreve normas e parâmetros que determinam quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando e com que equipamentos/instrumentos; em que tempo, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, enfim, a organização do trabalho constitui a "viga central" da produção. (ABRAHÃO e TORRES, 2004, p. 68)

Entretanto, mesmo entendendo o papel da vigilância como forma de intervir nos ambientes de trabalho, os trabalhadores do CEREST Santos ainda permanecem com uma visão individualista de prevenção. Nos discursos, ao descreverem como a vigilância em saúde do trabalhador está inserida em seu processo de trabalho, eles relataram situações individualistas, centrada somente no paciente em atendimento, oposto do que é proposto na vigilância, com ações dirigidas para melhorar a saúde e bem-estar coletivo, buscando conhecer e intervir nas relações trabalho-saúde-doença. As orientações são passadas aos pacientes sem o conhecimento das demandas e da organização do trabalho, permanecendo a visão individual de prevenção centrada no homem, sem alcance no coletivo pois não intervém no local de trabalho.

"Ah, eu acho que é bastante em relação às orientações que a gente faz aos pacientes, é... do local de trabalho, da forma como eles tem que trabalhar, postura principalmente é... acessórios que podem ser utilizados para modificar o local a fim de favorecer o local de trabalho e evitar lesão, e... essas atividades que a gente faz de educação fora também, de palestra." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Embora se apresente, no geral, a visão individual sobre a ação da vigilância, desponta entre algumas falas a perspectiva coletiva da intervenção, a vigilância vai além da doença, saindo do âmbito assistencialista individual, e compreendendo os aspectos causadores e/ou motivadores do adoecimento: *"(...) é ter essa atenção, não só com a doença, mas com o meio que envolve o paciente (...) Eu acho que a vigilância é você conseguir identificar esses fatores e aonde a gente pode modificar"* (DSC – Profissionais do SEVREST).

Apesar da referência ao "*meio que envolve o paciente"* ser um apontamento mais amplo da determinação do processo saúde-doença, o fato de referir que existem outros elementos, no caso o meio provavelmente do trabalho, que concorrem para o aparecimento dos agravos em saúde, demonstra compreensão do papel do profissional além do atendimento à doença. Da mesma forma Assunção e Lima (2003) relatam que, a saúde ultrapassa a concepção de ausência de doenças, abrangendo também os aspectos econômicos e sociais dos trabalhadores. Os autores referem-se à organização do trabalho, a qual pode diminuir as possibilidades do trabalhador para evitar a exposição ao fator de risco, ao ser imposto um prazo curto para a realização das tarefas ou negligenciar o investimento dos trabalhadores para compensar os desequilíbrios das situações. Ribeiro (2013) destaca ainda que:

> Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde, superar o modelo centrado na atenção à demanda espontânea e de atendimentos a doentes, para incluir e priorizar ações de prevenção da exposição e agravos e de promoção da saúde, implica tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando

> a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os efeitos (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as causas (condições de vida, trabalho e lazer) (RIBEIRO, 2013, p. 167).

Neste aspecto do alcance da vigilância em saúde do trabalhador como um instrumento de promoção de saúde coletiva no ambiente de trabalho, compreende-se então que a fala dos profissionais do CEREST, apesar de entender a vigilância, partem de uma experiência individual a partir da assistência aos usuários do serviço.

Outra questão que ganha importância no discurso dos trabalhadores do CEREST, se refere à obtenção de dados epidemiológicos para nortear as ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, indo de encontro com a definição de Wunsch Filho et al. (1993) de que a vigilância é informação para ação, destacado nas seguintes falas:

"Olha, está vindo muita gente de tal empresa. Será que está acontecendo alguma coisa diferente lá? (...), mas como também através de um levantamento realmente epidemiológico, de quais são daquele ano, quais foram os principais trabalhadores afetados pela saúde. (...), mas principalmente traçar um perfil e tentar planejar, fazer programas para prevenir essas doenças." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Sobre esse contexto, podemos considerar que há o entendimento de que o conhecimento dos dados epidemiológicos é importante para a VISAT, subsidiando as ações de intervenção nos ambientes de trabalho, explicado também por Mendes et al. (1993), ao dizer que a vigilância em saúde não é uma mera produção de informação, mas fundamentalmente, é a intervenção sobre determinantes e condicionantes de problemas de enfrentamento contínuo, os quais são escolhidos pelo impacto causado em determinados grupos e pela possibilidade de intervir sobre eles.

Entretanto, nota-se nas falas dos trabalhadores do CEREST Santos, que ainda há uma dicotomia entre a assistência e vigilância. Apesar de demonstrarem que há o entendimento da importância na identificação dos agravos para a definição de estratégia nas ações de vigilância, há também o relato de se sentirem distantes da vigilância pelo fato de atuarem na área da assistência. Entendem que as ações de vigilância ficam a cargo somente dos fiscais de saúde pública, por estes atuarem diretamente nas fiscalizações dos ambientes de trabalho, diminuindo assim o conceito de VISAT, o qual é entendido como um processo que articula saberes e práticas de controle sanitário, visando a promoção, a proteção e a assistência à saúde daqueles

que trabalham (MACHADO, 2013). Para Machado (2013), é pressuposto da ação de vigilância o controle da exposição / sujeição na perspectiva de prevenir agravos à saúde dos trabalhadores, manifestos por sofrimento, exigência, alteração biológica, dano, desgaste, doença, lesão ou acidente.

"Eu vejo muito mais a parte de assistência do que a parte de vigilância. Então... É até uma pergunta que eu me faço, assim, bastante: 'Como é que a gente pode é... conseguir trabalhar junto?' Muitas vezes a gente pega os dados, tenta fazer uma articulação melhor para... realmente, né? Trabalhar na questão mais preventiva, na questão mais..., mas vigilância eu me sinto bem distante assim." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Sob o mesmo ponto de vista, Machado (2013) afirma que na prática, e para que haja ênfase nas ações de prevenção e promoção, costuma-se separar vigilância de assistência do ponto de vista da gestão da saúde como atividades distintas. Os profissionais que atuam na área da assistência, não se sentem inseridos nas ações de vigilância, apesar da assistência ser fonte de informações para posterior investigação nos nexos entre processos de trabalho e saúde.

(2) *Definição e entendimento sobre o SINAN, dificuldades e responsabilidades acerca do preenchimento da ficha de notificação*

Essa temática aborda, a partir dos discursos dos profissionais do CEREST Santos, o entendimento sobre a ficha de notificação do SINAN, suas dificuldades no preenchimento e ainda a dúvida em relação a quem deve realizar o preenchimento da ficha.

O estudo apresenta que os profissionais demonstram compreensão em relação à definição da ficha de notificação do SINAN. O discurso expressa que há o entendimento que a ficha de notificação do SINAN é um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde e definir as prioridades de intervenção. Mota e Carvalho (2003) esclarecem que na atenção à saúde, as informações são imprescindíveis tanto no atendimento individual dos usuários como na abordagem dos problemas coletivos, utilizando-se desse conhecimento para gerar assistência à população e formular políticas e programas de prevenção e promoção à saúde.

"Então, através da notificação a gente consegue é... saber mais sobre as pessoas que são pacientes daqui que tem doenças relacionadas ao trabalho, nos acidentes de trabalho no

caso dos fiscais, é... E aí a gente consegue atuar diretamente nos locais que tem maior ocorrência, ou se tem algum acidente grave e aí eles vão poder investigar." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Porém, nas falas ainda é notável a confusão existente entre o SINAN e a CAT. Compreendem que a CAT seria utilizada especificamente para os acidentes de trabalho e o SINAN para os casos de doenças relacionadas ao trabalho. Salientamos que ambos os sistemas são utilizados para ambos os casos, ou seja, tanto a CAT quanto o SINAN são utilizados para registrar os casos de doenças e de acidentes de trabalho. Demonstram o entendimento de que o SINAN é o sistema utilizado pelo Ministério da Saúde enquanto a CAT é o sistema utilizado pela Previdência Social.

Entretanto observou-se também que há o entendimento de que as notificações deveriam ser utilizadas por órgãos competentes na formulação de políticas públicas, excluindo das falas o CEREST como órgão responsável pela utilização dessas informações e viabilizador dessas políticas públicas.

