



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
ALAGOAS

Juraci Roberto Lima

**Fatores associados à subnotificação dos acidentes de trabalho na Estratégia
Saúde da Família de Maceió - AL**

Maceió

2021

Juraci Roberto Lima

**Fatores associados à subnotificação dos acidentes de trabalho na Estratégia
Saúde da Família de Maceió - AL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Alagoas (UFAL) como requisito para obtenção ao título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Michael Ferreira Machado.

Linha de pesquisa: Vigilância em Saúde.

Maceió
2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

L732f Lima, Juraci Roberto.
Fatores associados à subnotificação dos acidentes de trabalho na Estratégia Saúde da Família / Juraci Roberto Lima. – 2021. 93 f. : il.

Orientadora: Michael Ferreira Machado.
Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Maceió, 2021.
Inclui produtos educacionais.

Bibliografia: f. 72-75.
Apêndices: f. 76-93.
Anexos: f. 58-65.

1. Acidentes de trabalho. 2. Notificação de acidentes de trabalho. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU: 614.8



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE**

Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado da(o) aluno(a) **Juraci Roberto Lima**, intitulado: “**FATORES ASSOCIADOS À SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ**” orientado pelo(a) Prof^(a/o). Dr^(a/o). **Michael Ferreira Machado** e coorientado pelo Prof^(a/o). Dr^(a/o). **Carlos Dornels Freire de Souza**, foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, em **01 de Julho de 2021**.

Os membros da Banca Examinadora consideraram o/a candidato(a):

(X) Aprovado(a) () Reprovado(a)

Banca Examinadora:

Presidente – **Prof. Dr. Michael Ferreira Machado – Universidade Federal de Alagoas.**

Examinador interno – **Profa. Dra. Cristina de Azevedo Camelo – Universidade Federal de Alagoas**

Examinador Externo – **Prof. Dr. Túlio Romério Lopes Quirino – Universidade de Pernambuco**

Banca Examinadora:



Membro Presidente da Banca



Membro da Banca



Membro da Banca

Obedecendo a minha espiritualidade, dedico este trabalho a Deus, que é onde tudo começa e tudo termina. Também a minha família, capitaneada pela minha esposa, pela paciência, apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus queridos, amados, apoiadores e incentivadores Mestres, capitaneados pelo Professor e Orientador Doutor Michael Ferreira Machado, que souberam incentivar, corrigir, acolher e cobrar, tudo exatamente nos momentos em que eu precisei. À FIOCRUZ, à Universidade Federal de Alagoas – UFAL -, à Faculdade de Medicina de Alagoas, - FAMED, pela oportunidade de realização deste Mestrado.

De tudo, ficam três coisas: A certeza de
que estamos sempre começando A
certeza de que precisamos continuar
A certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar

Portanto, devemos: Fazer da interrupção
um caminho novo Da queda, um passo de
dança
Do medo, uma escada Do sonho, uma
ponte
Da procura, um encontro.
Fernando Sabino

RESUMO

O número dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho permite quantificar e construir alguns indicadores, sendo uma das fontes fidedignas para estimar o potencial de gravidade desses eventos que acometem os trabalhadores. Entre eles, estão os coeficientes de mortalidade, a taxa de letalidade e os riscos potenciais de acidentes graves em determinado ramo de atividade ou empresa. Os indicadores de saúde dos trabalhadores, baseados nos acidentes de trabalho, permitem analisar as relações estabelecidas entre o homem e seu espaço laboral. São indicadores de fácil identificação e mensuração, desde que o fluxo das informações pertinentes seja conhecido e praticado. A notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho é uma exigência legal e através dela são fornecidos dados relativos ao número e distribuição destes eventos, as características das ocorrências e das vítimas. Porém, ao cruzar as informações locais dos sistemas de informação em saúde, percebe-se a subnotificação destes acidentes e a existência de desafios institucionais e pessoais que atuam no processo de notificação desses agravos, constituindo fator limitante a partir dos pontos de vista de saúde pública, preventivista e jurídico. Face a esse cenário, objetivou-se analisar os fatores associados a subnotificação dos acidentes de trabalho pela Estratégia Saúde da Família em Maceió-AL, por meio de estudo quanti-qualitativo desenvolvido junto aos profissionais da Medicina e Enfermagem. Os dados obtidos foram analisados por tratamento estatístico descritivo e análise de conteúdo, culminando com a proposição de ferramentas e ações de educação permanente que visem diminuir a subnotificação na Atenção Primária à Saúde. Sobre os resultados, observou-se que a maioria dos atores, mesmo diante do relato de acidentes, não os notifica no SINAN, invisibilizando e atenuando a dimensão do problema com vistas à formulação de ações programáticas e estratégicas. Na conclusão do estudo, vislumbrou-se de forma elucidativa os fatores envolvidos na gênese da subnotificação de acidentes do trabalho e, com isso, propor ações educativas; conscientização das gestões tanto das Unidades de Saúde, quanto dos CERESTs e da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, acerca da parceria interinstitucional e a necessidade do fortalecimento da notificação dos eventos em saúde do trabalhador através, o que possibilitará dimensionar de forma correta os agravos à saúde decorrentes das atividades laborais e a proposição de ações preventivas e promotoras de saúde, no âmbito da inclusão da saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho. Notificação de acidentes de trabalho. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The number of work-related accidents and diseases allows us to quantify and build some indicators, being one of the reliable sources to estimate the potential severity of these events that affect workers. Among them are the mortality coefficients, the lethality rate, and the potential risks of serious accidents in a given branch of activity or company. The indicators of workers' health, based on accidents at work, allow us to analyze the relations established between man and his work space. They are easy to identify and measure indicators, as long as the flow of pertinent information is known and practiced. The notification of work-related accidents and diseases is a legal requirement, and through it, data are provided regarding the number and distribution of these events, the characteristics of the occurrences and the victims. However, when cross-referencing the local information from the health information systems, it is possible to notice the underreporting of these accidents and the existence of institutional and personal challenges that act in the notification process of these diseases, constituting a limiting factor from the public health, prevention, and legal points of view. Faced with this scenario, this study aimed to analyze the factors associated with the underreporting of occupational accidents by the Family Health Strategy in Maceió-AL, through a quanti-qualitative study developed with the Medicine and Nursing professionals. The data obtained were analyzed by descriptive statistical treatment and content analysis, culminating with the proposition of tools and actions for continuing education aimed at reducing underreporting in Primary Health Care. Regarding the results, it was observed that most of the actors, even when faced with the report of accidents, do not notify them in SINAN, invisibilizing and mitigating the dimension of the problem with a view to the formulation of programmatic and strategic actions. In the conclusion of the research, it was possible to elucidate the factors involved in the genesis of the underreporting of accidents at work and, with that, to propose educational actions; the awareness of the management of both Health Units, CERESTs and the Municipal Health Secretariat in Maceió, about the interinstitutional partnership and the need to strengthen the notification of events in worker health through, which will allow the correct dimensioning of health problems resulting from work activities and the proposition of preventive actions and health promoters, within the scope of the inclusion of worker health in primary health care.

Keywords: Accidents at work. Notifications of accidents at work. Primary health care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Índice de Desenvolvimento Humano, Brasil e Alagoas, 2010 a 2015.....	26
Gráfico 02 - Tendência temporal das notificações de acidente de trabalho grave Alagoas, 2007-2016.....	26
Gráfico 03 - Realização de ações de intervenção e negociação de medidas de prevenção de risco decorrentes das situações de trabalho por parte da equipe de saúde.....	46
Gráfico 04 - Análise se a equipe de saúde possui um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores que residem no território de referência.	47
Gráfico 05 - Recebimento de treinamento/capacitação profissional para notificar os acidentes de trabalho no SINAN.....	48
Gráfico 06 - Recebimento de treinamento profissional para desenvolver ações de ST.....	48
Gráfico 07 - Oferta de apoio à equipe de saúde por parte CEREST.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Distribuição dos bairros, por Distritos Sanitários no Município de Maceió, 2016.....	27
Figura 02 - Comparativo das pirâmides populacionais Maceió – AL 1991-2016.....	28
Figura 03 - Mapa das regiões de saúde, por macrorregião. Alagoas, 2016..	30
Figura 04 - Notificações de acidentes de trabalho em Maceió – AL.....	35
Figura 05 - Notificações de acidentes de trabalho em Maceió- AL sem emissão do CAT.....	35

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AL	Alagoas
AT-Gr	Acidentes do Trabalho Graves
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNSTT	Programa Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PROFSAÚDE	Mestrado Profissional em Saúde da Família
RENAST	Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	CAMINHOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR	19
3.1	ASPECTOS TEÓRICOS, HISTÓRICOS E SITUACIONAIS	19
3.1.1	CEREST e os serviços à saúde do trabalhador no Brasil	21
3.2	A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO GERENCIAL DO SUS EM ALAGOAS E EM MACEIÓ	24
3.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
3.3	O CONTEXTO LOCAL: A SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO EM MACEIÓ- AL.....	33
4	MÉTODO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	36
4.1	PERCURSO DA PESQUISA.....	36
4.2	CUIDADOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS RISCOS.....	37
4.3	ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS.....	38
5.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	ARTIGO	39
5.2	CARTILHA	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DOS DADOS.....	75
	ANEXO B – APROVAÇÃO CEP/UFAL	79
	ANEXO C - REGRAS DA REVISTA.....	83

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o extinto Ministério da Previdência Social acidente de trabalho é todo aquele episódio em decorrência do exercício do trabalho a serviço do empregador ou do exercício da atividade laboral dos segurados especiais, que pode ocasionar lesão corporal ou distúrbio funcional, temporário ou permanente, morte e a perda e/ou redução da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2012).

Os acidentes de trabalho são divididos em três grandes categorias: 1) típicos, episódios em decorrência da característica da atividade laboral realizada pelo sujeito; 2) de trajeto, ocorrência registrada durante o percurso entre a residência e o local de trabalho; 3) doenças do trabalho, agravos em saúde ocasionados em decorrência da execução de uma atividade profissional e ligado a determinado ramo de atividade.

O acidente de trabalho está associado à fatalidade humana, danos materiais, perda da produtividade, efeitos psicossociais, entre outros fatores. O estudo destas ocorrências possibilita uma avaliação das relações entre os seres humanos e o ambiente onde são exercidas suas atividades laborais, fomentando o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico e o planejamento de ações voltadas aos trabalhadores e trabalhadoras.

Para Lima (2018, p. 193) “A notificação de acidente de trabalho (AT) é hoje um importante instrumento para a saúde pública, pois a partir dela se tem real conhecimento sobre a situação dos trabalhadores atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)”. Segundo Napoleão (2000), no Brasil, são escassos os dados diretos que permitem a construção de indicadores gerais e específicos das condições de trabalho e saúde da população. Os profissionais da área de saúde, em especial os profissionais da vigilância em saúde do trabalhador, enfrentam dificuldades para avaliar os ambientes de trabalho e acessar os arquivos das empresas.

Napoleão (2000), cita que notificação dos acidentes do trabalho é uma exigência legal e por meio dela são fornecidos dados relativos ao número e distribuição dos acidentes, as características das ocorrências e das vítimas. A apresentação destes resultados por meio de dados estatísticos constitui base indispensável para a indicação, aplicação e controle de medidas preventivas. Porém, a subnotificação destes acidentes pode ocorrer, constituindo fator limitante tanto do ponto de vista preventivista quanto do ponto de vista jurídico-normativo.

Sobre a relação entre saúde do trabalhador e atenção básica em saúde, Amorim *et al.* (2017) observou que cabe aos CEREST [Centros de Referência em Saúde do Trabalhador] um papel importante enquanto matriciadores das ações, atuando junto aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e a outros setores da Vigilância em Saúde, tendo por referência o processo de trabalho das equipes da atenção básica, buscando identificar momentos e estratégias mais adequadas e oportunas, concluindo que:

A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve considerar o território como base operacional para o planejamento das ações e incorporar os problemas advindos das relações produção-trabalho, ambiente e saúde em uma atuação integrada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Requer ainda a configuração de redes intersetoriais a partir do objeto de intervenção, ampliando o desafio de se desenvolver ações dessa natureza nos territórios de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (AMORIM, *et al.*, 2017, p. 3411).

Bastos-Ramos; Santana e Ferrite (2015), em estudo realizado no período de 2007 a 2011, em todos os municípios do Brasil, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), discutem que não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e notificações dos Acidentes do Trabalho Graves (AT-Gr), concluindo que o número de municípios que notificam AT-Gr foi maior ao final do período estudado, embora sem associação com a cobertura da ESF, indicando a necessidade de maior envolvimento da atenção básica em saúde na saúde do trabalhador.

Souza e Virgens (2013), assinalam que um dos desafios da Saúde do/a Trabalhador/a (ST) é conseguir com que o conjunto de trabalhadores e gestores do SUS incorpore, na sua prática cotidiana, a compreensão do trabalho enquanto um dos determinantes do processo saúde-doença e da necessidade do envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores.

Esses aspectos são bem pontuados por meio da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 que Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, onde é enfatizado do Art. 1º ao Art. 8º os seguintes aspectos;

[...] a Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem como objetivos:

fortalecer a vigilância em ST e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde; promover saúde, ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção à ST; ampliar o entendimento e conceber a ST como uma ação transversal; incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença; assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e nos serviços de saúde do SUS; e assegurar a qualidade da atenção aos trabalhadores usuários do SUS (BRASIL, 2012, p. 1-3).

Face a esses aspectos, desenvolveu-se uma pesquisa de mestrado sobre quais os fatores associados à subnotificação dos acidentes de trabalho na rede de saúde de Maceió –AL.

Os aspectos que incluem a saúde do trabalhador é um campo favorável a novas discussões dentro da área das ciências da saúde ressalta-se que houve inúmeros avanços, assim como novos desafios profissionais, necessitou de uma atenção contínua no que concerne a ações voltadas para a prevenção de diferentes doenças e promoção a saúde desses trabalhadores. A pesquisa apresentou como questão norteadora: Qual a importância da subnotificação de acidentes de trabalhos no âmbito da ESF para a implementação de estratégias que possam colaborar para uma rede de apoio e promoção da saúde desses trabalhadores?

A pesquisa que subsidiou a escrita deste Trabalho de Conclusão do Mestrado teve como objetivo a análise dos fatores associados a subnotificações dos acidentes de trabalho pela Estratégia de Saúde da Família em Maceió - AL, engajado especificamente na identificação dos conhecimentos pelos profissionais da atenção básica acerca da notificação e investigação de acidentes de trabalho e do sistema de vigilância em saúde com relação a investigação e notificação dos agravos de saúde do trabalhador nas Estratégias de Saúde da Família.

Para um melhor entendimento do estudo e leitura compreensiva do mesmo, o trabalho encontra-se estruturado em seções: A primeira seção (capítulo 02) diz respeito a apresentação dos objetivos gerais e específicos da pesquisa que subsidiou a escrita da dissertação. A segunda seção em: Caminhos da Saúde do Trabalhador: aspectos teóricos, históricos e situacionais (capítulo 03) traz os aspectos históricos da saúde do trabalhador, fazendo uma ressalva no que se refere aos desafios para a implementação de ações que possam contribuir para a promoção da saúde de trabalhadores no campo da saúde e uma contextualização da organização das ações e serviços de saúde; traz também o contexto local, acerca da subnotificação dos

acidentes de trabalho em Maceió- AL.

A terceira seção (capítulo 04) leva ao leitor os aspectos que culminaram para a escolha do tema e sua relevância na literatura. Discorre, também, sobre os aspectos metodológicos, pontuando cada etapa do estudo, sendo exposto: cuidados éticos e análise dos riscos; análise dos benefícios e como foi realizada a análise dos dados.

A quarta seção (capítulo 05) apresentam os produtos, resultantes da análise e discussão das informações coletadas nos questionários aplicados junto aos profissionais da saúde com vistas a entender fatores associados a subnotificação dos acidentes de trabalho pela Estratégia Saúde da Família em Maceió -AL. Por fim, tem-se a conclusão e referências que serviram de subsídio para a construção de toda a dissertação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Constituiu como objetivo principal da pesquisa que subsidiou a escrita dessa dissertação: analisar os fatores associados a subnotificação dos acidentes de trabalho pela Estratégia Saúde da Família em Maceió-AL.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

E como objetivos específicos:

- 1) Identificar os conhecimentos acerca da notificação dos acidentes de trabalho pelos profissionais da atenção básica e investigar os conhecimentos dos profissionais da atenção básica acerca da saúde do trabalhador
- 2) Investigar a notificação de agravos a saúde do trabalhador na ESF nos sistemas de vigilância em saúde, com a intenção de visibilizar a questão da subnotificação.

3 CAMINHOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

3.1 ASPECTOS TEÓRICOS, HISTÓRICOS E SITUACIONAIS

Historicamente a Saúde do Trabalhador tem sido marcada por avanços e desafios, posto isto que muito há que se caminhar na direção da promoção de saúde, da prevenção de doenças e acidentes e na proteção específica aos trabalhadores e trabalhadoras dispostos nos mais diversos cenários laborais de nosso País. Revisitando o passado, tem-se como marco o ano de 1700, quando o médico italiano Bernardo Ramazini, considerado o Pai da Medicina do Trabalho, correlacionou mais de cinquenta patologias às respectivas atividades ocupacionais dos trabalhadores, em seu livro intitulado de: *De Morbis Artificum Diatriba*. (GOMEZ; VASCONCELLOS, MACHADO, 2018).

No contexto brasileiro, Gomez, Vasconcellos e Machado, (2018), entendem que o maior avanço da saúde do trabalhador no Brasil foi seu reconhecimento constitucional como área da saúde pública. Contudo, ações marcadas por disputas e preconceitos técnicos institucionais, ocasionam confrontos no campo do fazer, explicitando possibilidades de análise sobre os avanços frequentemente interrompidos por fragilidades do Estado, redutoras do grau de direito à saúde dos trabalhadores e que, embora as práticas sejam implementadas de forma lenta, destacar os avanços possibilita visualizar melhor os desafios.

A saúde do trabalhador é multifacetada e marcada pela atuação de diversos atores com premissa de atuação inter e transdisciplinar e intersetorial. Tomando como exemplo o contexto da vigilância em saúde do trabalhador (VST), Machado (2005, p. 3-6) relata que:

A vigilância em Saúde do Trabalhador como uma área de promoção da saúde requer pela natureza de suas práticas uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal inter e intra – setorial. Sendo que [...] esse modelo de redes de VST com suas características heterodoxas e construtivistas permite a visualização do contexto da ação institucional de VST relacionada às contradições no âmbito dos processos de trabalho, sendo [...] um processo social contínuo em que vários atores. Inclusive a sociedade, executam o seu protagonismo cotidianamente em níveis distintos de ação e com integrações organizadas por processos de promoção da saúde ou de reprodução do capital, em contextos perceptíveis e imperceptíveis se tocando continuamente.

No âmbito das políticas públicas, um dos passos mais importantes foi a inserção da Saúde do Trabalhador no SUS de forma Institucional com a criação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST e sua consequente operacionalização através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Mas houve um processo, relatado por Dias e Hoefel (2005, p.2-3), que ao realizarem uma investigação sobre a temática proposta neste estudo chegaram à conclusão de que “existem muitos desafios, entre eles a implementação de uma rede de atenção integral à saúde do trabalhador, colocando inclusive ao longo desses anos ora no âmbito da estrutura da Vigilância, ora na Assistência, ou em outras instâncias administrativas do SUS.”

Porém essas dificuldades não impediram que houvesse avanços na inserção de ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Avanços estes que pareou a saúde do trabalhador com a saúde coletiva, inserindo-a de vez na saúde pública, ampliando o olhar da saúde do trabalhador para além da individualidade e do setor privado, apontando agora o direcionamento das discussões para as necessidades coletivas, como observa Vasconcellos (2017, p. 2), ponderando que a saúde do trabalhador “é um tema que se insere no âmbito da saúde coletiva e alvo de intervenção da saúde pública, assim o enfoque utilizado na discussão será o das necessidades coletivas.”

Por isso, a Constituição Brasileira de 1988, ao determinar ao SUS atribuições de Saúde do Trabalhador, reforça que a gestão do SUS estabeleça uma série de medidas capazes de lidar com a Saúde do Trabalhador, aqui incluído o estudo do perfil epidemiológico dos agravos que, historicamente, exibem números de magnitude aterradora. Enfatiza que somente para trabalhadores com contrato em Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foram cerca de 40 milhões de doenças e acidentes de trabalho, desde que a Previdência Social iniciou seu registro em 1968 (VASCONCELOS, 2017).

Vasconcelos (2017) argumenta ainda que, em pesquisa nacional as mortes no trabalho, entre 1988 e 2011, foram 82.171. Mas observa que, a despeito desse cenário, os indicadores de subnotificação desses agravos são extremos. Conforme pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), em parceria com o Ministério da Saúde, demonstra-se um número de aproximadamente 5 milhões de acidentes de trabalho, nos 12 meses anteriores à pesquisa, ou seja, um número quase 7 vezes maior que os da Previdência Social.

Corroborando esses dados, Maia *et al.* (2015) conclui que para dar conta dessas lacunas, a reversão dos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho depende da intervenção, por parte das estruturas de saúde pública, na sua vertente de vigilância em saúde. É somente por ela que se pode efetivamente transformar a realidade, intervindo nos processos, ambientes e condições de trabalho.

Essa modalidade de ação, ainda que seja uma necessidade coerente com o modelo de saúde que prioriza a prevenção, conforme o art. 198 da Constituição Federal, promulgada em 1988, não faz parte da agenda de prioridades dos gestores do SUS. Contudo, nesse âmbito, Costa (2013) assinala que, mesmo com fragilidades no processo de notificações dos agravos em saúde no contexto do trabalho, nas últimas décadas houve avanço nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST), aqui incluso os aspectos relacionados às ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

Porém, Costa (2013) reconhece que são grandes os desafios aos programas e ações que poderiam ser mais efetivos na melhoria dos indicadores nacionais, considerando, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o Brasil ocupa o 4º Lugar no ranking mundial de acidentes fatais, com 720 mil acidentes no ano de 2010, dos quais mais de 2500 resultaram em mortes. Convém destacar que tais dados representam apenas uma parte do total dos acidentes efetivamente ocorridos, por excluírem agravos não registrados pelas empresas e os sofridos por trabalhadores do setor informal, além da reconhecida subnotificação. Dessa maneira, assiste-se ao aumento dos agravos e ao surgimento de novo perfil de morbidade, em especial as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os problemas de saúde mental decorrentes da reestruturação da economia e da produção.

3.1.1 CEREST e os serviços à saúde do trabalhador no Brasil

Com o objetivo de assegurar a atenção integral à saúde dos trabalhadores brasileiros, foram criados dispositivos e estruturados serviços no âmbito da rede pública de saúde com vistas a garantir ações de promoção, proteção e assistência à saúde do trabalhador. Um dos principais pontos de atenção à saúde criados foram os CEREST's e para facilitar o entendimento, faz-se necessária a explicação sobre a concepção histórica desses centros, que é a Entidade Pública do SUS que permitiu a realização deste trabalho e para onde deverão ser convertidos todos os produtos resultantes dessa pesquisa de mestrado.

Sabe-se que desde o início dos tempos, o trabalho é vendido como método de subsistência e na sociedade atual, a principal forma de compensação é a monetária, ficando a saúde relegada a segundo ou terceiro plano, vindo até depois das questões estruturais (VASCONCELOS, 2017).

Com a evolução dos fatos, primeiro houve a descoberta da necessidade de se olhar a questão da saúde no ambiente ocupacional como componente das questões de capital vez que, com a Revolução Industrial e os confinamentos, um trabalhador ou trabalhadora adoecido contaminava todos os demais e a fábrica não podia funcionar conforme observou Robert Baker (1830) ao vislumbrar a necessidade de se colocar um médico na empresa e a ele delegar a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores.

No Brasil não poderia ser diferente, porém muito tempo se passou até que a saúde coletiva, através do olhar da vigilância, precisou pensar a inserção dos aspectos ocupacionais, em suas formas de execução que levam à saúde ou ao adoecimento, no Sistema Único de Saúde.

Então, foi assim que, para Gomez; Vasconcellos e Machado (2018) o elemento principal, central, para que se comece a discutir os condicionantes de saúde e doença no âmbito ocupacional é o processo de trabalho, cuja análise possibilita, ainda que de forma hegemônica e simplista, estabelecer conexões simplificadas de causa e efeito, numa visão uni ou multicausal, mas que não levam em conta a dimensão social e histórica do trabalho na correlação do binômio saúde/doença.

Em relação à questão da saúde do trabalhador no Brasil, enfatiza-se que houve um aumento acentuado nos movimentos que pleiteavam a regulamentação da jornada de trabalho em busca de melhores salários, mas de forma direta, ainda nada se observava em relação à saúde e ao adoecimento ocupacional, apesar de serem dessa década os primeiros movimentos em defesa da saúde pelas melhorias das condições de trabalho, através de ações pontuais.

Desta forma chegou-se à incorporação da Saúde do Trabalhador (ST) pelo SUS, que aconteceu de maneira diversificada, mesmo tendo sido incluída na Constituição de 1988, que capilarizou e permitiu a criação de Programas de Saúde do Trabalhador, o percurso de institucionalização da ST no SUS não se constituiu em trajetória linear de implementação constante e incremental.

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, à medida que se avançava na inclusão mais orgânica da área de ST no SUS, os desafios para a sua consolidação efetiva surgiam, muitas vezes, como verdadeiros obstáculos para sua viabilização. Surgiu uma tentativa de incorporação pelos municípios e pela APS através da criação de novos Programas de Saúde do Trabalhador nos estados e municípios a nível nacional, que duravam pouco pois não havia sido incorporada à cultura de Saúde do Trabalhador, como não foi até hoje.

Foi para enfrentar estes desafios, que teve início a ideia de concepção de uma rede nacional para a saúde do trabalhador, no início da década de 2000, com um esboço dos novos rumos da Política de Saúde do Trabalhador, através da formulação, pela equipe técnica do Ministério da Saúde, de uma proposta de integrar tudo através de uma Rede de Saúde do Trabalhador, que dois anos depois, seria oficialmente normalizada como Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast.

Assim, no âmbito do SUS, a Saúde do Trabalhador é garantida pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e pela Portaria nº 2728/GM, de 11 de novembro 2009, que institui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o objetivo de estruturar a rede de serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador. Entre seus componentes, estão os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), criados por meio da Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012, os quais têm o papel de prover a retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede SUS.

Estes centros desempenham função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. É definido como uma instância de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, bem como nos serviços especializados e de urgência e emergência (CEPESQ, 2019).

Foi nesse ensejo de estruturação da RENAST que surgiu o CEREST Alagoas, que tem a missão de ser um órgão de referência na vigilância, assistência, projetos e estudos em saúde do trabalhador, sendo responsável pela coordenação da política estadual de saúde do trabalhador, habilitado pela Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST – atuando em sinergia com a APS/ESF/SUS também no

sentido de preservar a saúde da população trabalhadora em geral, bem como identificar situações risco nos diversos campos de atuação, além de intervir no sentido de assegurar o cumprimento das normas reguladoras nas relações de trabalho, vez que tem, em seu público-alvo, trabalhadores formais, informais, funcionários públicos, trabalhadores urbano e rural, e trabalhadores em situação atual de desemprego, desde que tenham algum tipo de suspeita de doença ocupacional, desde que venham sempre através de encaminhamento da rede do SUS, instituições privadas e governamentais, sindicatos e empresas, considerando ser um órgão de referência especializada, que não pode ser porta de entrada para a rede de saúde.

3.2 A Saúde do trabalhador no âmbito gerencial do SUS em Alagoas e em Maceió

Sobre a política de saúde pública de Alagoas, conforme consta no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, o Estado está em consonância com o caminhar até aqui descrito, porquanto, tem considerado o amplo debate nacional que se propõe desde 1990 e tenta integrar as Redes de Atenção à Saúde – RAS – aqui entendidas como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado [...] têm por objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (ALAGOAS, 2020, p.29).

Salientando que qualquer plano de saúde desenvolvido sob o referido modelo assistencial, deve considerar a Atenção Primária à Saúde - APS como centro de comunicação, reafirmando o seu papel de ser a principal porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde, bem como ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS, além de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e etc.), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (ALAGOAS, 2020).

Estrategicamente, a posição da APS no fluxo da atenção à saúde do usuário, objetiva potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde. Nesse sentido a política de saúde deve ter um olhar prioritário

para a vigilância em Saúde, que tem papel fundamental nesse contexto, por objetivar a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

O conceito de vigilância em saúde inclui de acordo com o Plano Estadual de Saúde - PES (ALAGOAS, 2020, p. 29-31) os seguintes aspectos;

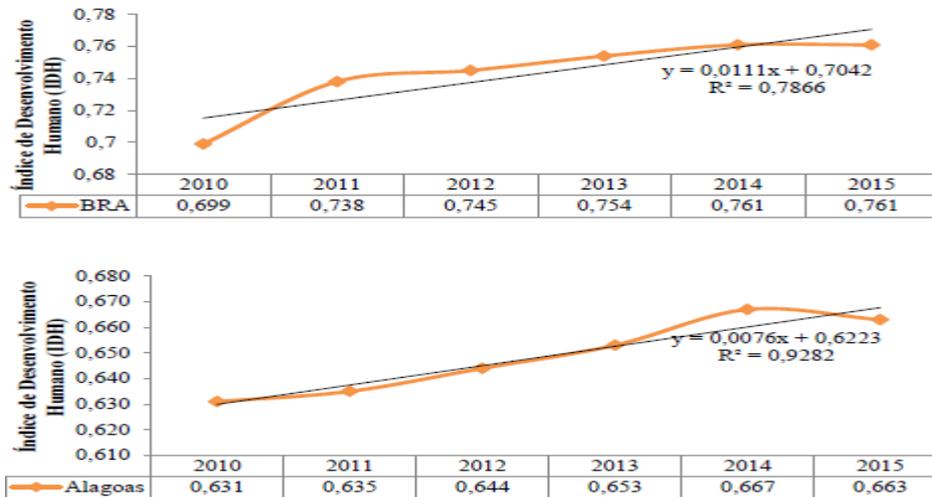
A vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária [...] culminando na observação de que o Estado seguirá em alinhamento com os Planos Municipais de Saúde – PMS 2018-2021, mas que propõe, em consonância com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, também, ações de...Item V – Integração das Ações e Serviços de Vigilância e Atenção à Saúde para Reversão de Indicadores Inaceitáveis que impactam a saúde da população.

Sobre a situação de saúde de Alagoas é importante salientar que o Estado de Alagoas representa 5,9% da população do Nordeste e 1,63% da população do Brasil. É composto por dez Regiões de Saúde. Dentre as Regiões, a 1ª RS, cuja sede é Maceió, aparece como a mais populosa, concentrando 38,1% dos residentes de Alagoas.

Sob o aspecto socioeconômico, cabe aqui uma pequena explanação sobre o IDH por se tratar de indicador estreitamente ligado à Saúde do Trabalhador: Trata-se de uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD, 2010). Sobre a relação do IDH com a saúde do trabalhador, tanto maior a renda e melhor a educação, mais qualificação ocupacional e menos adoecimento.

Em uma análise temporal, no período de 2010 a 2015, o Brasil apresentou uma forte tendência de aumento do IDH ($R^2=0,7866$), assim como Alagoas ($R^2=0,9282$) conforme demonstrado no (Gráfico 10).