"Eu acho que é pela notificação que os outros órgãos da saúde, os órgãos gestores, entre aspas, os órgãos que formulam essas políticas públicas, é a partir destas notificações que eles vão saber que esta patologia existe, que ela, em determinada região, tem uma incidência importante." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Para DIAS e HOEFEL (2005), estão entre as atribuições dos CERESTs: recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância. Sob o mesmo ponto de vista, a PNSST afirma que cabe ainda ao CEREST atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2012).

Em relação à responsabilidade sobre o preenchimento da ficha de notificação do SINAN, demonstram em suas falas que por vezes deixam para o "outro" preencher motivados por vários fatores apresentados, como o fato de preencher mais um papel, o fato de ser um preenchimento demorado com muitos campos que acabam sendo deixados em branco, ou até mesmo pelo fato de "deixar para depois" e acabar por não fazer. Outro aspecto observado é que devido ao fato de qualquer profissional poder realizar o preenchimento, e não ser determinado

em que momento a notificação deva ser feita, favoreça a questão de “deixar para que alguém faça”.

“Por que as coisas não são notificadas? Porque todo mundo tem preguiça. Em algum momento tem a preguiça. Não estou falando a preguiça porque a pessoa não está fazendo nada. Às vezes a pessoa está fazendo outras milhões de coisas e ela fala ‘vou fazer isso mais tarde’, e isso vai se perdendo. Não, eu faço isso quando o paciente voltar que eu vou fechar o diagnóstico, faço isso... e a gente vai... isso falando de, não só das relacionadas ao trabalho. (...) na hora que você tem que pegar uma folha, achar onde ela está, ela está dentro de uma pasta não sei aonde, agora vamos pôr o CID, esse CID entra? Esse CID não entra? Então eu acho que isso tudo dificulta sim. Acho que é uma cultura, acho que não... É outro profissional que tem que fazer, né?” (DSC – Profissionais do SEVREST)

Por vezes ainda o entendimento é de que apenas o profissional médico deve realizar o preenchimento, mostrando uma certa submissão à essa categoria, indicando que somente os médicos poderiam atribuir a suspeita diagnóstica ao paciente. Nas falas é perceptível um certo “receio” em realizar a notificação pelos profissionais que não são médicos, pelo fato de ser necessário colocar o CID no formulário. Segundo Dias et al. (2011), este “receio” dos profissionais é decorrente do despreparo destes em desenvolver ações na área da saúde do trabalhador, fazendo com que muitos acreditem que as questões de saúde relacionadas ao trabalho são mais uma questão jurídica do que de saúde e temam que desdobramentos futuros que lhes tragam algum transtorno, através da emissão de relatórios técnicos e outros documentos, como no caso das notificações do SINAN.

Os usuários do CEREST passam primeiramente pelo médico do trabalho, pelo acolhimento com a equipe multiprofissional e depois segue os encaminhamentos específicos em relação ao seu diagnóstico. Todos os usuários possuem o prontuário médico eletrônico, e a cada atendimento, o profissional de saúde consegue ter acesso ao diagnóstico clínico contido em seu prontuário. Assim sendo, qualquer profissional de saúde do CEREST pode realizar o preenchimento da ficha do SINAN, conforme estabelecido na Resolução SS 63 de 2009, a qual determina que o preenchimento da ficha do SINAN pode ser efetuado por qualquer profissional de saúde do serviço de atendimento com acesso ao diagnóstico clínico (BRASIL, 2009).

O trabalho em saúde envolve a participação de diferentes profissionais que devem atuar de forma complementar. Contudo, através das falas dos profissionais, nota-se que esta integração que deveria se concretizar no dia-a-dia do trabalho, acontece somente entre os

profissionais que atuam na assistência, havendo ainda um distanciamento da categoria médica com estes profissionais.

"Eu acho que o atendimento deles é a porta principal mesmo, e como a doença, o nexo, ele é principalmente apontado pelo profissional de medicina, eu acho que eles deveriam ter um mecanismo melhor aí para estimular essas notificações, né? Hoje acho que a gente já faz um pouco mais no acolhimento, mas eu acho que em alguns casos, os profissionais que estão no acolhimento, às vezes se colocam, ficam em dúvida sobre notificar ou não notificar aquele caso. Eu acho que talvez, se a gente tivesse a oportunidade de o tempo todo estar com o médico do trabalho do lado para realmente esclarecer essa dúvida: 'Oh, é passível de notificação ou não'. Eu acho que em alguns casos ainda falha isso." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Por fim, essa temática chama atenção pela falta de motivação dos profissionais no preenchimento da ficha de notificação do SINAN, seja pela falta de responsabilização descrita por eles mesmos ao "deixar para o outro preencher", seja pelo fato de não se sentirem capazes de estabelecerem o nexo causal com o trabalho, ou ainda pelo fato de acharem a ficha extensa e burocrática. Qualquer dos motivos apontados nos leva a pensar que a falta do real conhecimento do que seja a ficha de notificação do SINAN e sua real importância possa ser o motivo principal para a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho. E ainda permeia a questão do envolvimento dos profissionais de saúde sobre o estabelecimento do nexo causal, ou seja, há uma falta de reconhecimento de que o nexo causal seja realizado em um processo de equipe, e não somente delegada à responsabilidade médica. O nexo causal envolve uma compreensão do ambiente de trabalho, não só ao diagnóstico médico, e neste caso emerge a vigilância como um componente fundamental na compreensão do trabalho.

(3) *A formação dos profissionais da saúde do CEREST-Santos no âmbito da relação saúde-trabalho.*

Essa temática aborda uma peculiaridade importante, pois os profissionais trouxeram, a partir dos discursos, o desconhecimento da área da saúde do trabalhador ao ingressarem no serviço, com exceção dos médicos do trabalho que vivenciaram aspectos da saúde do trabalhador na sua formação. Observou-se que a equipe dos profissionais da saúde do CEREST Santos é formada, em sua maioria, por profissionais designados após a aprovação em concurso público na esfera municipal, sem a exigência de formação ou experiência na área da saúde do

trabalhador. Dias e Hoefel (2005), destacam que entre as dificuldades a serem superadas pela RENAST está o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde relacionados com o trabalho, e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados.

Lopes et al. (2004) avaliam que a alta taxa de subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho seja em decorrência da falta de conhecimento da realidade dos riscos, e da falta de educação em serviço com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância da notificação e do acompanhamento dos casos e dos riscos a que estão expostos os trabalhadores. Além disso, Rapparini e Cardo (2004) também relacionam a subnotificação à formação dos profissionais de saúde, devido ao despreparo e a falta de informações destes em reconhecer e relacionar atividades de trabalho aos riscos a que os trabalhadores estão expostos.

Leite et al. (2007) revelam que os acidentes de trabalho são mais facilmente notificados se comparados às doenças relacionadas ao trabalho, pelo fato de que as doenças requerem uma avaliação e comprovação de nexo causal, motivando dessa forma a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho.

> Infelizmente, existe uma dificuldade para se comprovar o nexo causal da doença, ou seja, embora existam inúmeras condições desfavoráveis no trabalho que podem estar relacionadas ao aparecimento dos DORT nos trabalhadores, o registro oficial da doença nem sempre é obtido, gerando a subnotificação dos dados, impedindo que os números estatísticos correspondam à realidade (LEITE et al., 2007, p. 289).

Lima et al. (2010) lembram que a formação da maioria dos profissionais atuantes nos serviços do SUS ocorreu com uma visão centrada na atenção às doenças, fragmentada e excessivamente biomédica, dificultando o exercício da integralidade e a participação das comunidades no cuidado, como proposto pelo SUS.

Todavia, os profissionais expuseram que a formação ocorreu através da educação permanente em saúde, por meio da prática no próprio serviço e com os colegas de trabalho, através da troca de experiências, e manifestaram a falta de capacitação específica em saúde do trabalhador, relatando que o aprendizado também foi realizado através das buscas e pesquisas individuais. Apesar das dificuldades apontadas em relação à essa temática, o trabalho em equipe é valorizado.