Gráfico 01 – índice de Desenvolvimento Humano, Brasil e Alagoas, 2010 a 2015

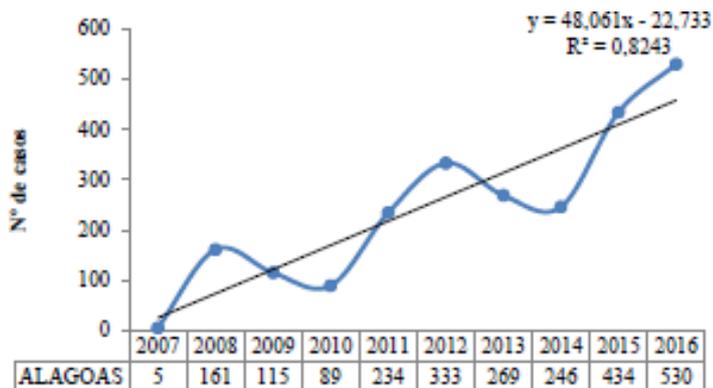


Fonte: ALAGOAS, 2020.

Especificamente na área de saúde do trabalhador o PES mostra seis indicadores que foram analisados: Acidente de trabalho com exposição a material biológico, acidente de trabalho grave, Intoxicação exógena, LER/DORT e Disfonia. Entretanto, a pesquisa tem como foco, analisar apenas os aspectos relacionados aos acidentes graves do trabalho conforme definido pelo Plano Estadual de Saúde, 2020-2023.

Eis que em 2016, foram notificados, em Alagoas, 530 acidentes de trabalho grave, analisando a série, visualiza-se tendência forte no aumento do número de notificações (Gráfico 33 e Tabela 16).

Gráfico 02 - Tendência temporal das notificações de acidente de trabalho grave, Alagoas, 2007-2016



Fonte: SINAN NET/GIANS/SUVISA/SESAU-AL – Dados tabulados em 03/07/2017 – sujeitos à revisão.

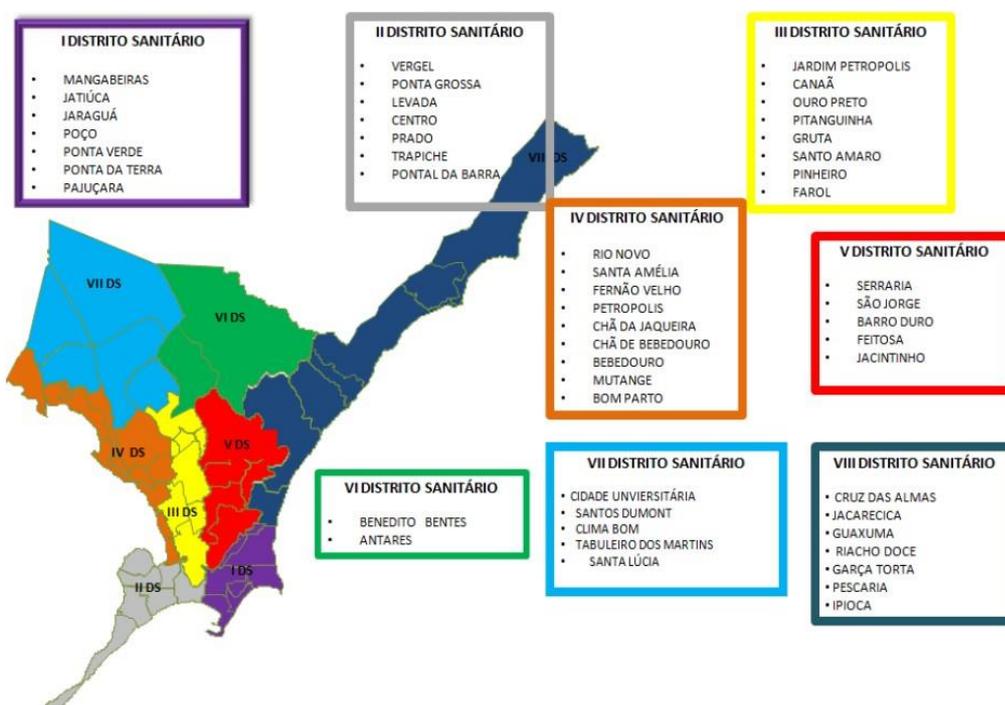
Fonte: Alagoas (2020).

Observa-se pelos presentes dados apresentados, o grau de precariedade na coleta e registro das informações também neste indicador em nível estadual.

Sobre os dados e informações referentes ao município de Maceió, lócus da pesquisa. Pelo estudo do Plano de Saúde de Maceió, que tem vigência de 2018 até 2021, a cidade possui uma densidade demográfica de 1.989,57 hab/km², segundo o IBGE. Estima-se que menos de 0,01% ainda reside na zona rural desse município. Integra com outros doze municípios alagoanos a região metropolitana de Maceió, sendo o mais populoso de Alagoas.

Maceió representa, aproximadamente, 29,94% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509,552 km² dividida em 51 bairros, sendo esses subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), de acordo com a organização espacial desenhada pelo SUS para a oferta das ações e serviços à população.

Figura 01 – Distribuição dos bairros, por Distritos Sanitários no Município de Maceió, 2016



Fonte: Maceió (2017).

No ano de 2016, a população estimada pelo IBGE foi de 1.021.709 habitantes residentes em Maceió, sendo que, aproximadamente, 53,4% representa o sexo feminino e, 46,6%, o sexo masculino. A densidade demográfica é uma medida da distribuição espacial da população e permite o estudo da concentração ou dispersão dessa população no espaço geográfico considerado.

Esse indicador é importante para o planejamento urbano e para a definição de políticas de ocupação do território, informando sobre a pressão populacional e as necessidades de infraestrutura da área. A distribuição da densidade demográfica do município, em 2016, sugere que o I, II e o V Distritos Sanitários são os que apresentam maior adensamento populacional no território, conforme indica a tabela 01.

Tabela 1 – Distribuição de frequência da população, área territorial e densidade demográfica, segundo

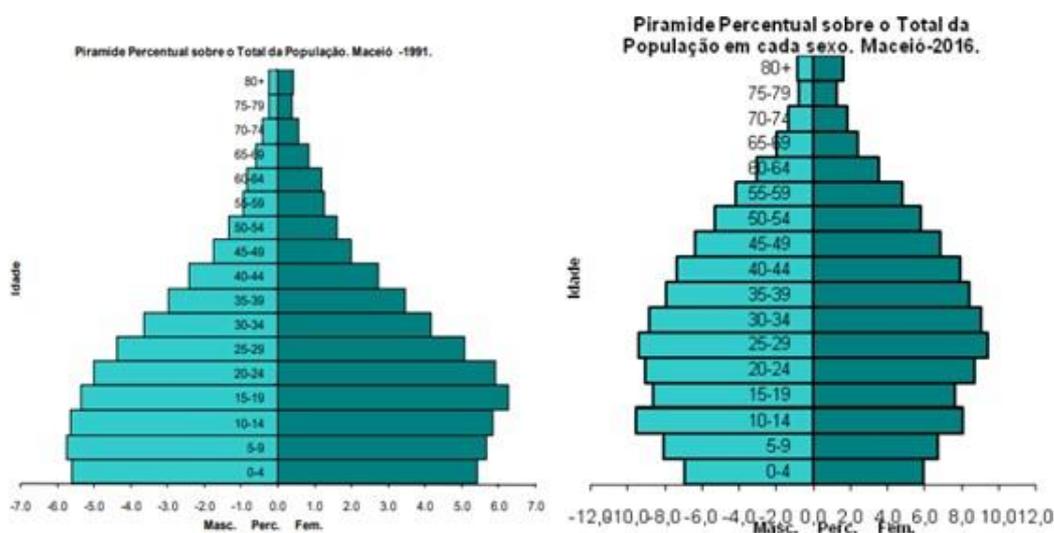
Distrito	População	Área territorial	Densidade demográfica
I Distrito Sanitário	109.806	9,77	11.239,10
II Distrito Sanitário	110.936	11,38	9.748,33
III Distrito Sanitário	75.309	13,26	5.679,41
IV Distrito Sanitário	106.005	17,93	5.912,16
V Distrito Sanitário	179.255	18,490	9.694,70
VI Distrito Sanitário	122.104	30,820	3.961,84
VII Distrito Sanitário	268.739	44,100	6.093,85
VIII Distrito Sanitário	41.778	53,340	783,24

Distrito Sanitário Maceió – AL, 2016

Fonte: Maceió (2017).

A transformação do padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas em Maceió, como pode ser visualizado na figura 02 - comparativa das pirâmides etárias, entre 1991 e 2016. Os dados revelam um envelhecimento populacional, representado pelo alargamento do topo da pirâmide e estreitamento da base. Tal mudança indica que Maceió acompanha uma tendência nacional, onde taxas de fecundidade diminuem e as populações envelhecem.

Figura 02 – Comparativo das pirâmides populacionais Maceió – AL 1991- 2016



Fonte: Maceió, (2017).

Quadro 01 - Priorização de problemas de sistema e dos serviços de saúde

PROBLEMAS PRIORIZADOS	DISTRITOS SANITÁRIOS
Insuficiência da oferta de serviços para consultas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Inadequação de funcionamento do Complexo Regulador Assistencial (CORA) quanto à marcação de consultas, exames, procedimentos, fluxo de atendimento com marcação onde não há oferta e ingerência político administrativa.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Carência de um Centro de Referência Municipal para assistência especializada para as mulheres	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Insuficiência na manutenção preventiva/corretiva de equipamentos e materiais permanentes nas Unidades Básicas de Saúde.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no Município de Maceió.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Inexistência e/ou desativação dos Conselhos Gestores nos Distritos Sanitários.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Carência e/ou má distribuição dos profissionais nas Unidades de Saúde nos Distritos Sanitários.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Insuficiência de ações de prevenção e promoção à saúde nas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Inexistência da maioria dos dispositivos (Residências Terapêuticas, CAPS III, CAPS AD e Unidades de Acolhimento) que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Insuficiência de insumos, equipamentos e medicamentos nas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários.	I, IV, V, VIII
Inadequação de estrutura física de Unidades de Saúde nos Distritos Sanitários quanto ao local construído e à acessibilidade às pessoas com necessidades especiais.	I, II, III, V, VIII
Subnotificação das doenças e agravos de notificação compulsória.	II, III, IV, VIII
Ineficiência da tecnologia da informação para a operacionalização dos sistemas de saúde.	II, III, IV, VIII
Precariedade das condições de trabalho nos serviços municipais de saúde.	II, III, V, VI,
Dificuldade de acesso aos serviços ofertados na Rede Materno Infantil.	I, II, V
Falta de segurança para as Unidades de Saúde, servidores e usuários nos Distritos Sanitários.	V, VII

Fonte: Maceió, (2017).

Pela análise do quadro 1, exposto no Plano Municipal de Saúde (2017, p. 46) dois pontos já começam a chamar a atenção na confecção do presente trabalho: 1) A baixa cobertura da ESF no município de Maceió, percebida em todos os Distritos e; 2) Subnotificação das doenças e agravos de notificação compulsória, ambos priorizados em quase todos os distritos.

3.2.1 Contextualização da organização das ações e serviços de saúde

O Sistema Único de Saúde em Maceió está configurado em um modelo de organização dos serviços que visa a uma atenção à saúde universal, equânime e integral à população, na perspectiva de garantir a saúde como direito. Tomando como referência a diretriz da regionalização do SUS, no âmbito do Estado de Alagoas, Maceió é sede da 1ª macrorregião de saúde e integra, com outros onze municípios, a 1ª Região de Saúde, conforme mostra a figura 03.

Figura 03 - Mapa das regiões de saúde, por macrorregião. Alagoas, 2016.



Fonte: Maceió (2017).

Para garantir a atenção à saúde da população residente e referenciada, a rede ambulatorial própria do SUS, no município de Maceió, é constituída de 75 serviços de saúde para atendimento à atenção primária à saúde e especializada, de média complexidade, distribuídos entre as categorias descritas na tabela 2.

Tabela 2 - Serviços de Saúde da rede própria, Maceió/AL, 2017

Descrição do Serviço de Saúde	Quantidade
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)	36
Unidades Básicas de Saúde – Modelo Tradicional/Demanda Espontânea	16
Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e Modelo Tradicional)	06
Unidades de Pronto Atendimento – UPA	02
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	05
Unidades Especializadas ¹	07
Centro de Especialidade Odontológica – CEO	02
Centro de Especialidades (PAM Salgadinho)	01
Total	75

Fonte: Maceió (2017).

Quanto à Vigilância em Saúde do Trabalhador, o Plano Municipal de Saúde de Maceió 2018-2021 (PMS) traz o delineamento de execução da vigilância em saúde do trabalhador para o município de Maceió da seguinte forma:

A saúde do trabalhador é um importante componente da Saúde Pública e compreende a utilização de novas práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, a produção de conhecimentos, a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho, o fortalecimento da capacidade técnica e o uso de novas tecnologias sociais que reforcem a saúde coletiva (MACEIÓ, 2017, p.107).

O conceito de saúde do trabalhador adota uma visão ampla da relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença, que supera as formas tradicionais do ambiente e seus agentes. Na percepção de Mendes (1991) a concepção de saúde do trabalhador, portanto, propõe uma forma de compreensão das relações entre trabalho, saúde e novas práticas de atenção à saúde e de como se dá a intervenção dos trabalhadores nos ambientes de trabalho. Busca-se com esse olhar compreender a ocorrência dos problemas de saúde à luz das condições e dos contextos de trabalho.

Por sua vez, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é concebida como uma atuação contínua e sistemática do sistema de saúde, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de

forma a eliminá-los ou controlá-los (MACEIÓ, 2017, p. 107).

Em Maceió, as ações de vigilância em saúde têm ficado somente sob a responsabilidade do CEREST, que atende à população residente e referenciada. De acordo com PMS 2018-2021, o CEREST tem como objetivos: intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à segurança e saúde da população trabalhadora, por meio da vigilância do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza; Participar, em conjunto com o Estado e o Município, na definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial; implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho; capacitar os trabalhadores de diversas categorias para identificação e atuação nas situações de riscos à saúde, relacionados ao trabalho; realizar ações de regulação, monitoramento, avaliação e auditoria das ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência.

A avaliação da Política de Saúde indica que, nos últimos anos, a gestão investiu na melhoria da estrutura do CEREST, por meio de reformas, de aquisição de equipamentos, que incluem os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de insumos para as ações de rotina e de ampliação do quadro de profissionais para atuar em atividades externas. Na atualidade, o CEREST é referência no Brasil quanto à capacidade instalada para o desenvolvimento das ações e serviços. Dentre os avanços identificados nas ações de saúde do trabalhador implementadas pelo Centro, destacam-se: o aumento das notificações nos últimos anos, o crescimento das atividades de inspeções nos ambientes de trabalho e processos produtivos e a implantação das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador em vários municípios (MACEIÓ, 2017, p. 108-109).

Na escrita acima há que se contextualizar que, decorridos cinco anos da elaboração do PMS, ainda existe a carência de aquisição de equipamentos e na ampliação do quadro de profissionais que compõem aquela Instituição de Saúde Municipal. Não obstante, de fato, avanços ocorreram com o aumento das notificações nos últimos anos, sendo objeto de pesquisa desta Dissertação, mas que ainda estão muito longe de refletirem a realidade dos agravos à saúde do trabalhador que acontecem no território abrangido pelas Unidades de Saúde da Família.

Para o próximo quadriênio, no âmbito do CEREST, os desafios são: fortalecer o matriciamento nos municípios, ampliando as ações de saúde do trabalhador; aumentar as inspeções e as notificações; melhorar os indicadores relacionados às notificações dos agravos de

acidente com exposição a material biológico, intoxicações ao trabalho, LER/DORT e transtorno mental nos trabalhadores e redefinição da Rede Sentinela para o funcionamento conforme preconiza a legislação. E, enquanto desafio macro, Maceió deve estruturar melhor as ações em torno da vigilância em saúde do trabalhador para além do Centro, para, de fato, dar conta dos objetivos da vigilância em saúde, numa dimensão que é estratégica e essencial para a saúde pública (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017, p. 108-109).

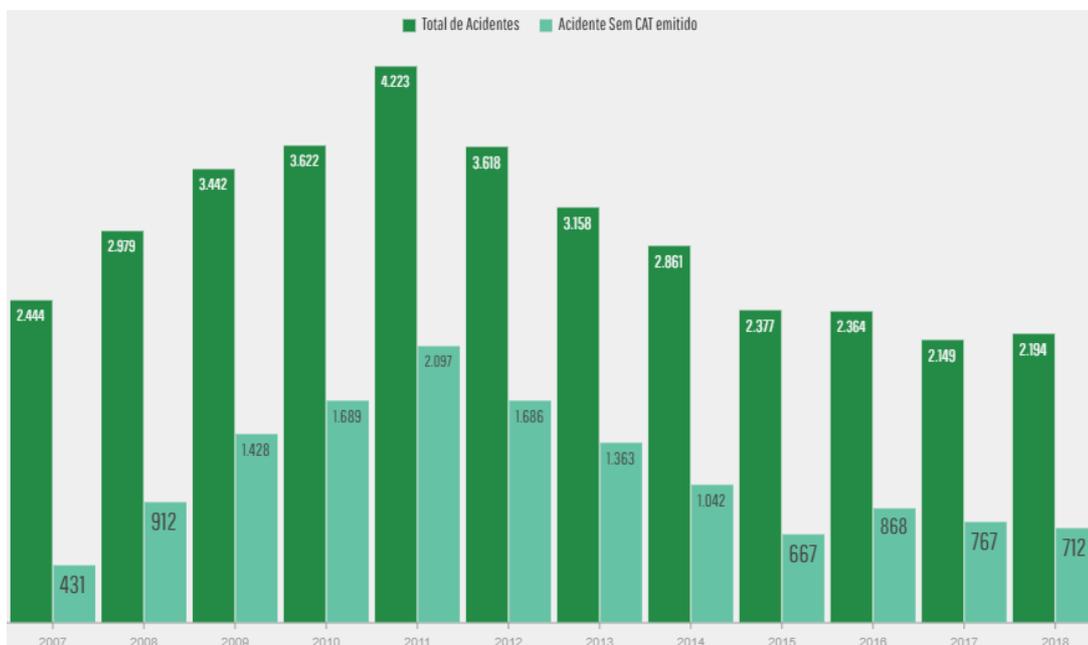
Depreende-se então que os desafios estão em consonância com a proposta da pesquisa, durante o próximo quadriênio, principalmente no sentido de aumentar as notificações em saúde do trabalhador, diminuindo as subnotificações e permitindo o estabelecimento de políticas públicas municipais de saúde.

3.3 O CONTEXTO LOCAL: A SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO EM MACEIÓ- AL

Em uma outra linha de pesquisa, investigou-se os dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho. Em 2018, último ano que as informações estão disponíveis, foram registradas na cidade de Maceió- AL, 2194 comunicações de acidentes de trabalho no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e 2028 notificações relacionadas ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No banco de dados do SINAN são consideradas somente as doenças e agravos monitorados com ênfase pela Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho, s/d).

Analisando a série histórica 2007-2018, expressa nos gráficos abaixo, com dados do observatório, é possível identificar o significativo quantitativo de acidentes de trabalho sem a emissão da notificação através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), portanto, sinalizando falhas na notificação.

Figura 03 - Estimativa de subnotificação dos acidentes de trabalho

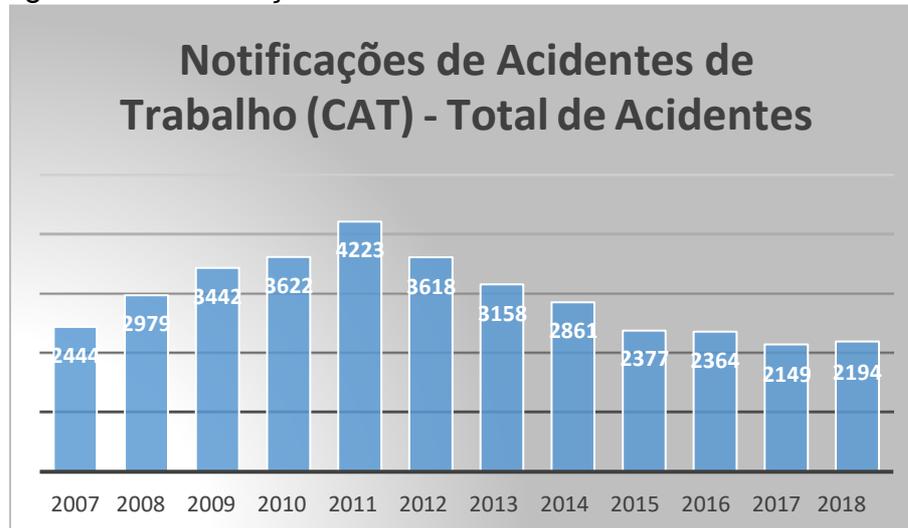


Fonte: Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (2020).

Em destaque, para a perspectiva geográfica selecionada, apresenta-se uma estimativa de subnotificação para acidentes de trabalho que resultaram em afastamento previdenciário, considerando que muitos registros de acidentes são gerados no momento da concessão do benefício, sem correspondente emissão anterior na forma da lei. Em razão da inexistência de outra métrica para os casos em que não há afastamento do trabalho, esta é, por aproximação, a melhor forma de estimar subnotificações. No gráfico acima, o comportamento dos registros com comunicações emitidas e sem comunicações emitidas na série histórica. (OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, 2020).

Analisando a figura vemos que no ano de 2011, ocorreu o maior número de notificações, com 4223 registros, a média de acidentes notificados no período foi de (35431: - 12=2952,58). Já a estimativa de acidentes de trabalho sem CAT, com 2097 registros, também aumentou no período (13662: -12=1138,5). Outro aspecto que ganha destaque são os anos de 2015 e 2016. Em 2015, foram notificados 2377 acidentes de trabalho, com 667 acidentes não notificados; em 2016 ocorreram 2364 acidentes de trabalho (número menor que o ano base 2015), mas foram estimados 868 acidentes de trabalho sem a correta notificação (quantitativo maior que o ano base 2015).

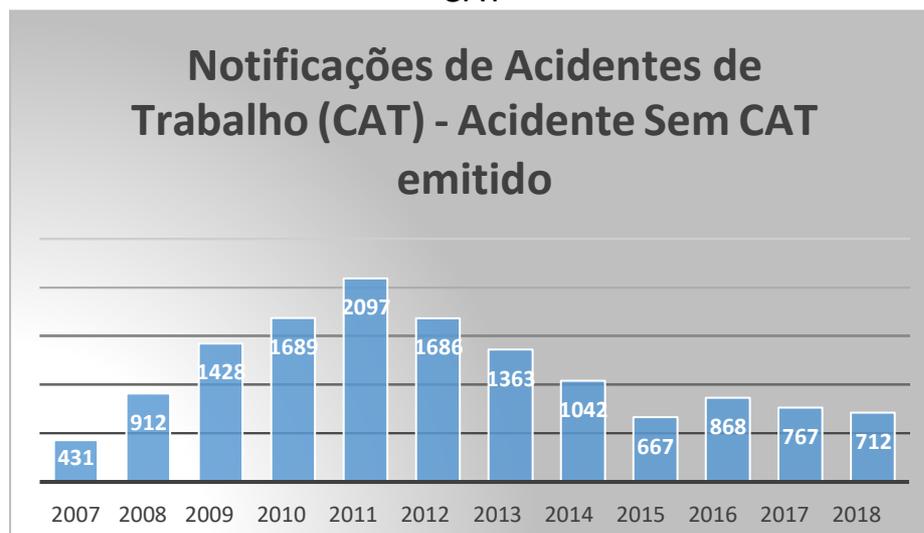
Figura 04 - Notificações de acidentes de trabalho em Maceió - AL



Fonte: Observatório de segurança e saúde no trabalho, (2020).

Analisando a figura 2 vemos que no ano de 2011, ocorreu o maior número de notificações, com 4223 registros, a média de acidentes notificados no período foi de 33413.

Figura 05 - Notificações de acidentes de trabalho em Maceió- AL sem emissão do CAT



Fonte: Observatório de segurança e saúde no trabalho, (2020).

Analisando a figura vemos que no ano de 2011, ocorreu o maior número de notificações sem CAT emitido, com 2097 registros, a média de acidentes notificados no período foi de 1138,5. A análise desses dados reforça a necessidade da correta notificação dos acidentes de trabalho. Por exemplo, com os dados catalogados pelo observatório, no ano de 2018, a taxa de subnotificação foi de 32,5%.

4 MÉTODO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A pesquisa utilizou um modelo de pesquisa mista, com a adoção de estratégias quantitativas e qualitativas de pesquisa. O instrumento para a construção das informações foi um questionário estruturado, seguido de uma pergunta aberta na qual os participantes poderiam escrever livremente refletindo sobre o processo de notificação dos acidentes de trabalho. Com esta modalidade de estudo, a partir dos dados colhidos, buscou conhecer os atores e os processos em curso na Unidades de Saúde, bem como as formas de execução/não execução das notificações, por meio da análise detalhada dos fatores inseridos nos processos, culminando com a proposição de ferramentas, capacitações e estruturação que permitam aproximar o sistema público da realidade ocupacional existente nos territórios de abrangência da Estratégia de Saúde da Família em Maceió.

A estratégia metodológica escolhida visou contribuir para o processo de estruturação e execução de ações de vigilância, na perspectiva da atenção integral à saúde, aqui incluída a saúde do trabalhador, a partir de alinhamento com a linha de Vigilância em Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE – da Universidade Federal de Alagoas. O cenário de estudo foram as Unidades Básicas de Saúde onde os sujeitos pesquisados foram os profissionais da Estratégia Saúde da Família, de nível superior, que podem notificar os agravos relacionados à saúde: médicos e enfermeiras.

4.1 PERCURSO DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu no período de agosto a novembro de 2020. Para o início do levantamento de dados foi necessária autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, sendo realizada várias visitas àquela instância de saúde, com migração do documento por vários departamentos em um processo burocrático intenso que poderia ser facilitado se houvesse maior celeridade nas análises e nas migrações pelos vários departamentos que se fazem necessários.

Conseguida a autorização, pleiteou-se, junto à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED), autorização para que os discentes do oitavo período nos auxiliassem na pesquisa porquanto os mesmos cursam a disciplina de Saúde e Sociedade VII, Medicina do Trabalho, onde precisam aprender a fazer Vigilância em Saúde do Trabalhador. O pleito foi negado por entender a FAMED que

atravessávamos um período de pandemia da COVID19 e que isso colocaria os alunos em perigo.

Após inúmeras viagens e visitas às Unidades de Saúde da Família de Maceió, do segundo ao oitavo distrito sanitários, 50 profissionais (médicos e enfermeiros) aceitaram participar do estudo. A ferramenta para coleta dos dados utilizada foi uma adaptação do instrumento elaborado por Amorim *et al.*, (2017), em sua dissertação “Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João Pessoa – PB, por Luciana de Assis Amorim na ENSP/FIOCRUZ, que é composto 30 itens, divididos em 04 blocos, a saber: aspectos sociocupacionais, conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas a notificação dos acidentes de trabalho.

A cidade de Maceió possui 40 equipes da Estratégia Saúde da Família, cada uma composta por um profissional médico e um profissional enfermeiro, após o cálculo para a amostra, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, definiu-se que 37 médicos(as) e 37 enfermeiros (as) participaram do estudo. Definiu-se como critério de inclusão: Médicos e Médicas, Enfermeiros e Enfermeiras que atuam no atendimento aos pacientes nas Unidades Básicas de Saúde de Maceió. Já como critérios de exclusão definiu-se: 1) profissionais médicos e enfermeiros que se recusem a participar do estudo; 2) Profissionais que apresentaram problemas de saúde que impediram a aplicação e a resposta ao questionário; 3) Profissionais que afastados das suas atividades laborais no momento da pesquisa.

Entretanto, em razão do contexto sanitário e aplicando os critérios para participação do estudo (inclusão e exclusão), foram aplicados 50 questionários (25 médicos e 25 enfermeiras (n=50) face que grande parte dos profissionais encontravam-se afastados em função da pandemia de COVID19. Vale ressaltar que foram entrevistados os profissionais que compunham as mesmas equipes Saúde da Família, assim obteve-se a resposta de 25 equipes da Estratégia Saúde da Família.

4.2 CUIDADOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS RISCOS

O estudo segue as recomendações das resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como os estudos desenvolvidos no âmbito do SUS, sendo aprovada sob parecer consubstanciado número 3.903.232 e CAAE:

28676820.3.0000.5013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.

Convém destacar que a presente pesquisa não apresentou riscos à vida ou a biossegurança dos seus interlocutores. Entretanto, alguns incômodos poderão ser gerados, como timidez e cansaço, dessa forma esta pesquisa está assumindo três estratégias com vistas a garantir um maior respeito em relação aos informantes (SPINK; MENEGON, 2004), considerando implicações e cuidados éticos que se pretende desenvolver na condução das entrevistas e observações:

- Consentimento livre e esclarecido – que consiste na solicitação dos/as informantes e das instituições de um consentimento, por escrito, de que eles/as (as) se dispõem a colaborar com o estudo e autorizam o uso do material discursivo e documental produzido durante a pesquisa ou fornecido pelos informantes. Esse acordo selado é, obviamente, passível de ser revisto durante o desenvolvimento da pesquisa; é um direito que assiste aos informantes;

- Anonimato – mesmo obtendo, por partes dos/as informantes, autorização para uso e referência aos relatos e opiniões, isso não isenta a necessidade de manter em sigilo a identificação dos/as participantes. Todos os questionários aplicados ficarão sob guarda do Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva da Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca, durante 05 anos, após esse período os questionários serão incinerados;

- Resguardo das relações de poder abusivo – consiste numa relação de confiança entre pesquisador/a e participantes, considerando que não há, nem deve haver relações hierárquicas, nem abuso de poder dos pesquisadores/as no trato com os/as informantes, ou seja, que o/a pesquisador/a não se deixe levar pela curiosidade pessoal, respeitando, inclusive, o direito de não resposta por parte do/a entrevistado/a.

Ressalta-se, também, que além dos participantes do estudo que terão acesso a qualquer informação que seja solicitada, os resultados da pesquisa serão publicizados, sejam eles favoráveis ou não, em eventos científicos e periódicos acadêmicos da área de Vigilância em Saúde do trabalhador/a.

4.3 ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS

Por meio da análise dos dados, poderão ser elaboradas estratégias que visem o desenvolvimento de correta notificação dos acidentes de trabalho, visando diminuir os casos de subnotificação destes agravos em saúde; subsequentemente, poderá ser

identificada a necessidade de uma melhor capacitação e/ou atualização dos profissionais responsáveis pela notificação dos acidentes de trabalho na Estratégia Saúde da Família em Maceió, por meio de cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde do município, com vista a reduzir a subnotificação dos acidentes de trabalho e subsidiar o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados estatisticamente, por meio do programa Microsoft Excel® para a realização de análises descritivas (Medidas de Posição e Variabilidade) bem como delinear o perfil sócio-ocupacional da amostra.

Para as respostas da questão aberta do instrumento de coleta de dados, foi utilizada a análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que permitiu analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (HENNING; FOSSÁ, 2015). Bardin (1977) ressalta a importância do rigor na utilização da análise de conteúdo, a necessidade de ultrapassar as incertezas, e descobrir o que é questionado.

Para análise dos dados, com vistas a produção do artigo científico, foram desconsideradas as questões abertas, uma vez que se conseguiu manifestações de apenas dois profissionais dos 50 pesquisados. Contudo, essas respostas foram analisadas e incorporadas na produção do material educativo resultante da dissertação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo a determinação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, os resultados foram organizados em dois produtos. O primeiro, diz respeito a um artigo científico com vistas a publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade que também agrega artigos sobre a saúde do trabalhador e o segundo produto é uma cartilha confeccionada em colaboração com o CEREST-AL.