"Não, não tive nenhuma capacitação específica para a saúde do trabalhador. Eu tive que buscar por meios próprios. Eu fui buscando por conta. Um treinamento específico para a seção, não. Foi passado através dos colegas de trabalho, da minha chefia, algumas coisas

eu fui procurar também, pesquisei, e alguns cursos, alguns seminários que eu participei." (DSC – Profissionais do SEVREST)

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Entretanto, é necessário a descentralização e disseminação da capacidade pedagógica por dentro do setor, entre os trabalhadores.

> O Sistema Único de Saúde (SUS), pela dimensão e amplitude que tem, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente os lugares de assistência à saúde. Educar "no" e "para o" trabalho é o pressuposto da proposta de educação permanente em saúde (EPS). Os lugares de produção de cuidado, visando integralidade, corresponsabilidade e resolutividade são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (MICCAS e BATISTA, 2014, p. 171).

A capacitação e educação permanente em saúde para os profissionais do CEREST, apesar de existente conforme percebeu-se nos discursos, ainda representa uma problemática a ser superada como forma de melhorar a compreensão da relação trabalho-saúde, e consequentemente, sensibilizar os profissionais sobre a importância das notificações dos agravos relacionados ao trabalho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise desenvolvida, sobre a percepção dos trabalhadores e das trabalhadoras, pode-se considerar que a pesquisa mostrou que os profissionais do CEREST Santos entendem, de forma restrita, que vigilância em saúde do trabalhador aborda somente as ações educativas voltadas aos trabalhadores, desenvolvidas no CEREST ou nos locais de trabalho e centradas na prevenção e na "fiscalização" dos ambientes de trabalho. Caracteriza-se, portanto, em uma visão reduzida, ou seja, uma compreensão de parte das ações contidas no amplo espectro da vigilância em saúde do trabalhador. Pode-se então verificar que a conceituação de VISAT pelos profissionais não abrange o conceito amplo que a VISAT possui, a qual pode ser definida como um processo contínuo de articulação das informações de um determinado território, visando a promoção, proteção e a assistência à saúde dos trabalhadores, através da investigação e intervenção nos processos trabalho-saúde-doença (MACHADO, 1996).

Apesar de manifestarem em seus discursos que as ações de vigilância vão além do trabalhador adoecido, demonstram também a existência do distanciamento dessas ações pelo fato de atuarem na assistência. Aparece entre os profissionais o sentimento de dicotomia entre a assistência e a vigilância, e a não percepção de como a assistência, além de fazer parte da VISAT, tem um papel importante na produção de informação sobre a saúde dos trabalhadores de determinada região.

Nesse contexto pode-se verificar que os profissionais possuem certa dificuldade no estabelecimento da relação do nexo causal que vincula o adoecimento ao trabalho exercido. A existência dessa dificuldade pode ser atribuída a lacuna que persiste na formação dos profissionais de saúde, principalmente na área de saúde do trabalhador. A anamnese ocupacional é o principal instrumento para o diagnóstico e investigação da relação saúde-trabalho-doença. Entretanto, na formação médica, pouca ou nenhuma atenção é dada a esse tema. Além disso, os profissionais, ao serem inseridos no serviço, não recebem uma capacitação e/ou educação voltada especificamente para a área da saúde dos trabalhadores. A educação destes profissionais, desde a graduação, sempre foi voltada na atenção à doença do paciente, ou seja, somente na assistência e não na causalidade.

Os profissionais entendem que o atendimento individual prestado aos usuários possa ser considerado como ações da vigilância, no contexto prevencionista individual, contrário ao conceito de vigilância, com ações de prevenção e promoção coletiva. A relação saúde-doença, nesse contexto, demonstra um olhar fragmentado e reducionista, dialogando com Rozemberg e Minayo (2001), quando afirmam que mesmo reunido o saber biológico e psicológico, ainda é necessário o saber advindo das relações que envolvem o paciente em seu entorno social e ambiental, para então esgotar as questões relativas ao “adoecimento” do sujeito.

A pesquisa revela a necessidade da reavaliação na formação dos trabalhadores do CEREST Santos, de forma a romper com a visão centrada no modelo biomédico, valorizando a concepção mais ampla do processo saúde-doença, que no caso em estudo, se refere à saúde e trabalho. Este é um campo de atuação que necessita do conhecimento além da doença, que vai desde ao ambiente de trabalho, as relações de trabalho até a individualidade do atendimento em si.

Entretanto, embora persista a aderência ao modelo de concepção de saúde com base na biomedicina reducionista, os profissionais descrevem em suas falas que entendem a importância da organização do trabalho na relação saúde-doença. Os trabalhadores do CEREST

relatam em seus discursos como a organização do trabalho reflete na saúde dos trabalhadores, e a importância de conhecer esse processo para então poder atuar na vigilância, conforme apresentado por Dejours (1986), ao esclarecer que a organização do trabalho, composta pela divisão das tarefas e pelas relações humanas, pode causar o adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores.

Ao compreender a formação dos profissionais do CEREST, observa-se uma aproximação ao processo de educação permanente ancorado na transmissão de experiências e vivências. Porém o conhecimento está limitado às práticas de assistência aos usuários, voltadas ao tratamento das doenças, e ainda circunscrito à procedimentos burocráticos na realização dos atendimentos aos trabalhadores. Por exemplo, os repasses de informações que se referem a como realizar os atendimentos, a quem atender, para onde encaminhar, ou seja, aspectos ainda distantes da relação trabalho-saúde.

Outra questão se refere ao sentimento intrínseco nos profissionais de que o médico realiza um atendimento rápido com os usuários, ficando a cargo dos outros profissionais de saúde fazer os questionamentos mais aprofundados no estabelecimento da relação trabalho-saúde, criando assim uma certa comparação sobre as atividades exercidas de cada profissional no setor. Tal concepção assemelha-se ao sentimento: “se ele não faz, por que tenho que fazer?”. E assim, ao analisar-se sobre a questão do preenchimento da ficha SINAN, verifica-se que na maioria das vezes os profissionais deixam para o outro profissional preencher a ficha, ficando uma lacuna neste processo e contribuindo para a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho.

A subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho pode ser comprovada através dos dados quantitativos dessa pesquisa, onde verificou-se que apenas 26,5% dos usuários que passaram pelo acolhimento, no período de janeiro a setembro de 2017, tiveram a ficha de notificação SINAN preenchida por algum dos profissionais do CEREST. Salienta-se que, conforme já descrito anteriormente, o acolhimento só é realizado após o usuário já ter o nexo causal relacionado com o trabalho na triagem feita pelo médico do trabalho. Dessa forma, todos os pacientes que realizam o acolhimento deveriam ter a ficha de notificação preenchida conforme preconizado pela Portaria nº 777 de 2004.

Embora os profissionais reconheçam a importância dos dados epidemiológicos para as ações da VISAT, ainda não demonstram a responsabilização pelo preenchimento da ficha de notificação SINAN. A pesquisa demonstra que por não ter determinado em qual momento, ou

quem deva realizar o preenchimento da ficha, pelo fato de qualquer profissional que tenha acesso ao prontuário poder realizar essa tarefa, o preenchimento, por vezes, acaba sendo deixado para o “outro” fazer, contribuindo para a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho. Além disso há também o receio dos profissionais que o preenchimento da ficha SINAN possa ocasionar transtornos futuros devido à desdobramento jurídico por parte dos trabalhadores atendidos no CEREST. Nos discursos não apareceu a questão de acúmulo de trabalho devido à falta de recursos humanos, o que parece não ser uma questão que impeça o preenchimento da ficha do SINAN.

Nesse contexto destaca-se o despreparo dos profissionais em relação à saúde dos trabalhadores, conforme apontado por Dias et al. (2011), demonstrado através da confusão existente entre as questões de saúde e dados epidemiológicos abordados pelo SINAN e as questões jurídicas que podem ser abordadas através da emissão da CAT. O equívoco entre SINAN e CAT também fica evidenciado nos discursos, ao definirem a CAT como uma comunicação exclusiva aos acidentes de trabalho e SINAN como notificação às doenças relacionadas ao trabalho.