5.1 ARTIGO

Os desafios da notificação dos acidentes de trabalho na ESF em Maceió-AL

Resumo:

A saúde do trabalhador encontra um cenário favorável na APS do SUS por ser esta considerada como ordenadora rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado, cuidado este que ganha relevância no contexto das transformações socioeconômicas em curso no Brasil atual. Face por precarização das condições de trabalho que resultam no agravamento dos problemas de saúde, como os acidentes de trabalho, estes constituem como um desafio a todos os pontos da rede de atenção à saúde, especialmente na APS, por ser um dos primeiros pontos de contato dos usuários com atenção à saúde. A APS também se destaca por ser um locus privilegiado que oferta ações, no âmbito individual e coletivo, uma vez que, no cotidiano, os profissionais da atenção primária lidam com problemas advindos da relação trabalho-saúde-doença. Porém a APS apresenta dificuldades na incorporação de ações diretamente associadas à saúde do trabalhador, por motivos que vão desde a invisibilidade e não conhecimento das atividades laborais desenvolvidas nos territórios adscritos, até a ausência de formação, suporte técnico e apoio institucional acerca da saúde do trabalhador. Segundo dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho, em 2018, último ano em que as informações estão disponíveis, foram registradas na cidade de Maceió-AL, n=2194 comunicações de acidentes de trabalho no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e n=2028 notificações relacionadas ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No banco de dados do SINAN são consideradas somente as doenças e agravos monitorados pela Vigilância em Saúde do

Trabalhador do Ministério da Saúde. Com base no exposto, este artigo tem como objetivo discutir os fatores associados a subnotificação dos acidentes de trabalho pela Estratégia Saúde da Família em Maceió-AL. Sobre os resultados, observou-se que a maioria dos autores, mesmo diante do relato de acidentes, não os notifica no SINAN, daí a não existência de políticas públicas considerando que, se não há notificação, o problema inexistente para o sistema de saúde. Na conclusão apontam-se as principais fragilidades no processo da correta notificação dos acidentes do trabalho e, com isso, o caminho para abordagens no sentido de propor ações programáticas, estratégicas e educativas para implementar a promoção de saúde também na classe trabalhadora na APS.

Palavras-chaves: estratégia saúde da família; acidentes de trabalho; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Worker's health finds a favorable scenario in the PHC of SUS as it is considered to be the organizer of the health care network and the coordinator of care¹. This care that is given in the context of the socioeconomic changes taking place in Brazil today, in view of the precarious working conditions, with the emergence of new problems, such as work accidents, and which constitutes a challenge at all points of the health care network, especially in PHC, as it is one of the first points of contact for users with health care. PHC also stands out for being a privileged locus that offers actions, both individually and collectively, since, in daily life, primary care professionals deal with problems arising from the work-health-disease relationship. However, PHC has difficulties in incorporating actions directly associated with worker health, for reasons ranging from invisibility and lack of knowledge of the work activities carried out in the territories assigned, to the absence of training, technical support and institutional support on worker health. According to data from the Digital Observatory on Occupational Health and Safety of the Public Ministry of Labor, in 2018, the last year that the information was available, n=2194 reports of occupational accidents were registered in the city of Maceió - AL at the National Institute of Social Security (INSS) and n=2028 work-related notifications in the Notifiable Diseases Information System (SINAN). In the SINAN database, only diseases and conditions monitored with emphasis by the Ministry of Health's Occupational Health Surveillance are considered². Based on the above, this article aims to discuss the factors associated with underreporting of work accidents by the Family Health Strategy in Maceió-AL. Regarding the results, it was observed that the majority of actors, even in the face of accident reports, do not notify them in SINAN, hence the absence of public policies considering that, if there is no notification, the problem does not exist for the health system. At the conclusion of the research, the factors involved in the genesis of the underreporting of occupational accidents were enlightened in a very elucidative way, and with this, the path to approaches in order to propose educational actions for the team, in addition to raising awareness of the managements of both Units Health and the Municipal Health Secretariat on the importance of notifications of occupational health events, which will make it possible to propose public policies that will prevent occupational health illnesses and, consequently, implement health promotion also to the working class, the main premise of SUS and APS.

Keywords: family health strategy; work accidents; Worker's health.

RESUMEN

La salud de los trabajadores encuentra un escenario favorable en la APS del SUS por ser considerado el organizador de la red asistencial y el coordinador de la atención¹. Este cuidado, que cobra relevancia en el contexto de los cambios socioeconómicos que se están produciendo en Brasil hoy, ante las precarias condiciones laborales, con la aparición de nuevos problemas, como los accidentes laborales, y que constituye un desafío en todos los puntos de la red asistencial, especialmente en la APS, ya que es uno de los primeros puntos de contacto de los usuarios con la asistencia sanitaria. La APS también se destaca por ser un lugar privilegiado que ofrece acciones, tanto a nivel individual como colectivo, ya que, en la vida cotidiana, los profesionales de atención primaria se enfrentan a problemas derivados de la relación trabajo-salud-enfermedad. Sin embargo, la APS tiene dificultades para incorporar acciones directamente asociadas a la salud de los trabajadores, por razones que van desde la invisibilidad y desconocimiento de las actividades laborales que se desarrollan en los territorios enumerados, hasta la falta de capacitación y apoyo técnico y apoyo institucional sobre la salud de los trabajadores. Según datos del Observatorio Digital de Salud y Seguridad del Trabajo del Ministerio Público de Trabajo, en 2018, último año que se dispone de la información, se registraron n=2194 denuncias de accidentes laborales en la ciudad de Maceió- AL en el Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) y n=2028 notificaciones laborales en el Sistema de Información de Enfermedades Notificables (SINAN). En la base de datos del SINAN solo se consideran las enfermedades y condiciones monitoreadas con énfasis por la Vigilancia en Salud Ocupacional del Ministerio de Salud. Con base en lo expuesto, este artículo tiene como objetivo discutir los factores asociados al subregistro de accidentes laborales por parte de la Estrategia Salud de la Familia en Maceió-AL. En cuanto a los resultados, se observó que la mayoría de actores, aún ante reportes de accidentes, no los notifican en el SINAN, de ahí la ausencia de políticas públicas considerando que, si no hay notificación, el problema no existe para el sistema de salud. Al concluir la investigación, se ha vislumbrado de manera muy esclarecedora los factores involucrados en la génesis del subregistro de accidentes laborales y, con ello, el camino a los enfoques para proponer acciones educativas para el equipo, además de concienciar de la gestión tanto de las unidades de Salud como de la Secretaría Municipal de Salud sobre la importancia de las notificaciones de eventos de salud

ocupacional, lo que permitirá proponer políticas públicas que prevengan las enfermedades de salud ocupacional y, en consecuencia, implementen la promoción de la salud también en el lugar de trabajo, esto que es premisa mayor del SUS y APS.

Keywords: estrategia de salud familiar; accidentes de trabajo; Salud del trabajador.

INTRODUÇÃO

Na organização do Sistema Único de Saúde, a atenção primária à saúde (APS) é considerada como ordenadora da rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado¹. Esse contexto produz um cenário favorável para o desenvolvimento de ações voltadas aos trabalhadores no âmbito da APS.

A produção do cuidado aos trabalhadores ganha relevância no contexto das transformações socioeconômicas em curso no Brasil atual, com um aumento da informalidade e precarização das relações de trabalho, colocando um desafio para o setor saúde e demais áreas da seguridade social².

No contexto dessas transformações nas relações de trabalho, surgem novos problemas, que passam a coexistir com outros já identificados. Dentre os problemas de saúde que já existem estão os acidentes de trabalho. Que pode ser compreendido como o efeito danoso à pessoa, verificado pelo exercício do trabalho².

Compreendidos como um importante problema de saúde pública, os acidentes de trabalho refletem os modelos de produção das sociedades. No âmbito da saúde, constitui-se como um desafio a todos os pontos da rede de atenção à saúde, especialmente na APS, por ser a primeira porta de entrada dos usuários com os serviços de atenção à saúde².

A APS também se destaca por ser um lócus privilegiado que oferta ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a redução de danos e a manutenção da saúde. E, no cotidiano, as profissionais da atenção primária lidam com problemas advindos da relação trabalho-saúde-doença^{1,2}.

Mesmo sendo um ponto privilegiado da rede de atenção à saúde, a atenção primária, apresenta dificuldades, na incorporação de ações diretamente associadas à saúde do trabalhador, no cotidiano das equipes da APS. Essa capacidade limitada de resposta é decorrente de múltiplos processos, desde a invisibilidade e não conhecimento das atividades laborais desenvolvidas nos territórios adscritos, a organização da atenção em ações assistenciais, a ausência de formação e suporte técnico e apoio institucional acerca da saúde do trabalhador^{1,2}.

Segundo dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho, em 2018, último ano que as informações estão disponíveis, foram registradas na cidade de Maceió- AL, 2194 comunicações de

acidentes de trabalho no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e 2028 notificações relacionadas ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No banco de dados do SINAN são consideradas somente as doenças e agravos monitorados com ênfase pela Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde³.

Com base no exposto, este artigo tem como objetivo discutir os fatores associados a subnotificação dos acidentes de trabalho pela Estratégia Saúde da Família em Maceió-AL.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, de caráter descritivo e exploratório⁴, realizado com profissionais médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família de Maceió – AL. A cidade de Maceió possui 40 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cada uma composta por um profissional médico e um profissional enfermeiro. 25,06% da sua população é coberta da ESF⁵.

O instrumento para a coleta dos dados foi um questionário estruturado com 30 questões fechadas e 01 aberta e a coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2020. Face ao cenário da pandemia de COVID-19 grande parte dos profissionais encontravam-se afastados das suas atividades laborais. Apesar disso, participaram 50 profissionais, 25 médicos e 25 enfermeiras (n=50). Ressalta-se que esses profissionais compunham as mesmas equipes da ESF. Os dados foram analisados por meio de testes estatísticos descritivos (frequência e média)⁴.

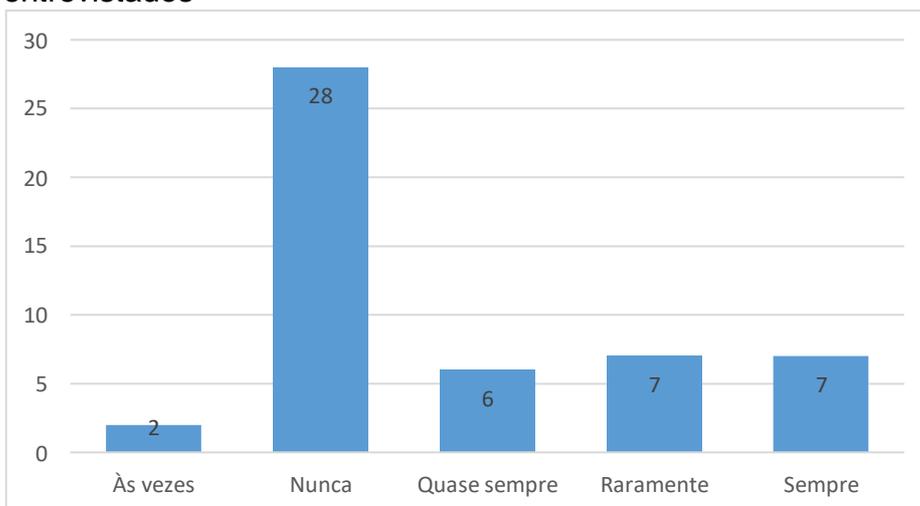
RESULTADOS

Sobre o perfil sociodemográfico dos 50 participantes do estudo, há um predomínio do sexo feminino, com 82% de participação das mulheres (n=41); 64% tem mais de 10 anos de atuação na Estratégia Saúde da Família (n=32); 74% (n=37) tem mais de 40 anos de idade, destacando-se os 53 anos a idade com maior registro (n=7).

Acerca das questões relacionadas à Saúde do Trabalhador (ST) e APS, 30% (n=15) dos profissionais entrevistados sempre e 44% (n=22) quase sempre perguntam aos usuários se eles exercem algum tipo de trabalho. 86% (n=43%) responderam que tem conhecimento sobre o Sistema de Informações de Agravos e

Notificações(SINAN) e 56% (n=28) tem facilidade em acessar o SINAN. No entanto há que se registrar que a maioria dos consultórios visitados na execução da pesquisa não possuem computadores e, por extensão, não possuem conectividade. Na contextualização da resposta acima há que se entender que a notificação, quando acontece, é delegada a outro ambiente que possua computador e conectividade. Sobre a notificação dos acidentes de trabalho pelos profissionais pesquisados, no gráfico 01, os resultados apontam como um importante desafio no cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas.

Gráfico 01 – Notificação dos acidentes de trabalho no SINAN por parte dos entrevistados



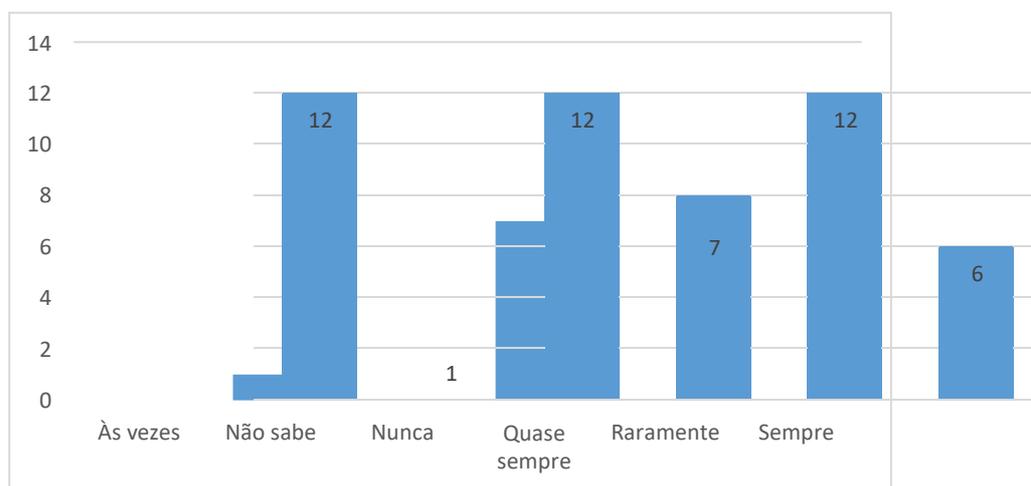
Fonte: dados da pesquisa (2021).

O gráfico 01 evidencia a razão maior da realização desta pesquisa. A maioria dos atores, mesmo diante do relato de acidentes, não os notifica no SINAN, daí a não existência de políticas públicas pois, se não há notificação, o problema não existe para o sistema de saúde. A subnotificação de acidentes de trabalho que, a princípio seria fácil de ser feita por tratar-se de evento objetivo com ampla facilidade de estabelecimento do nexos causal, está em desconformidade com as orientações da “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, nos termos do anexo, e dá outras providências” que traz em seu texto, no item 1.b, a obrigatoriedade da notificação dos acidentes de trabalho, sejam eles de natureza grave, fatal e em crianças e adolescentes⁶.

Pelo ali contido, são seis as doenças e agravos que devem ser notificadas: Câncer relacionado ao trabalho; Dermatoses ocupacionais; Lesões por esforços

repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT); Perda auditiva por ruído relacionado ao trabalho; pneumoconioses relacionadas ao trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho. “Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes”⁶.

Gráfico 03 – Realização de ações de intervenção e negociação de medidas de prevenção de risco decorrentes das situações de trabalho por parte da equipe de saúde

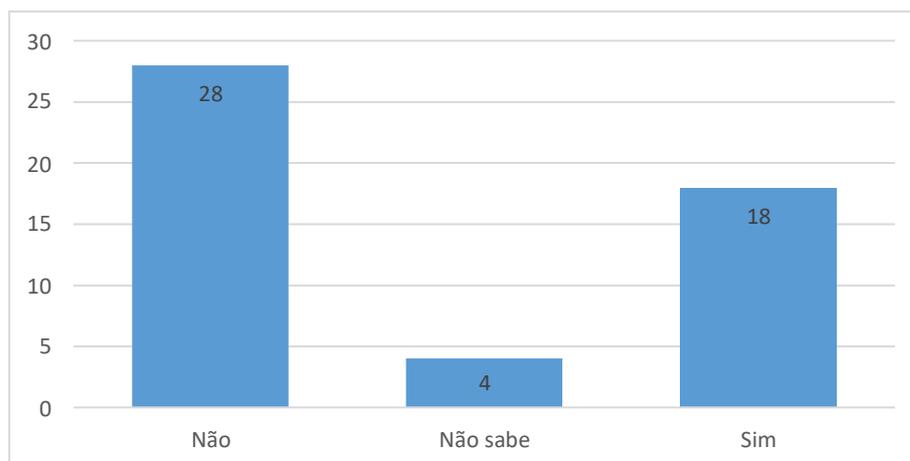


Fonte: dados da pesquisa (2021).

O gráfico 02 mostra que as pessoas entrevistadas, em sua maioria, não realizam ações de intervenção e negociação de medidas de prevenção de riscos decorrentes das situações de trabalho. Trata-se de informação importante mesmo se considerarmos o estudo do Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho⁷, que aponta que variáveis socioeconômicas como Produto Interno Bruto, nível de industrialização e migração da força de trabalho do setor secundário para o terciário, são mais importantes para se explicar a redução das taxas anuais de incidência de acidentes, entre 1970 e 1995, do que eventuais medidas de prevenção adotadas pelo governo, via APS, ou pelas empresas nesse período. Este mesmo Manual segue informando que, além da contribuição dos acidentes de trabalho típicos, tais como quedas de altura, colisão de veículos, soterramentos, eletrocussão, entre outros, essa alta incidência, em alguns setores, tem sido agravada pela ocorrência de doenças profissionais graves, como é o caso da silicose e de intoxicações agudas, ainda presentes na indústria de transformação e em outros segmentos específicos. Isto reforça a premissa de que os serviços de saúde devem ser estimulados a implementarem estas ações de intervenção a partir de negociações centradas nas

necessidades da população adscrita.

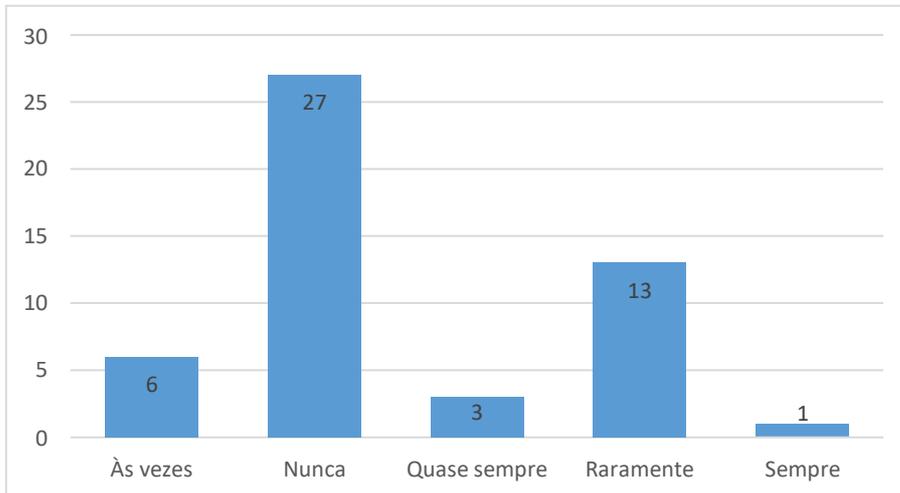
Gráfico 04 – Demonstrativo sobre o conhecimento dos entrevistados acerca da situação de saúde possui um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores que residem no território de referência



Fonte: dados da pesquisa (2021).

No gráfico 03 nota-se que mais da metade dos entrevistados não possui um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores que residem no território de referência da UBS e, por consequência, das formas de adoecimento destes trabalhadores. Também aqui pode estar uma das causas da subnotificação de acidentes do trabalho, considerando que o conhecimento da realidade, o diagnóstico situacional, é etapa importante do planejamento e direcionamento das ações de saúde, aqui inclusas as ações de saúde do trabalhador por ser importante instrumento no auxílio do conhecimento dos problemas e das necessidades sociais da população adscrita, fundamentando a implementação de estratégias e programas que venham a proporcionar, além da redução da subnotificação, também a implementação de estratégias e programas capazes de contribuir para a melhoria das condições de trabalho da população adscrita⁸.

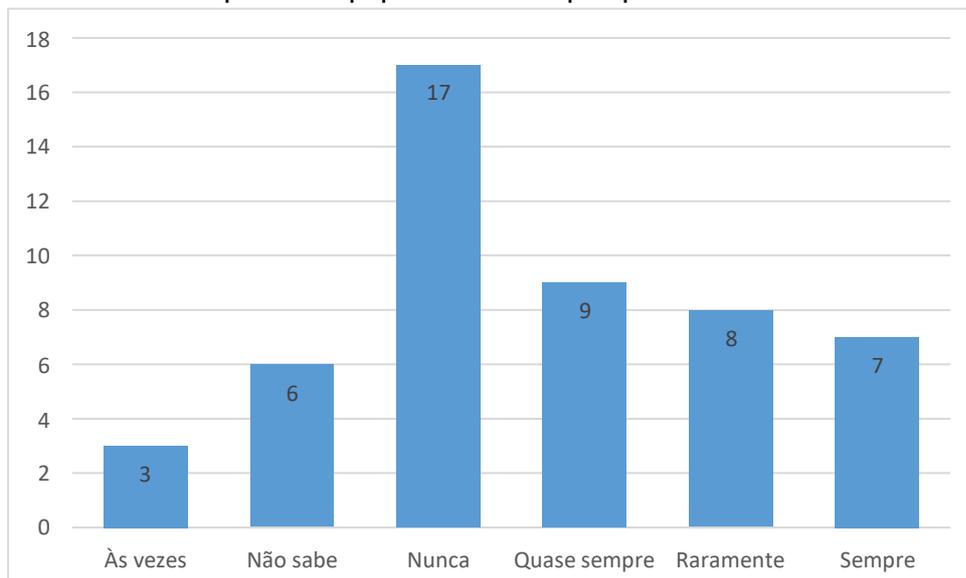
Gráfico 05 – Treinamento/capacitação profissional para notificar os acidentes de trabalho no SINAN



Fonte: dados da pesquisa (2021).

A análise das respostas do gráfico 04, aponta para um dos pontos principais a notificação dos acidentes de trabalho pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Se grande parte dos atores pesquisados nunca recebeu capacitação, aí pode estar uma das causas da subnotificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador, principalmente considerando os escopos maiores do objetivo desta pesquisa, que são, em parceria dos CERESTs com a APS.

Gráfico 07 - Oferta de apoio à equipe de saúde por parte CEREST

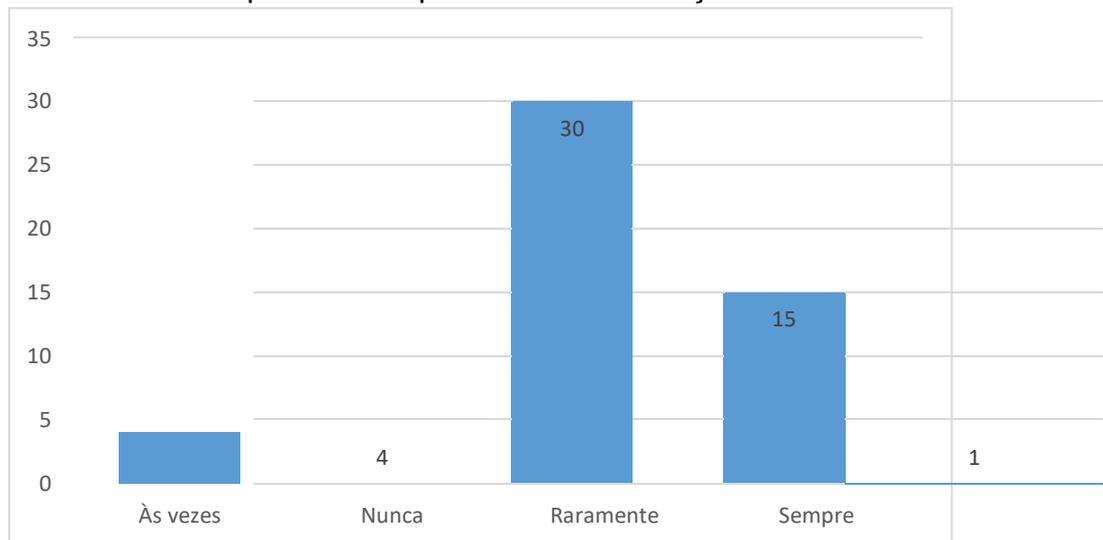


Fonte: dados da pesquisa (2021).

Também bastante controversas as opiniões respondidas no gráfico 06, permitindo a conclusão de que a retaguarda e o apoio precisam implantados, melhorados e monitorados para que haja um melhor desenvolvimento de ações de

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

Gráfico 06 – Treinamento profissional para desenvolver ações de ST



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Novamente aqui está a hipótese de uma das causas pelas quais existe a subnotificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador. O inexpressivo investimento de treinamento para realizar ações de Saúde do Trabalhador, prejudica qualquer iniciativa nesta linha em seus principais objetivos, quais sejam: Fortalecer a vigilância em ST e integrá-la aos demais componentes da Vigilância em Saúde; Promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis; ampliar o entendimento da ST como ação transversal, identificando a relação saúde-trabalho em todos os pontos da rede de atenção; incluir nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção da saúde a categoria trabalho, sendo que para isso faz-se necessário identificar a situação do trabalho dos usuários nas ações e serviços de saúde e considerar o trabalho das pessoas e suas consequências nas intervenções em saúde, seara emitemente de atuação que contempla os dois setores, a Saúde do Trabalhador e a Atenção Primária à Saúde.⁹

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa, encontra similitude com estudos desenvolvidos em outras realidades do Brasil. Em estudo realizado no município de Chapecó- SC acerca das ações de saúde do trabalhador desenvolvidos pela atenção primária a saúde, demonstrou situações que apresentam similitude aos relatos que temos observado em trabalhadores da saúde de nossa realidade⁸.

Um aspecto é a demanda organizada, ou seja, aquelas em que as consultas são feitas mediante agendamento. As rotinas de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) estão centradas em atendimentos ao usuário e as ações desenvolvidas nos centros de saúde contemplam apenas os Programas de Saúde básicos, sendo que as dificuldades enfrentadas para a realização das ações em Saúde do Trabalhador, passam pelo pouco conhecimento a respeito do tema e se convertem em um forte argumento para justificar a própria ausência dessas ações, aqui inclusas as notificações.

Dessa forma, mesmo sendo os serviços da APS, caracterizados como a principal porta de entrada dos usuários no SUS, estes são essenciais para o desenvolvimento de ações em ST quando articuladas com a rede de atenção à saúde, claro, desde que haja o reconhecimento do usuário como trabalhador e a compreensão do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença.

Além disso, claro está que os problemas de saúde relacionados ao trabalho podem ser detectados primeiramente na APS, já que seus serviços estão presentes no território em que os trabalhadores residem e, eventualmente, trabalham. Pelo instrumento regulador, elencado na Portaria nº 1.823, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)⁹, os serviços de APS são primordiais na garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador, mediante ações de proteção, com articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento na assistência da saúde do trabalhador¹⁰.

A revisão da literatura traz, ainda, um consenso de que o processo é árduo na inserção da saúde ocupacional na integralidade do Usuário-Trabalhador também pela dificuldade da atuação interdisciplinar. É o que relata Machado ao estudar a Vigilância em Saúde do Trabalhador – VST, onde considerou fugaz e regionalizada, principalmente no âmbito municipal, o que inviabiliza a execução de muitas iniciativas¹⁰.

As ações de saúde do trabalhador passam por um processo de

amadurecimento e difusão devido à configuração do SUS e de suas relações com o movimento sindical e com vários outros setores, além de aparatos técnico-científicos e agências de regulação envolvidas de forma mais próxima na interação da saúde com o trabalho. Mas que nem sempre se entendem. De tal sorte que auditores fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego e sanitaristas do SUS, voltados para a saúde do trabalhador, vivem em conflito na maioria dos Estados brasileiros, onde se realiza, com maior ênfase, práticas nesse campo^{10,11}.

O objeto genérico de todos os processos de vigilância em saúde do trabalhador está inserido como núcleo de uma célula de várias facetas com raios distintos, com conexões entre as diversas esferas concêntricas, que tem no núcleo o trabalhador e os ambientes de trabalho, com uma divisão entre o patronato e os trabalhadores, onde reside o foco das ações de vigilância em saúde do trabalhador, estabelecidas a partir das contradições entre a produção e a saúde dos trabalhadores¹¹.

Na conclusão, Miinayo et al observa que a VST é um processo social contínuo em que vários atores executam o seu protagonismo cotidiano em níveis distintos de ação e com integrações organizada por processo de promoção da saúde ou de reprodução do capital, em contextos perceptíveis e imperceptíveis tocando-se continuamente¹⁰.

Corroborando com tais aspectos Dias e Silva¹² enfatiza que o processo do cuidado como prática também da Vigilância em Saúde, operacionalizado pelas equipes de APS, que deverão incorporar a questão da atividade laborativa das pessoas em suas abordagens. Se no processo de cuidado e responsabilização é necessária a prática da Vigilância em Saúde, com conhecimento dos problemas e das características dos grupos populacionais de seu território⁵, as equipes de Atenção Primária à Saúde necessariamente deverão incorporar aspectos relativos ao trabalho das pessoas em suas ações e abordagens aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Em outras palavras, considera-se que incorporar o trabalho no processo de cuidado é uma amplificação e qualificação deste, o que traz resultados positivos aos usuários e aos profissionais da saúde.

Acerca dos limites do estudo e com vista à uma efetiva contextualização da pesquisa com o momento atual de pandemia COVID19 pelo qual passamos, faz-se também bastante necessário o relato da dificuldade de realização da pesquisa pelo momento vivido. Além da ausência de uma parte dos profissionais nos campos de pesquisa, em cumprimento aos protocolos sanitários, houve também relato de

bastante temeridade pelo momento atual vivido por todos os profissionais da saúde que se faziam presentes no momento da entrevista. Mesmo com as medidas de proteção foi visivelmente notório o sofrimento cognitivo relatado tanto pelos entrevistados quanto pelos demais componentes da equipe de saúde que estavam em atuação nos momentos em que permanecemos nas Unidades de Saúde.

Também percebido como o contexto epidêmico interferiu na abordagem da discussão, percebidos tanto quanto na própria atuação enquanto trabalhador da saúde no CEREST como na proposta de acolhimento e intervenção na saúde daqueles profissionais, no sentido do tensionamento enfrentado pela pandemia de COVID19.

CONCLUSÕES

Estudar os profissionais da saúde que tem a incumbência de procederem às notificações em saúde do trabalhador na Unidades de Saúde da Família do Município de Maceió permitiu conhecer a realidade daquelas Unidades, além de compreender os perfis característicos desses trabalhadores. Os resultados apontam que os profissionais reconhecem as repercussões das relações trabalho-saúde doença nas práticas cotidianas da Estratégia Saúde da Família, mas tem dificuldades para planejar e desenvolver ações de intervenção no âmbito da assistência, promoção e de vigilância em saúde.