Essa definição exposta nos discursos reforça a dúvida existente nos profissionais, já que ambos os sistemas são de notificação para doenças e acidentes relacionadas ao trabalho. O que distingue os sistemas é o fato do SINAN ser gerenciado pelo Ministério da Saúde, para questões voltadas estritamente à saúde de todos trabalhadores, formais e informais, enquanto a CAT é um sistema gerenciado pela Previdência Social, abarcando as questões jurídicas e de assistência somente aos profissionais formais vinculados à Previdência Social.

Faz-se necessário colocar a atenção ao processo de educação em saúde, em especial na área da saúde dos trabalhadores, de forma a rever os modos e os meios de promover os processos educativos aos profissionais. Neste contexto, concorda-se com Falkenberg et al. (2014), ao indicarem que alterações no processo de formação dos profissionais de saúde e a reflexão sobre suas práticas podem contribuir para mudanças no paradigma atual, de um modelo assistencialista, centrado na doença, para um modelo integral, onde seja priorizado a promoção e prevenção da saúde.

Santana (2006) observou que a produção de pesquisas e estudos sobre as doenças relacionadas ao trabalho podem contribuir para a diminuição desses agravos. Segundo a autora, no Brasil, apesar de existir muitas pesquisas e estudos acadêmicos na área de saúde do trabalhador, apenas recentemente as pesquisas começaram a ser valorizadas e utilizadas na

formulação de políticas públicas nessa área. Espera-se que com os resultados obtidos, possa estimular novos métodos no processo de educação dos profissionais, ampliando o entendimento da relação saúde-trabalho, visando melhor adequação das ações de vigilância em saúde do trabalhador, na perspectiva da melhoria das condições de trabalho, de vida e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. É ainda necessária melhor compreensão da importância da informação em trabalho e saúde, por parte dos profissionais, e investimento de gestores e da equipe do CEREST, por meio de um processo de educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.I.; TORRES, C.C. Entre a Organização do Trabalho e o Sofrimento: O Papel de Mediação da Atividade. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 67-76, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a07.pdf> Acesso em: 09 mai. 2018.

ALBORNOZ, S. *O Que é trabalho*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

ALBRECHT, P.A.T.; KRAWULSKI, E. Concurseiros e a Busca por um Emprego Estável: Reflexões sobre os Motivos de Ingresso no Serviço Público. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol.14, no.2, São Paulo, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172011000200005>. Acesso em: 14 fev. 2018.

ALVAREZ, D.; AZEVEDO, E.R.F. O Trabalho Feminino na Função de Limpeza de Prestadoras de Serviço em uma Instituição de Ensino Superior. *Revista das Faculdades Integradas Vianna Júnior*. Juiz de Fora, MG, v. 7, n. 1, 2016.

ANJOS, A.M. et al. *Introdução à Higiene Ocupacional*. São Paulo, SP: Fundacentro, 2004. 84p.

ANTUNES, R.L.C. *Os Sentidos do Trabalho:* Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

AREOSA, J. Comentário ao artigo "a sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho" – Christophe Dejours e a psicodinâmica do trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. p. 29 – 41. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26902/1/Christophe%20Dejours%20e%20a%20Psicodin%C3%A2mica%20do%20Trabalho.pdf>. Acesso em 22 de agosto de 2016.

ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, F.P.A. *A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho*. In R Mendes (org.). Patologia do trabalho. (2a ed. revisada e ampliada). Editora Atheneu, São Paulo, p. 1767-1789. Disponível em: <http://www.forumat.net.br/at/sites/default/files/arq-paginas/a_contribuicao_da_ergonomia_para_a_ident._reducao_e_eliminacao_da_nocividade_cap_rene_mendes_0.pdf> Acesso em 14 mai. 2018

BARRETO, M; HELOANI, R. O Assédio Moral como Instrumento de Gerenciamento. In: MERLO, A.R.C.; BOTTEGA, C.G.; PEREZ, K.V. Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: Sofrimento e Transtornos relacionados ao Trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014, p.52-74.

BARROS, R.B., BARROS, M.E.B. Da Dor ao Prazer no Trabalho. In: Orgs. SANTOS-FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde – Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 61-71.

BASTOS, A.V.B.; PINHO, A.P.M.; COSTA, C.A. Significado do Trabalho: Um Estudo entre Trabalhadores Inseridos em Organizações Formais. Revista de Administração de Empresas,

São Paulo, v. 35, n. 6, p. 20-29, nov/dez. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n6/a04v35n6.pdf> Acesso em: 07 dez. 2017.

BENEVIDES-DE-BARROS, R.D. Grupo: estratégia na formação. In: ATHAYDE, Milton *et al*. (Orgs.). *Trabalhar na escola?* "Só inventando o prazer". Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001. p. 71-88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, 56p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial da União,* Brasília, 08 nov. 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5 – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339/GM – MS – (1999). Brasília, DF.: Ministério da Saúde, de 18 de novembro de 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html>. Acesso em: 26 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 165, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46-51. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/site%20-%20Portaria_1823_12_institui_politica.pdf> Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 7577, 12 novembros de 2009. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.120, de 1o de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 124, 2 jul. 1998. Seção 1, p. 36-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União,

Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 245, 23 dez. 2009. Seção 1, p. 65-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 2. Ed., 44 p. – Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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. Diário Oficial da União, Brasília, nº 32 - 18 de fevereiro de 2016. Seção 1, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. Diário Oficial da União, Brasília, nº 32 - 18 de fevereiro de 2016. Seção 1, p. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, nº 81 - 29 de abril de 2004. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução SS-63, de 30 de abril de 2009. Regulamenta o Fluxo de Notificações de Agravos à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, nº 122 – 02 jul. 2009. p. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.679/GM. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://cssta-seeacmrj.blogspot.com.br/2009/06/portaria-gm16792002.html>. Acesso em: 26 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B, Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf> Acesso em: 19 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador:* Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira. 2006. 82p.

BRASIL. Lei 5.172, de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e Institui Normas Gerais de Direito Tributário Aplicáveis à União, Estados e Municípios. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5172-25-outubro-1966-358971-normaatualizada-pl.pdf> Acesso em: 19 out. 2018.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de procedimentos de vigilância epidemiológica relacionada à população exposta a solo contaminado / Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica – São

Paulo, 2008. 94 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-ocasionadas-pelo-meio-ambiente/vigisolo/vigisolo_procedimentos_versao_teste08.pdf> Acesso em: 06 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. DIAS, E.C. (Org.), ALMEIDA, I.M. et al. (Colab.) Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. *Guia de Vigilância em Saúde.* 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 705 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf> Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf> Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de Acidentes do Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 32 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf> Acesso em: 05 fev. 2017.

CÂMARA, V.M.; TAMBELLINI, A.T.; CASTRO, H.A.; WAISSMANN, W. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador: Epidemiologia das Relações entre a Produção, o Ambiente e a Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde.* Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 15.

CAMPOS, G.W.S. Apresentação. In: Orgs. SANTOS-FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde – Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 11-15.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04>. Acesso em: 23 jan. 2018.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 162-168. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 6, n.3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação,* Botucatu, SP, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/20113> Acesso em: 23 mai. 2018.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,* São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2054/V14%20n54-02.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2018.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho:* Estudo de Psicopatia do Trabalho. 5. ed. São Paulo: Cartaz – Oboré, 1992.

DIAS. E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implantar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

DIAS, M.D.A.; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Análise a Partir de uma Experiência Municipal. *Revista Trabalho, Educação e Saúde.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-148, mar./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a10.pdf> Acesso em: 22 mai. 2018.

DIMATOS, A.M.M. *Prazer no Trabalho*. 1999. 112 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponiível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/81337/187125.pdf;jsessionid=C965E22386F2E4320F7863821DB024D0?sequence=1> Acesso em: 24 jun. 2017.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. Educação em Saúde e Educação na Saúde: Conceitos e Implicações para a Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FERREIRA, J.M.S. PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego na Cidade de Santos. Núcleo de Pesquisas e Estudos Socioeconômicos. UNISANTA, Santos, SP, 2015. Disponível em: <http://noticias.unisanta.br/wp-content/uploads/2015/05/aqui.pdf> Acesso em: 25 jun. 2018.