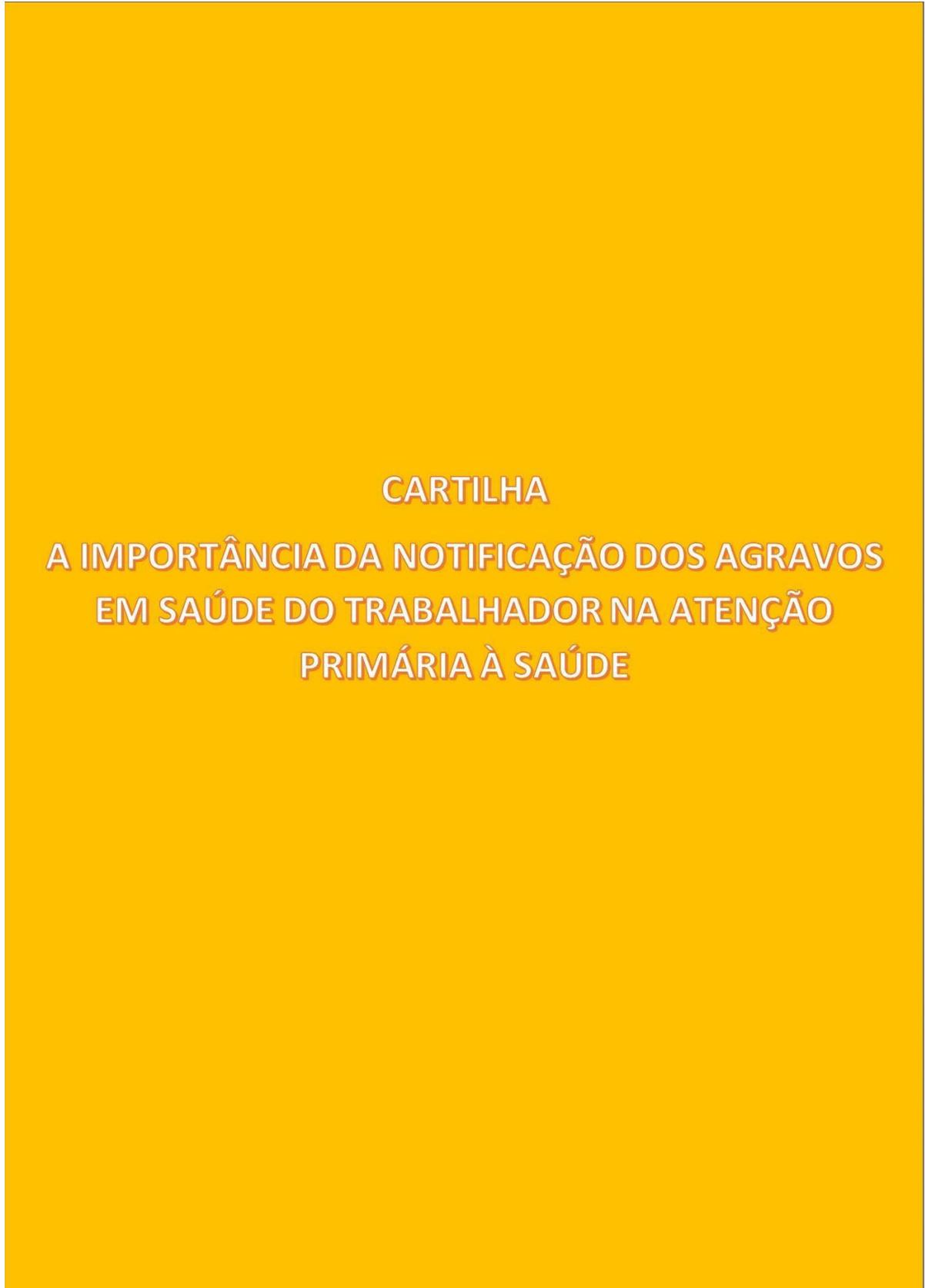
Especificamente sobre a subnotificação dos acidentes de trabalho, esta possui raízes históricas e reflete a falta de discussão direcionada sobre o tema no âmbito das graduações e do apoio gerencial para o fomento de ações assistenciais e no âmbito da educação permanente. Além da compreensão que Saúde do Trabalhador é de responsabilidade de áreas específicas, como a Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, constituindo-se assim uma barreira que precisa ser transposta para ofertar uma atenção integral aos trabalhadores em todos os pontos da rede atenção à saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Facchini, Luiz Augusto, Tomasi, Elaine e Dilélio, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 20 Maio 2021] , pp.208-223. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>.

2. Gomez, Carlos Minayo e Thedim-Costa, Sonia Maria da Fonseca. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 1999, v. 4, n. 2 [Acessado 2 Junho 2021] , pp. 411-421.
3. Ministério Público do Trabalho. Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho [internet]. Brasília, DF: Ministério Público do Trabalho. [acesso em 2021 maio 10]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>
4. Lorenzini Elisiane. Pesquisa de Métodos Mistos nas Ciências da Saúde. *RevCuid* [Internet]. 2017 Dec [cited 2021 May 25] ; 8(2): 1549-1560. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. [acesso em 2021 maio 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
6. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS, 2001.
8. Silva, Andressa, Ferraz, Lucimare e Rodrigues-Junior, Sinval Adalberto. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [online]. 2016, v. 41, n. 00 [Acessado 25 Maio 2021] , e16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000122415>>.
9. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
10. Gomez, Carlos Minayo, Machado Julio Mesquita Huet, Pena Paulo Gilvane Lopes (org). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
11. Machado, Jorge Mesquita Huet. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2005, v. 10, n. 4 [Acessado 25 Maio 2021] , pp. 987-992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400021>
12. Dias, Elizabeth Costa e Silva, Thais Lacerda e Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [online]. 2013, v. 38, n. 127 [Acessado 25 Maio 2021] , pp. 31-43. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100007>>.

5.2 CARTILHA





Reitor da UFAL

Prof. Dr. Josealdo Tonholo

Vice-Reitora da UFAL

Profa. Dra. Eliane Aparecida Holanda Cavalcanti

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFAL

Profa. Dra. Iraíldes Pereira Assunção

Diretora da Faculdade de Medicina da UFAL

Profa. Dra. Alessandra Plácido Lima Leite

Coordenadora do PROFSAUDE/UFAL

Profa. Dra. Divanise Suruagy Correia

Elaboração:

Juraci Roberto Lima

Colaboração:

Adeíldes de Cassia Rosas Andrade Lima

Prof. Dr. Michael Ferreira Machado

Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – AL

Endereço para correspondência:

Rua Josefa Suruagy, S/N. Conjunto Santo Eduardo
Poço-Maceió-AL Fone: 3315-2759/3315-3920. E-mail:

cerest@saude.al.gov.br



APRESENTAÇÃO

Mesmo sendo um problema que afeta diretamente as populações adstrita aos territórios, os eventos que envolvem a atividade ocupacional, tanto os acidentes do trabalho quanto as doenças ocupacionais, padecem de falta de vários problemas que vão desde a prevenção, passando pela assistência e chegando até o encaminhamento, estando, neste contexto, a questão da notificação ou da subnotificação dos agravos referentes à saúde do trabalhador, gerando a falta de política pública para atuação nos mesmos.

A Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, relata que as ações de

Saúde do Trabalhador são fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e consideram as relações Produção-Consumo, Ambiente e Saúde como determinantes do processo saúde/doença, para a organização do cuidado da saúde dos trabalhadores. A atenção integral à saúde dos trabalhadores abrange as ações de promoção e proteção da saúde, de vigilância e de assistência incluindo a reabilitação.

Perfeito. E onde entra a Atenção Primária à Saúde? Ora, para que a vigilância seja exercida em sua plenitude faz-se necessário o diagnóstico das formas de adoecimento em saúde do trabalhador, o que se consegue através da NOTIFICAÇÃO.

O objetivo deste documento é orientar, incentivar e motivar os profissionais de saúde que detêm a atribuição de promover a notificação dos eventos em saúde do trabalhador nas Unidades de Saúde que fazem Atenção Primária à Saúde, buscando diminuir a subnotificação dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho



O QUE É O SINAN?

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

As informações inseridas no SINAN através das notificações são analisadas pela equipe de vigilância do CEREST – AL gerando ações em saúde do trabalhador.

O QUE É O CEREST-AL?

É um órgão referência na vigilância, assistência, projetos e estudos em Saúde do Trabalhador.

É responsável pela coordenação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, habilitado pela Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST. Está localizado à Rua Josefa Suruagy sn no Bairro do Poço e está apto a atender todos os pacientes encaminhados pela APS/ESF do município de Maceió.



EMBASAMENTO LEGAL

O embasamento legal das notificações encontra-se nas portarias GM/MS nº 204 e 205 de 2016. Pela portaria 204/16, devem ser imediatamente notificados os acidentes do trabalho grave, fatal e em crianças e adolescentes; os acidentes com material biológico devem ser notificados em até uma semana do ocorrido. Já a Portaria 205/2016, em seu Artigo 1º define a lista nacional de doenças e agravos relacionados ao trabalho, a serem monitorados e notificados por meio das Unidades de Saúde, quais sejam:

- Acidente de trabalho Grave
- Câncer relacionado ao trabalho
- LER/DORT
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho
- Perda Auditiva Induzida por Ruído relacionada ao trabalho (PAIR)
- Dermatoses ocupacionais
- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho

E COMO NOTIFICAR?

A notificação é feita através do preenchimento das Fichas de Notificação, conforme exemplos a seguir:

ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE



SÃO CONSIDERADOS ACIDENTES DE TRABALHO AQUELES QUE OCORREM NO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORAL, OU NO PERCURSO DE CASA PARA O TRABALHO. SÃO CONSIDERADOS ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES AQUELES QUE RESULTAM EM MORTE, AQUELES QUE RESULTAM EM MUTILAÇÕES E AQUELES QUE ACONTECEM COM MENORES DE 18 ANOS.

Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.
Qualquer acidente de trabalho com menores de 18 anos é considerado grave



CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO

É TODO CÂNCER QUE SURTIU COMO CONSEQUÊNCIA DA EXPOSIÇÃO A AGENTES CARCINOGENICOS PRESENTES NO AMBIENTE DE TRABALHO, MESMO APÓS A CESSAÇÃO DA EXPOSIÇÃO.



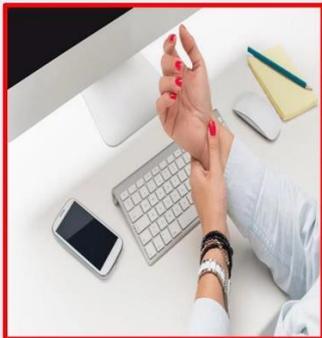
FIOCRUZ IMAGENS. s/d

República Federativa do Brasil		SINAN		Nº	
Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO			
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO			
		CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO			
<p>Definição de caso: É todo câncer que surgiu como consequência da exposição a agentes carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. Para uso deste instrumento, serão considerados casos confirmados, como eventos sentinela, entre outros, aqueles que resultarem em Leucemia por exposição ao benzeno - CID C91 e C95, mesotelioma por amianto CID C45 e angiossarcoma hepático por exposição a doretos de vinila CID Z2.3.</p>					
1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
2 Agravado(a)		DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO		3 Código (CID10) C80	
4 UF		5 Município de Notificação		6 Código (IBGE)	
8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		9 Código		7 Data do Diagnóstico	
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino		12 Gestante	
13 Raça/Cor		14 Escolaridade			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
17 UF		18 Município de Residência		19 Código (IBGE)	
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		22 Código	
23 Número		24 Complemento (apto, casa, ...)		25 Geo campo 1	
26 Geo campo 2		27 Ponto de Referência		28 CEP	
29 (DDD) Telefone		30 Zona		31 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso					
32 Ocupação					
33 Situação no Mercado de Trabalho					
34 Tempo de Trabalho na Ocupação					
35 Dados da Empresa Contratante					
36 Registro/ CNPJ ou CPF					
37 Nome da Empresa ou Empregador					
38 Atividade Econômica (CNAE)					
39 UF					
40 Município					
41 Código (IBGE)					
42 Distrito					
43 Bairro					
44 Endereço					
45 Número					
46 Ponto de Referência					
47 (DDD) Telefone					
48 O Empregador é Empresa Terceirizada					
49 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 4 - Ignorado					
Doença Relacionada ao Trabalho/ Câncer relacionado ao trabalho					
Sinan NET SVS 27/09/2005					

LER/DORT
Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho



É UMA SINDROME CLÍNICA QUE AFETA O SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO EM GERAL, CARACTERIZADA PELA OCORRÊNCIA DE VÁRIOS SINTOMAS CONCOMINANTES OU NÃO, DE APARECIMENTO INSIDIOSO, TAIS COMO DOR CRÔNICA, PARASTESIA, FADIGA MUSCULAR, MANIFESTANDO-SE PRINCIPALMENTE NO PESCOÇO, CINTURA ESCAPULAR E/OU MEMBROS SUPERIOR. 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. SINAN



SINAN
 SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE AGENTES DE NOTIFICAÇÃO Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO LER/DORT

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, parastesia, 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.

1) Tipo de notificação: 1- Individual 2- Individual

2) Agravidade: DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/DORT Código (CID10) Z57.0 3) Data de notificação

4) UF: 5) Município de notificação

6) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): 7) Data do diagnóstico

8) Nome do Paciente: 9) Data de Nascimento

10) Sexo: 11) Estado civil: 12) Estado: 13) Residência: 14) Escolaridade: 15) Número do Cartão SUS: 16) Nome da mãe

17) UF: 18) Município de residência: 19) Distrito: 20) Bairro: 21) Logradouro (rua, avenida...): 22) Número: 23) Complemento (apto, casa...): 24) Cep: 25) Cep campo 2: 26) Ponto de Referência: 27) CEP: 28) CDDI Telefone: 29) Zona: 30) País (se residente fora do Brasil): 31) Ocupação

Dados Complementares do Caso

32) Situação no Mercado de Trabalho: 33) Tempo de Trabalho na Ocupação: 34) Registro de Empresa Contratante: 35) Nome da Empresa ou Empregador: 36) Abastecimento Econômico (CNAE): 37) F: 38) Município: 39) Código (IBGE): 40) Distrito: 41) Bairro: 42) Endereço: 43) CDDI Telefone: 44) O Empregador é Empresa Terceirizada: 45) Agravos Associados: 46) Hipertensão Arterial: 47) Diabetes Mellitus: 48) Harmonize: 49) Transtorno Mental: 50) Tempo de Exposição ao Agente de Risco: 51) Regime de Tratamento: 52) Doença Relacionada ao Trabalho LER/DORT Sinan NET SUS 27060205

**PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO
RELACIONADA AO TRABALHO- PAIR**

**É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.
SINAN**



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO- PAIR

Definição de caso: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

1) Tipo de Notificação: 2- Individual

2) Agravamento: DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO- PAIR (Código CID-10) 3) Data da Notificação: 2008.3

4) UF: Município de Notificação: Código (IBGE)

5) Unidade de Saúde ou outra fonte notificadora: Código 7) Data de Diagnóstico

6) Nome do Paciente 8) Data de Nascimento

9) Sexo: 1- Masculino 2- Feminino 10) Estado Civil: 1- Casado(a) 2- Solteiro(a) 3- Viúvo(a) 4- Divorciado(a) 5- Outros

11) Raça/Cor: 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Indígena 5- Outras

12) Escolaridade: 1- 0ª série do Ensino Fundamental 2- 1ª série do Ensino Fundamental 3- 2ª série do Ensino Fundamental 4- 3ª série do Ensino Fundamental 5- 4ª série do Ensino Fundamental 6- 5ª série do Ensino Fundamental 7- 6ª série do Ensino Fundamental 8- 7ª série do Ensino Fundamental 9- 8ª série do Ensino Fundamental 10- 9ª série do Ensino Fundamental 11- Ensino Médio 12- Ensino Superior 13- Pós-graduação 14- Não sabe