FIGUEIREDO JÚNIOR, J.V. Prevenção e Controle de Perdas: Abordagem Integrada. Natal: IFRN Editora, 2009, p. 15-24. Disponível em <https://memoria.ifrn.edu.br/bitstream/handle/1044/1081/Prevencao%20e%20controle%20de%20perdas%20-%20Ebook.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 20 dez. 2017.

FLORES, G.E.; OLIVEIRA, D.L.L.; ZOCCHE, D.A.A. Educação Permanente no Contexto Hospitalar: A Experiência que Ressignifica o Cuidado em Enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 2, mai/ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200487&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 19 jan. 2018.

GALDINO, A.; SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a Notificação de Acidentes de Trabalho no Brasil. *Caderno de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 28 (1), 2012, p. 145-159.

GOMEZ, C.M. Avanços e Entraves na Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* São Paulo, v. 38 (127), 2013, p. 11-30. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1005/100528024001.pdf> Acesso em: 25 jun. 2018.

HADDAD, A. E. et al. Formação de Profissionais de Saúde no Brasil: Uma Análise no Período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, vol. 44, n.3, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300001>. Acesso em: 13 fev. 2018.

IMBRIZI, J.M.; KEPPLER, I.L.S.; VILHANUEVA, M.S. Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 38 (128): 302-314, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200017> Acesso em: 15 abr. 2018.

LACAZ, F.A.C. *Saúde do Trabalhador:* Um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. 1996. 456 f. Dissertação (Pós-graduação em medicina, área saúde coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

LEÃO, L.H.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura da rede. Rev. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(1): 85-100, jan-mar, 2011.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. O Discurso do Sujeito Coletivo – uma Abordagem metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul: EDUSC, 2000.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. O Pensamento Coletivo como Soma Qualitativa, 2003. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/~flefevre/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>. Acesso em: 08 set. 2016

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. In: *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, no. 4, p. 1193-1204, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a20v14n4.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

LEFEVRE, A.M.C.; CRESTANA, M.F.; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU". In *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.12, n.2, p.68-75, jul-dez 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n2/07.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

LEITE, P.C.; SILVA, A.; MERIGHI, M.A.B. A Mulher Trabalhadora de Enfermagem e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2007, 41(2), p. 287-291. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41621/45226> Acesso em: 21 mai. 2018.

LESSA, S. Centralidade do Trabalho: Qual Centralidade? *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, SC, v. 15, n. 22, 2º sem. 1997. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/23513/21179> Acesso em: 10 dez. 2017.

LIMA, J.V.C.; TURINI, B.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A.; ALEPRE, R.L.; MAINARDES, P.; CORDONI JUNIOR, L. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia Pedagógica de Transformação das Práticas: Possibilidades e Limites. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.2010. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r296.pdf> Acesso em: 23 mai. 2018.

LOURENÇO, E.A.S.; BERTANI, I.F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. Rev. bras. saúde ocup. vol.32 no.115 São Paulo, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572007000100011>. Acesso em 25 de agosto de 2016.

LOPES, L.K.O.; TIPPLE, A.F.V.; DAMANDO, S.N.; MIRANDA, C.S.; GOMES, I.V. Atendimento aos Profissionais Vítimas de Acidente com Material Biológico em um Hospital de Doenças Infectocontagiosas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, p. 324-329, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/840/991> Acesso em: 21 mai. 2018.

LUKACS, G. *Para uma ontologia do Ser Social II*. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.

MACHADO, J. M. H. A heterogeneidade da intervenção: alternativas da vigilância em saúde do trabalhador. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 166 p, 1996.

MACHADO, J.M.H; PORTO, M.F.S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde; 12(3). Rio de Janeiro, p. 121-130, 2003.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/TendenciasTrabalho.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2018.

MACHADO, J.M.H. Vigilância em Saúde do Trabalhador: conceitos e pressupostos. In: CORREA, M.J.M.; PINHEIRO, T.M.M.; MERLO, A.R.C. (Org.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas.* Belo Horizonte, MG: Editora Coopmed, 2013, cap. 1.

MAENO, M.; CARMO, J.C. *Saúde do Trabalhador no SUS:* Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente, Construir o Futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, R. A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois. In: RAMAZZINI, B. As doenças dos trabalhadores. Tradução de Raimundo Estrêla. São Paulo: Fundacentro, 2016, p. 289-297.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. Rev. Saúde Públ. São Paulo, 25(5): p. 341- 349, 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf> Acesso em: 08 abr. 2018.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAUJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L., 1993. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, ed.), p. 159-185, São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação Permanente em Saúde: Metassíntese. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 48(1): 170-185, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2014.v48n1/170-185/pt> Acesso em 28 mai. 2018.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001, 18 ed, p. 09-31.

MINAYO, M.C.S., GOMES, S.F.D.R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2012, 31 ed.

MINAYO, M. C. S., SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percursos e Dilemas. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 13 (Supl 2): 21-32, 1997. Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1997000600003&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 28 dez. 2017.

MOTA, E.; CARVALHO, D.M.T. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde.* Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 21.

NEFFA, J.C. O Trabalho Humano e a sua centralidade. Revista Ciências do Trabalho, São Paulo, n. 4, p. 7-26, jun. 2015. Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/85/pdf> Acesso em: 10 dez. 2017.

NIDECK, R.L.P.; QUEIROZ, P.P. Perspectivas para o Ensino na Saúde: do "Apagão Educacional" à Política de Educação Permanente. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 159-179, jan./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000100159&script=sci_abstract&tlng=en> Acesso em: 23 jan. 2018.

NOBRE L, S.V. Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador. In: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (BR). 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – "Trabalhar, sim! Adoecer, não!" - Coletânea de Textos - Versão Preliminar. Brasília; 2005. p.163-7.

OLIVEIRA, B.R.G.de; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev.latino-am. Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, janeiro 2001.

OPS. Organización Pan-Americana de la Salud. La Vigilancia en Salud de Los Trabajadores em Las Americas. Relatório de Reunião. Washington DC. 7-9 julho. 1999. (mimeo)

RABELLO NETO, D.L.; GLATT, R.; SOUZA, C.A.V.; GORLA, A.C.; MACHADO, J.M.H. As Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde para a Saúde do Trabalhador. In: CHAGAS, A.M.R.; SALIM, C.A.; SERVO, L.M.S. (Org.). *Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: Aspectos Institucionais, Sistemas de Informação e Indicadores.* São Paulo: IPEA, Fundacentro, 2012, p. 233-288.

RAPPARINI, C.; CARDO, D. M. Principais doenças infecciosas diagnosticadas em profissionais de saúde. In: MASTROENI, M. F. Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

RIBEIRO, F.S.N. Metodologia Progressiva e Integrada em Saúde do Trabalhador. In: CORREA, M.J.M.; PINHEIRO, T.M.M.; MERLO, A.R.C. (Org.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas.* Belo Horizonte, MG: Editora Coopmed, 2013, cap. 7.

RIBEIRO, C.V.; LÉDA, D.B. O Significado do Trabalho em Tempos de reestruturação Produtiva. *Estudo e Pesquisas em Psicologia,* Rio de Janeiro, ano-4, n. 2, p. 76-83, 2º semestre 2004. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/11145/8840> Acesso em: 08 dez. 2017.

RIGOTTO, R.M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação positiva. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v.25, n.93/94, p.9-20, 1998

ROLLO, A.A. É Possível Valorizar o Trabalho na Saúde num Mundo "Globalizado"? In: Orgs. SANTOS-FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde – Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 19-59.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde.* 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi; Guanabara Koogan, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia e Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica Cientifica Ltda, 1999, p.78

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A Experiência Complexa e s Olhares Reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva,* v.6 (1), p. 115-123, 2001.

SANTANA, V.S. Saúde do Trabalhador no Brasil: Pesquisa na pós-graduação. *Revista de Saúde Pública.* São Paulo, v. 40, n. especial, p. 101-111, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30629.pdf> Acesso em 17 jun. 2018.

SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador. In: CORREA, M.J.M.; PINHEIRO, T.M.M.; MERLO, A.R.C. (Org.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas.* Belo Horizonte, MG: Editora Coopmed, 2013, cap. 5.

SILVEIRA, A.M. Saúde do trabalhador. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, 96p.

SOUZA, C.A.V.; MACHADO, J.M.H. Ministério da Saúde: A Institucionalidade da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: Aspectos Institucionais, Sistemas de Informação e Indicadores. Orgs: CHAGAS, A.M.R; SALIM, A.A.; SERVO, L.M.S. São Paulo: IPEA: FUNDACENTRO, 2012. p.89-112.

TORRES, A.R.A.; CHAGAS, M.I.O.; MOREIRA, A.C.A.; BARRETO, I.C.H.C.; RODRIGUES, E.M. SANARE, Sobral, v. 10, n. 1, p. 42-48, jan./jun. 2011

WUNSCH FILHO, V.; SETTIMI, M.M.; FERREIRA, C.S.W.; CARMO, J.C.; SANTOS, U.P.; MARTARELLO, N.A.; COSTA, D.F. Sistema de Informação para a Ação: Subsídios para a Atuação Prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a Nível Local. *Caderno de Saúde Pública.* São Paulo, v. 9 (2), p. 136-148, abr/jun, 1993.

ZAT, F.M. *Ginástica Laboral:* Valorização Humana e Gestão de Resultados. 1. Ed. São Paulo: Phorte, 2015.

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Sistema de Informação na Vigilância em Saúde do Trabalhador: Desafios e Possibilidades
Pesquisador: FABIOLA LOURENCO OTERO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 66733717.7.0000.5505
Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.034.761

Apresentação do Projeto:
Nº CEP: 0325/2017

As constantes mudanças no ambiente de trabalho são fatores que colaboram para incidência de doenças relacionadas ao trabalho. Frente a esta realidade, a reflexão sobre o que acerca a notificação ou a não notificação sempre foram motivos de inquietação, gerando o seguinte questionamento: quais são os fatores que dificultam a notificação desses agravos? Sendo assim, tem-se como objetivo analisar qual o entendimento que os profissionais de saúde tem em relação a importância do preenchimento dessas fichas, e quais possíveis desmotivações
possam ter para realizar essas notificações. Será usado a abordagem quanti-qualitativa, por meio do método descritivo e quantitativo, e entrevistas qualitativas com os trabalhadores da saúde do CEREST de Santos. Nessa perspectiva, supõe-se que a orientação aos profissionais da importância destas notificações possa contribuir para evitar a sub-notificação, e assim subsidiar as ações de vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores

Objetivo da Pesquisa:
.1. Objetivo geral No intuito de conhecer os motivos dos profissionais de saúde quanto à notificação ou à não notificação dos agravos relacionados ao trabalho, pressupondo que existam

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

características e motivos diferenciados, além de ter encontrado poucos estudos com este enfoque, e por atuar diretamente ligada à saúde dos trabalhadores verificando a importância destas notificações, encontro como objeto de estudo desta pesquisa ?quais são os fatores que motivam ou dificultam o preenchimento das fichas de notificação dos agravos de saúde relacionados ao trabalho?.

.2. Objetivos específicos Analisar as informações resultantes das notificações dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN, notificadas pelos profissionais do CEREST de Santos, no período de janeiro de 2011 à dezembro de 2015, visando compreender a quantidade e quais as doenças relacionadas ao trabalho que são notificadas. Identificar as facilidades e dificuldades dos profissionais em relação ao preenchimento das fichas de notificação de agravos relacionados ao trabalho, e ao motivo pelo qual estas são preenchidas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador: Riscos: O estudo não apresenta riscos para o participante. A participação neste estudo é voluntária e mesmo que decida participar, tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista ou retirar o seu consentimento. Não haverá nenhum tipo de obrigação, pressão ou constrangimento para que
as perguntas que surjam na entrevista sejam respondidas.

Benefícios: Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada com a sua participação. Não há benefício direto para o participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa de linha de Pesquisa II, Educação Permanente em Saúde, do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. Orientadora: Maria de Fátima Ferreira Queiróz

MÉTODOS Trata-se de uma pesquisa amparada em métodos quantitativos e qualitativos,
com ênfase na qualitativa. Com o intuito de alcançar respostas aos questionamentos e inquietações, apresenta-se essa metodologia As indagações que levam a investigação proposta partem da detecção das facilidades e dificuldades que os profissionais de saúde que atuam no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santos possuem em relação às notificações de agravos relacionados ao trabalho, observadas no contexto de trabalho cotidiano destes

profissionais. Neste intuito, a pesquisa se dividirá em duas fases: a primeira fase, utilizando o método descritivo e quantitativo, através do estudo das notificações de agravos relacionados ao trabalho realizadas no SINAN no período de janeiro de 2011 à dezembro de 2015, e a segunda fase, por meio de entrevistas qualitativas com questões disparadoras aos trabalhadores da saúde desta unidade.

Conhecimento das Notificações de Agravos Relacionados ao Trabalho no SINAN
Para a realização desta etapa da pesquisa serão utilizados dados secundários a partir de
informações nas fichas de notificação de doenças ocupacionais no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por profissionais de saúde do CEREST de Santos, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. A coleta de dados é realizada a partir do programa SINAN Net, e a compilação dos dados é executada através do software Tabwin, onde é possível tabular os dados a partir das variáveis de interesse. Determina-se as variáveis em análise, como o tipo de notificação, município, unidade notificadora, como também é possível determinar sexo, idade, enfim, as variáveis selecionadas para pesquisa. Uma vez selecionadas as variáveis, cria-se uma tabela no próprio Tabwin a qual pode ser exportada para o programa Excel, gerar tabelas e gráficos pretendidos, procedendo às análises
propostas. A partir destes dados será realizada uma análise das doenças relacionadas ao trabalho, como quais foram notificadas e quais não foram, se houve aumento ou não das notificações nos anos pesquisados entre outros fatores.
. Avaliação da Compreensão do significado da Ficha de Notificação SINAN a Partir do Discurso dos Trabalhadores
Nesta segunda etapa do método será desenvolvida abordagem qualitativa através do discurso dos profissionais da saúde que atuam no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santos. O grupo será composto pelos doze trabalhadores da área da saúde que atuam no CEREST de Santos na área de assistência aos trabalhadores, sendo três fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma assistente social, dois
médicos ortopedistas, uma médica reumatologista e dois médicos do trabalho. Esse grupo foi selecionado por entender que estes trabalhadores representam 100% dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha de notificação do SINAN. A participação na entrevista qualitativa será feita de forma voluntária, através de convite, e após concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado através da Resolução 466/12. A pesquisa será submetida ao Comitê de Ética da UNIFESP e à COFORM (Coordenadoria de Projetos)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos. Na abordagem qualitativa com entrevistas aos trabalhadores, a análise
utilizará o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), visando a compreensão dos profissionais diante da notificação via SINAM, bem como as facilidades e dificuldades que os profissionais da saúde do CEREST de Santos possuem em relação ao preenchimento das fichas de notificação no SINAN. O discurso dos trabalhadores será coletado através da aplicação de entrevistas com questões disparadoras, com o objetivo de identificar o perfil técnico e a visão dos trabalhadores do CEREST de Santos sobre a importância da saúde do trabalhador no desempenho das atividades profissionais, por meio da realização das notificações e alimentação dos sistemas de informação no atendimento aos usuários. Deverá estar incluído no questionário variáveis de identificação dos trabalhadores como:
idade, função, sexo, tempo na função e horário de trabalho. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas literalmente com base no método do discurso do sujeito coletivo. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um procedimento metodológico, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade
num só discurso-síntese A propositura do DSC é a análise do material verbal coletado através das entrevistas com os trabalhadores. O DSC visa expressar o pensamento de uma coletividade através de um discurso-síntese, como se a coletividade fosse o emissor deste discurso, selecionando nas entrevistas individuais às expressões-chave, as quais
correspondem às ideias centrais que são a síntese do conteúdo discursivo (LEFEVRE et al., 2003).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Documentos obrigatórios apresentados: Folha de Rosto folha_de_rosto.pdf; Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto_detalhado.docx; TCLE / TCLE.docx Outros documentos: autorização coform_santos.pdf; Cadastro (20170331144717_00002_CEP_UNIFESP.pdf);

Recomendações:
Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Sem inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:
O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

Continuação do Parecer: 2.034.751

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_799408.pdf	05/04/2017 17:25:52		Aceito
Outros	20170331144717_00002_CEP_UNIFESP.pdf	05/04/2017 17:24:47	FABIOLA LOURENCO OTERO	Aceito
Outros	coform_santos.pdf	05/04/2017 17:24:16	FABIOLA LOURENCO OTERO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/04/2017 17:23:07	FABIOLA LOURENCO OTERO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	25/09/2016 17:40:56	FABIOLA LOURENCO OTERO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/09/2016 17:35:33	FABIOLA LOURENCO OTERO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 26 de Abril de 2017

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.copunifesp@gmail.com

ANEXO II – PARECER DA COORDENADORIA DE FORMAÇÃO CONTINUADA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (COFORM-SMS) DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

46

Santos

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Santos, 07 de dezembro de 2016.

À
SEVREST

A Comissão de Pesquisa e Intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, coordenada pela Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde (COFORM/SMS), após análise e parecer favorável, encaminha a pesquisadora Fabiola Lourenço Otero, a esse serviço para realizar a pesquisa **"Sistema de Informação na vigilância em saúde do trabalhador: Desafios e Possibilidades"**.

Informamos que a Conclusão da Pesquisa deverá ser encaminhada para a Coordenadoria de Formação – COFORM/SMS, e em caso de publicação, solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a autorização por meio de ofício com cópia do artigo.

Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, por meio do telefone 3201- 5000 ramal 5651.

Atenciosamente,

ELAINE ROCHA CORREA
Registro nº 27.032
Psicóloga
COFORM/SMS

Everton Lopes Rodrigues
Coordenador de Formação e Educação Continuada
COFORM-SMS

Rua XV de Novembro, nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000 ramal: 5651

ANEXO III – FICHA DE INVESTIGAÇÃO (SINAN) DE DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – LER/DORT

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO LER/DORT**
Nº

Definição de caso: É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/ DORT** — Código (CID10) Z57.9

3 Data da Notificação

4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código

7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito

20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | Código

22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 | 26 Ponto de Referência | 27 CEP

28 (DDD) Telefone | 29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho
01- Empregado registrado com carteira assinada
02 - Empregado não registrado
03- Autônomo/ conta própria
04- Servidor público estatuário
05 - Servidor público celetista
06- Aposentado
07- Desempregado
08 - Trabalho temporário
09 - Cooperativado
10- Trabalhador avulso
11- Empregador
12- Outros
99 - Ignorado

33 Tempo de Trabalho na Ocupação — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

Dados da Empresa Contratante

34 Registro/ CNPJ ou CPF | 35 Nome da Empresa ou Empregador

36 Atividade Econômica (CNAE) | 37 UF | 38 Município | Código (IBGE)

39 Distrito | 40 Bairro | 41 Endereço

42 Número | 43 Ponto de Referência | 44 (DDD) Telefone

45 O Empregador é Empresa Terceirizada — 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado

46 Agravos Associados — 1- Sim 2- Não 9-Ignorado
☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hanseníase ☐ Transtorno Mental
☐ Tuberculose ☐ Asma ☐ Outras: _____

47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

48 Regime de Tratamento — 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial

LER/ DORT

Lesões por Esforços Repetitivos - LER/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT

49 Sinais e Sintomas
1-Sim 2- Não 9-Ignorado
☐ Alteração de sensibilidade ☐ Diminuição de força muscular ☐ Diminuição do movimento
☐ Limitação de movimentos ☐ Sinais flogísticos ☐ Dor ☐ Outro:

50 Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas ☐
1- Sim 2- Não 9- Ignorado

51 O paciente está exposto em seu local de trabalho à:
1- Sim 2- Não 9- Ignorado
☐ Prêmios de produção ☐ Movimentos repetitivos ☐ ambiente estressante
☐ Há tempo de pausas ☐ Jornada de trabalho de mais de 6 horas

52 Diagnóstico Específico
CID 10

Conclusão

53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? ☐
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

55 Com Afastamento do Trabalho ☐
1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado

56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho? ☐
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

57 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não
☐ Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho ☐ Adoção de mudança na organização do trabalho ☐ Adoção de proteção coletiva
☐ Adoção de proteção individual ☐ Nenhum ☐ Afastamento do local de trabalho ☐ Outros

58 Evolução do Caso ☐
1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total
6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado

59 Se Óbito, Data

60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho ☐
1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Doença Relacionada ao Trabalho/ LER/ DORT Sinan NET SVS 27/09/2005

ANEXO IV – FICHA DE INVESTIGAÇÃO (SINAN) DE DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – TMRT

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO**
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Definição de caso: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição à determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — **TRANSTORNOS MENTAIS** — Código (CID10) F99
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ RELACIONADOS AO TRABALHO

3 Data da Notificação

4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código

7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado

12 Gestante — 1-1º Trimestre, 2-2º Trimestre, 3-3º Trimestre, 4- Idade gestacional ignorada, 5-Não, 6- Não se aplica, 9-Ignorado

13 Raça/Cor — 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9- Ignorado

14 Escolaridade — 0-Analfabeto, 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7-Educação superior incompleta, 8-Educação superior completa, 9-Ignorado, 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito

20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | Código

22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 | 26 Ponto de Referência | 27 CEP

28 (DDD) Telefone | 29 Zona — 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Periurbana, 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho
01- Empregado registrado com carteira assinada
02 - Empregado não registrado
03- Autônomo/ conta própria
04- Servidor público estatuário
05 - Servidor público celetista
06- Aposentado
07- Desempregado
08 - Trabalho temporário
09 - Cooperativado
10- Trabalhador avulso
11- Empregador
12- Outros
99 - Ignorado

33 Tempo de Trabalho na Ocupação — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano

Dados da Empresa Contratante

34 Registro/ CNPJ ou CPF | 35 Nome da Empresa ou Empregador

36 Atividade Econômica (CNAE) | 37 UF | 38 Município | Código (IBGE)

39 Distrito | 40 Bairro | 41 Endereço

42 Número | 43 Ponto de Referência | 44 (DDD) Telefone

45 O Empregador é Empresa Terceirizada — 1- Sim, 2 - Não, 3 - Não se aplica, 9- Ignorado

Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho — Sinan NET — SVS — 27/09/2005

Transtornos mentais

46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco
1 - Hora 2 - Dia
3 - Mês 4 - Ano

47 Regime de Tratamento
1- Hospitalar 2 - Ambulatorial

48 Diagnóstico Específico
CID 10

49 Hábitos
1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Alcool
Drogas psicoativas
Psicofármacos

50 Hábito de Fumar
1- Sim 2- Não
3- Ex- fumante 9- Ignorado

51 Tempo de Exposição ao tabaco
1 - Hora 2 - Dia
3 - Mês 4 - Ano

Conclusão

52 Conduta Geral
1-Sim 2 - Não
Afastamento da situação de desgaste mental
Adoção de mudança na organização do trabalho
Adoção de proteção coletiva
Afastamento do local de trabalho
Adoção de proteção individual
Nenhum
Outros

53 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho?
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

55 Evolução do Caso
1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total
6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado

56 Se Óbito, Data

57 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho Sinan NET SVS 27/09/2005

APÊNDICE I – TCLE

Universidade Federal de São Paulo

Campus Baixada Santista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Campus Baixada Santista

Pesquisa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde:

"SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES"

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Trabalhador do CEREST de Santos,

1. **Natureza da pesquisa:** Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar **espontaneamente** da pesquisa: **SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES, realizada** por Fabíola Lourenço Otero**,** cuja orientação está sob responsabilidade da Professora Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiróz. A pesquisa pretende analisar o os desafios e possibilidades quanto ao sistema de informação utilizado para ações de vigilância em saúde do trabalhador. Garantimos que a pesquisa será feita dentro dos preceitos da ética, sem julgamentos morais. A pesquisa tem fins acadêmicos e científicos.

2. **Participantes da pesquisa:** A pesquisa será desenvolvida com os(as) profissionais da saúde da Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador de Santos (SEVREST / CEREST), convidados(as) de forma voluntária, não sendo a participação obrigatória.

3. **Envolvimento na pesquisa:** Serão desenvolvidas entrevistas com questões disparadoras, com o objetivo de identificar o perfil técnico e a visão dos trabalhadores do CEREST de Santos sobre a importância da saúde do trabalhador no desempenho das atividades profissionais. A duração estimada da entrevista é de 30 minutos e trata de questões relativas ao seu trabalho

(função, tempo de trabalho, facilidades e dificuldades no processo de trabalho). Analisaremos o que todos os participantes responderam e veremos o que têm em comum e diferente nos discursos. Os resultados serão utilizados de forma anônima em artigos e projetos científicos.

4. **Riscos e desconforto:** O estudo não apresenta riscos para o participante. A sua participação neste estudo é voluntária e mesmo que decida participar, tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista ou retirar o seu consentimento. Pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar no estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa. Não haverá nenhum tipo de obrigação, pressão ou constrangimento para que as perguntas que surjam na entrevista sejam respondidas.

5. **Confidencialidade:** O seu nome será mantido em segredo e todas as informações coletadas são estritamente confidenciais. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros trabalhadores, não sendo divulgada a identificação de nenhum trabalhador. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

6. **Uso de dados e material coletados:** Você tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo.

7. **Benefícios:** Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada com a sua participação. Não há benefício direto para o participante.

8. **Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados:** A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo.

9. **Direito de ter acesso aos resultados finais da pesquisa:** Quando o estudo for finalizado, você será informado(a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

Se você se sentir esclarecido a respeito da natureza dessa pesquisa e concordar em participar, deverá assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido abaixo. Não assine esse termo sem antes esclarecer todas as dúvidas que possa ter; mas, saiba que a todo momento estaremos à disposição para esclarecer outras dúvidas que possam aparecer posteriormente.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com você e a outra conosco.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o projeto e os procedimentos da pesquisa intitulada *Sistema de Informação na Vigilância em Saúde do Trabalhador: desafios e possibilidades*. Eu discuti com a sra. Fabíola Lourenço Otero, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Em caso de dúvidas poderei chamar as pesquisadoras Fabíola Lourenço Otero e/ou Maria de Fátima Ferreira Queiróz no telefone (013) 3229-0246, no Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, localizado no endereço: Rua Silva Jardim, 136.

data: ____/____/____

_____ _____

Nome do participante da pesquisa assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

data: ____/____/____

Fabíola Lourenço Otero

_____ _____

Nome da pesquisadora assinatura

APÊNDICE II - PRODUTO FINAL DE DISSERTAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO

FABÍOLA LOURENÇO OTERO

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA DE FÁTIMA FERREIRA QUEIRÓZ

TESE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

PRODUTO: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE BOLETIM INFORMATIVO DOS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Santos
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO

FABÍOLA LOURENÇO OTERO

TESE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

PRODUTO: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE BOLETIM INFORMATIVO DOS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Produto da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências da Saúde.
Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiróz
Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Santos
2018

1. INTRODUÇÃO

O estudo “Sistema de Informação na Vigilância em Saúde do Trabalhador: desafios e possibilidades” abarcou a necessidade de construir um produto que permita a participação de toda a equipe multiprofissional do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Santos. Desta forma a produção técnica que emergiu desta dissertação intitula-se: “Proposta de Implantação de Boletim Informativo de Agravos Relacionados ao Trabalho”.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi proposta pelo Ministério da Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com o objetivo de promover nestes a autoanálise e a autogestão do processo de trabalho, propondo mudanças significativas na formação e no contínuo e permanente desenvolvimento de pessoal (FLORES et al., 2016).

A EPS proporciona uma mudança significativa nas práticas de capacitação dos trabalhadores da saúde: o ensino e o aprendizado é incorporado à vida cotidiana dos trabalhadores; as estratégicas educativas são estabelecidas a partir da prática, como fonte de conhecimento, problematizando o próprio fazer; os trabalhadores são construtores do conhecimento a partir das reflexões das próprias práticas, deixando de ser somente receptores do conhecimento; interação com a equipe multidisciplinar e a ampliação dos espaços educativos (BRASIL, 2004).

As lacunas encontradas na formação profissional dos profissionais de saúde, em especial na área da saúde dos trabalhadores, demandam atualização e formação sistemática diante das necessidades apresentadas pelos profissionais. O ensino na saúde implica não somente a transformação da prática, mas também a ampliação dos sentidos dessas práticas, com a compreensão de que a relação saúde-doença é um fenômeno biológico e sociocultural que envolve a qualidade de vida do usuário, incluindo a sua alimentação, ambiente de trabalho, família e atividades físicas.

Neste contexto foi desenvolvido uma proposta de implantação de um Boletim Epidemiológico periódico de agravos à saúde relacionados ao trabalho, visando o aprimoramento dos profissionais na área da saúde dos trabalhadores. A produção técnica poderá ser utilizada pela equipe e pelos gestores para discutir e subsidiar as ações de vigilância em saúde do trabalhador no território do Município de Santos.

2. OBJETIVO

Desenvolver um instrumento para fomentar a educação permanente dos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santos, e subsidiar as ações de vigilância em saúde do trabalhador.

3. DESCRIÇÃO

Trata-se de uma proposta de elaboração de boletim epidemiológico de agravos relacionados ao trabalho pela equipe dos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santos. Esta proposta visa a interação da equipe multidisciplinar e a ampliação da relação saúde-doença-trabalho.

Essa proposta está dividida em 3 fases: (1) levantamento dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); (2) análise e estudo dos dados obtidos e (3) elaboração do boletim e planejamento das ações de vigilância.

A primeira parte consiste no levantamento dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dos agravos relacionados ao trabalho, a cada 4 (quatro) meses. Com os dados obtidos, é realizado a compilação dos dados a partir das variáveis de interesse, como sexo, idade, ocupação, evolução do caso, tipo de agravo, grau de instrução, situação no mercado de trabalho entre outros.

A segunda fase é direcionada para a análise e estudo da compilação dos dados pela equipe multidisciplinar. A partir destes dados será realizada uma análise das doenças relacionadas ao trabalho, como quais foram notificadas e quais não foram, qual a ocupação mais acometida de determinado agravo, entre outros determinantes. Esse estudo pela equipe de profissionais visa ampliar o conhecimento da relação saúde-doença-trabalho, através de discussões e problematizações dos dados epidemiológicos obtidos no período.

E por último, a terceira fase, é a elaboração do boletim informativo e do planejamento de ações de vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores, com base nas informações obtidas anteriormente. As ações propostas poderão ser desde a assistência aos trabalhadores acometidos destes agravos, como também fiscalizações e intervenções nos ambientes de trabalho e ações educativas para os trabalhadores. A divulgação do boletim poderá ser feita aos sindicatos, às unidades básicas de saúde e atores sociais envolvidos com a questão saúde-

trabalho. A utilização deste boletim pelas unidades básicas de saúde talvez possa fomentar o matriciamento da rede em relação à saúde dos trabalhadores.

A análise desses agravos é fundamental para que se tenha um diagnóstico fidedigno da realidade e se possa planejar e executar de maneira eficiente as ações de vigilância em saúde do trabalhador e de assistência àqueles vitimados por acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Incentivar os profissionais a preencherem as fichas de notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, por meio da participação efetiva na análise dos dados e no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador. Essa proposta visa promover a aproximação da equipe da assistência com as ações de vigilância, tentando diminuir, ou até mesmo eliminar, a dicotomia existente entre essas duas áreas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

FLORES, G.E.; OLIVEIRA, D.L.L.; ZOCCHE, D.A.A. Educação Permanente no Contexto Hospitalar: A Experiência que Ressignifica o Cuidado em Enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 2, mai/ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200487&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2018.