13) Número do Cartão SUS: Nome da Mãe

14) UF: Município de Residência: Código (IBGE) 15) Quantos filhos: 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20- 21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30- 31- 32- 33- 34- 35- 36- 37- 38- 39- 40- 41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50- 51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60- 61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70- 71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80- 81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90- 91- 92- 93- 94- 95- 96- 97- 98- 99- 100- 101- 102- 103- 104- 105- 106- 107- 108- 109- 110- 111- 112- 113- 114- 115- 116- 117- 118- 119- 120- 121- 122- 123- 124- 125- 126- 127- 128- 129- 130- 131- 132- 133- 134- 135- 136- 137- 138- 139- 140- 141- 142- 143- 144- 145- 146- 147- 148- 149- 150- 151- 152- 153- 154- 155- 156- 157- 158- 159- 160- 161- 162- 163- 164- 165- 166- 167- 168- 169- 170- 171- 172- 173- 174- 175- 176- 177- 178- 179- 180- 181- 182- 183- 184- 185- 186- 187- 188- 189- 190- 191- 192- 193- 194- 195- 196- 197- 198- 199- 200- 201- 202- 203- 204- 205- 206- 207- 208- 209- 210- 211- 212- 213- 214- 215- 216- 217- 218- 219- 220- 221- 222- 223- 224- 225- 226- 227- 228- 229- 230- 231- 232- 233- 234- 235- 236- 237- 238- 239- 240- 241- 242- 243- 244- 245- 246- 247- 248- 249- 250- 251- 252- 253- 254- 255- 256- 257- 258- 259- 260- 261- 262- 263- 264- 265- 266- 267- 268- 269- 270- 271- 272- 273- 274- 275- 276- 277- 278- 279- 280- 281- 282- 283- 284- 285- 286- 287- 288- 289- 290- 291- 292- 293- 294- 295- 296- 297- 298- 299- 300- 301- 302- 303- 304- 305- 306- 307- 308- 309- 310- 311- 312- 313- 314- 315- 316- 317- 318- 319- 320- 321- 322- 323- 324- 325- 326- 327- 328- 329- 330- 331- 332- 333- 334- 335- 336- 337- 338- 339- 340- 341- 342- 343- 344- 345- 346- 347- 348- 349- 350- 351- 352- 353- 354- 355- 356- 357- 358- 359- 360- 361- 362- 363- 364- 365- 366- 367- 368- 369- 370- 371- 372- 373- 374- 375- 376- 377- 378- 379- 380- 381- 382- 383- 384- 385- 386- 387- 388- 389- 390- 391- 392- 393- 394- 395- 396- 397- 398- 399- 400- 401- 402- 403- 404- 405- 406- 407- 408- 409- 410- 411- 412- 413- 414- 415- 416- 417- 418- 419- 420- 421- 422- 423- 424- 425- 426- 427- 428- 429- 430- 431- 432- 433- 434- 435- 436- 437- 438- 439- 440- 441- 442- 443- 444- 445- 446- 447- 448- 449- 450- 451- 452- 453- 454- 455- 456- 457- 458- 459- 460- 461- 462- 463- 464- 465- 466- 467- 468- 469- 470- 471- 472- 473- 474- 475- 476- 477- 478- 479- 480- 481- 482- 483- 484- 485- 486- 487- 488- 489- 490- 491- 492- 493- 494- 495- 496- 497- 498- 499- 500- 501- 502- 503- 504- 505- 506- 507- 508- 509- 510- 511- 512- 513- 514- 515- 516- 517- 518- 519- 520- 521- 522- 523- 524- 525- 526- 527- 528- 529- 530- 531- 532- 533- 534- 535- 536- 537- 538- 539- 540- 541- 542- 543- 544- 545- 546- 547- 548- 549- 550- 551- 552- 553- 554- 555- 556- 557- 558- 559- 560- 561- 562- 563- 564- 565- 566- 567- 568- 569- 570- 571- 572- 573- 574- 575- 576- 577- 578- 579- 580- 581- 582- 583- 584- 585- 586- 587- 588- 589- 590- 591- 592- 593- 594- 595- 596- 597- 598- 599- 600- 601- 602- 603- 604- 605- 606- 607- 608- 609- 610- 611- 612- 613- 614- 615- 616- 617- 618- 619- 620- 621- 622- 623- 624- 625- 626- 627- 628- 629- 630- 631- 632- 633- 634- 635- 636- 637- 638- 639- 640- 641- 642- 643- 644- 645- 646- 647- 648- 649- 650- 651- 652- 653- 654- 655- 656- 657- 658- 659- 660- 661- 662- 663- 664- 665- 666- 667- 668- 669- 670- 671- 672- 673- 674- 675- 676- 677- 678- 679- 680- 681- 682- 683- 684- 685- 686- 687- 688- 689- 690- 691- 692- 693- 694- 695- 696- 697- 698- 699- 700- 701- 702- 703- 704- 705- 706- 707- 708- 709- 710- 711- 712- 713- 714- 715- 716- 717- 718- 719- 720- 721- 722- 723- 724- 725- 726- 727- 728- 729- 730- 731- 732- 733- 734- 735- 736- 737- 738- 739- 740- 741- 742- 743- 744- 745- 746- 747- 748- 749- 750- 751- 752- 753- 754- 755- 756- 757- 758- 759- 760- 761- 762- 763- 764- 765- 766- 767- 768- 769- 770- 771- 772- 773- 774- 775- 776- 777- 778- 779- 780- 781- 782- 783- 784- 785- 786- 787- 788- 789- 790- 791- 792- 793- 794- 795- 796- 797- 798- 799- 800- 801- 802- 803- 804- 805- 806- 807- 808- 809- 810- 811- 812- 813- 814- 815- 816- 817- 818- 819- 820- 821- 822- 823- 824- 825- 826- 827- 828- 829- 830- 831- 832- 833- 834- 835- 836- 837- 838- 839- 840- 841- 842- 843- 844- 845- 846- 847- 848- 849- 850- 851- 852- 853- 854- 855- 856- 857- 858- 859- 860- 861- 862- 863- 864- 865- 866- 867- 868- 869- 870- 871- 872- 873- 874- 875- 876- 877- 878- 879- 880- 881- 882- 883- 884- 885- 886- 887- 888- 889- 890- 891- 892- 893- 894- 895- 896- 897- 898- 899- 900- 901- 902- 903- 904- 905- 906- 907- 908- 909- 910- 911- 912- 913- 914- 915- 916- 917- 918- 919- 920- 921- 922- 923- 924- 925- 926- 927- 928- 929- 930- 931- 932- 933- 934- 935- 936- 937- 938- 939- 940- 941- 942- 943- 944- 945- 946- 947- 948- 949- 950- 951- 952- 953- 954- 955- 956- 957- 958- 959- 960- 961- 962- 963- 964- 965- 966- 967- 968- 969- 970- 971- 972- 973- 974- 975- 976- 977- 978- 979- 980- 981- 982- 983- 984- 985- 986- 987- 988- 989- 990- 991- 992- 993- 994- 995- 996- 997- 998- 999- 1000

16) Ocupação: 17) Tempo de Trabalho na Ocupação: 1- Hora 2- Dia 3- Sem 4- Mês 5- Ano

18) Situação no Mercado de Trabalho: 01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo conta própria de servidor público estatutário 04- Servidor público celetista 05- Aposentado 06- Desempregado 07- Trabalho temporário 08- Cooperativado 09- Trabalhador avulso 10- Empreendedor 11- Outros 12- Ignorado

19) Dados da Empresa Contratante: 20) Nome da Empresa ou Empregador

21) Situação Econômica (CNAE): 22) Município: Código (IBGE)

23) Cidades: 24) Bairro: 25) Endereço

26) Nome: 27) Ponto de Referência: 28) CEP: Telefone

29) O empregador é Empresa Terceirizada: 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 4- Ignorado

30) Agravos Associados: 31) Tipo de Agravamento: 32) Regime de Tratamento

33) Tempo de Exposição ao Agente de Risco: 34) Regime de Tratamento: 1- Hospitalar 2- Ambulatorial

Doença Relacionada ao Trabalho- PAIR SINAN NET SVS 27692005

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. *Diário Oficial da União*, 2016.

Fundação Oswaldo Cruz. Banco Público de Imagens da FIOCRUZ. Disponível em <https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/>. Acesso em 28 de maio de 2021.

Pexels. Banco de imagens de domínio público. Disponível em: <https://www.pexels.com/pt-br/procurar/imagem%20de%20dom%C3%ADnio%20p%C3%ABlico/>. Acesso em 28 de maio de 2021.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SINANWEB. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>. Acesso em 28 de maio de 2021.



Secretaria de Estado
da Saúde

CEREST-AL

Rua Josefa Suaruary, S/N. Conjunto Santo Eduardo
Poço-Maceió-AL Fone: 3315-2759/3315-3920. E-mail:
cerest@saude.al.gov.br

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar os trabalhadores que tem a incumbência de procederem às notificações em saúde do trabalhador na Unidades de Saúde da Família do Município de Maceió permitiu conhecer a realidade daquelas Unidades, além de compreender os perfis característicos desses trabalhadores. Entende-se que o trabalho diário dos profissionais entrevistados é exaustivo e desalentador, caracterizado pelos longos período de horas trabalhadas no dia, desgaste físico, exposição ao risco de contraírem, atualmente, o vírus da COVID19, sendo estas pessoas também passíveis de doença ocupacional e de acidentes do trabalho.

Essa pesquisa evidenciou uma situação que pode ser considerada como um problema de saúde pública. Sabe-se que há necessidade de ações de prevenção e promoção a saúde, cujas necessidades serão evidenciadas a partir da fidelidade das notificações, dessa maneira, é necessário também atividades de conscientização dos trabalhadores sobre a prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais, bem como, a necessidade de políticas públicas para assistência a todos os trabalhadores protegidos no território. A pesquisa também contribuiu no conhecimento científico sobre a questão das subnotificações em saúde do trabalhador, pois existem poucas publicações científicas nestas áreas.

Ressalte-se a observação de que não existem muitos estudos científicos sobre o tema e, principalmente, pouco reconhecimento dos profissionais de saúde sobre os agravos que podem acometer todos os trabalhadores e trabalhadoras, relacionados com as mais diversas atividades ocupacionais. Ao final da pesquisa ficou evidente que muito há que se caminhar no sentido de que, efetivamente, a Saúde do Trabalhador seja definitivamente incorporada pela Atenção Primária à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família otimizando, de forma definitiva os recursos, ainda que escassos, de que dispõem as diversas equipes em atuação atualmente no município de Maceió.

Pela própria operacionalização da pesquisa, vários problemas foram evidenciados, como a ausência de profissionais de ambas as funções, tanto o Médico de Família quanto o Enfermeiro, que, em muitas ocasiões, foi explicada pelo contexto atual de pandemia de COVID19 que está sendo vivenciada em sua plenitude no momento da aplicação dos questionários. Mas não é só isso. Várias Unidades de Saúde carecem de estruturas mais adequadas, funcionam em locais indevidos,

padecem pela falta de recursos materiais e humanos. Isto tudo somado ao baixo índice de cobertura da ESF em Maceió que abrange apenas trinta por cento da população do município.

A pesquisa também revelou que a maioria dos atores que têm a incumbência de procederem à notificação são mulheres e que o tempo de atuação varia de um mês até vinte e quatro anos de atividades na UBS e que tem idade que variam de vinte e quatro até sessenta e cinco anos. Sobre a prática das vigilância, particularmente na Saúde do Trabalhador, a pesquisa mostrou que os serviços praticam as orientações preconizadas no Cadernos de Atenção Básica e sempre procuram saber sobre o tipo de atividade ocupacional exercida pelos seus interlocutores, o que permite a identificação de riscos ocupacionais presentes nas várias atividades econômicas exercidas no território e, por consequência, correlacionar tipos de adoecimento com a ocupação exercida pelos trabalhadores e trabalhadoras.

Sobre a temática específica das notificações as respostas convergiram no sentido de que praticamente todos os entrevistados conhecem o SINAN, porém a metade deles não tem facilidade de acesso ao sistema, mesmo todos conhecendo a ficha de notificação e, assim, nunca notificam os acidentes de trabalhos graves. Das atividades produtivas existentes no território, a maioria deles relata que sempre perguntam aos trabalhadores, sendo que houve uma grande variedade de respostas no quesito que versa sobre o fato da equipe discutir com a população adscrita as situações de risco presentes nos diversos ambientes ocupacionais dos territórios.

Quanto à realização de ações de intervenção há uma grande variedade de respostas, sendo que a maioria respondeu que raramente ou nunca praticam ações de intervenção no território, mesmo sendo a maioria das articulações acontecendo com a associação dos trabalhadores locais. Talvez por isso não se tem um diagnóstico fiel da situação de saúde dos trabalhadores conforme os dados analisados na pesquisa, culminando com a realização de análise dos acidentes de trabalho quando os mesmos ocorrem, até porque a equipe de saúde não recebe denúncias ou realizações de intervenção em face dos adoecimentos de trabalhadores do território.

Quanto ao apoio da coordenação municipal de atenção básica à saúde do trabalhador, as duas maiores respostas foram no sentido de que raramente ou nunca recebe apoio por parte da CAB. Já no quesito que aproxima mais, onde foram perguntados sobre os apoios das diretorias de Unidades de saúde, a resposta foi que este apoio se faz sentir de maneira mais eficaz, mesmo nunca tendo recebido

apoio institucional para a questão das notificações nem para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, o mesmo acontecendo quando perguntados sobre as atuações de ambos os CERESTs, municipal e estadual.

Concluindo a pesquisa, vislumbrou-se de forma bastante elucidativa os fatores envolvidos na gênese da subnotificação de acidentes do trabalho e, com isso, o caminho para proposta de abordagens no sentido de propor ações educativas programáticas e estratégicas, bem como o fortalecimento dos processos de educação permanente para qualificar os processos de trabalho em saúde, bem como a conscientização das gestões tanto das Unidades de Saúde quanto dos CERESTs e da Secretaria Municipal de Saúde da importância de aproximar mais da realidade os eventos em saúde do trabalhador através das notificações pois só assim haverá a proposição de políticas públicas que venham a evitar, de forma antecipada, os adoecimentos em saúde do trabalhador e, por consequência implementar a promoção de saúde também dos trabalhadores, premissa maior do SUS e da APS.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Plano Estadual de saúde de Alagoas 2020-2023**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/PES-2020-2023.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

AMORIM, Luciana de Assis et al. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3403-3413, 2017.

BASTOS-RAMOS, Tereza Pompílio; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Silvia. Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho, Brasil, 2007-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 641-650, 2015.

BATISTA, Adriana Galdino. SANTANA, Vilma Souza, FERRITE, Silvia; Registro de Dados Sobre Acidentes de Trabalho Fatais. **Ciência & Saúde Coletiva** 24(3) p. 693-704, 2019.

BARDIN, Laurence. **L'Analyse de contenu**. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS, 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico da Previdência Social 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/>. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública**. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família** [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Acesso em: 10 maio 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

CENTRO DE ESTUDOS, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO EM SAÚDE COLETIVA – CEPESC, 2019. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”**. CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, organizadores. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019.

CORREA, Paulo Roberto Lopes; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 203-212, 2003.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**. v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Banco Público de Imagens da FIOCRUZ. Disponível em <https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Sílvia. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 145-159, 2012.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018.

LIMA, Romênia Kelly Soares de *et al.* Notificação compulsória de acidentes de trabalho: dificuldades e sugestões dos profissionais de saúde em Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 192-198, 2018.

LORENZINI Elisiane. Pesquisa de Métodos Mistos nas Ciências da Saúde. **Rev Cuid**. v.8, n. 2, p. 1549-1560, 2017.

MACHADO, Jorge Mesquita. **Huet: A Propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Coordenação de Saúde do Trabalhador, DIREH/Fiocruz, Rio de Janeiro – RJ, 2005.

MAIA, André Luís Santiago *et al.* Acidentes de trabalho no Brasil em 2013: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social.

Boletim Fundacentro de Estatísticas de Acidentes de Trabalho, 2015. Disponível em: encurtador.com.br/zDV23. Acesso em: 20 jan. 2021.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni: Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo. **Revista Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.900-911, 2011.

MENDES, René Dias. Da Medicina do Trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v.25, n.5, 1991.

MACEIÓ. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho**. Brasília, DF: Ministério Público do Trabalho. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>. Acesso em: 10 maio. 2021.

NAPOLEÃO, Anamaria Alves *et al.* Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 119-120, 2000.

OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Notificações de acidentes de trabalho (CAT) - total de acidentes**. 2020. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/2704302?dimensao=frequenciaAcidentes>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PEXELS. **Banco de imagens de domínio público**. Disponível em: <https://www.pexels.com/pt-br/procurar/imagem%20de%20dom%C3%ADnio%20p%C3%BAblico/>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Desenvolvimento Humano e IDH 2010**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>. Acesso em 05 de agosto 2020.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, p. 1-14, 2015.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. ANÁLISE DE CONTEÚDO: EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, p. 1-14, maio, 2015.

SILVA, Andressa; FERRAZ, Lucimare; RODRIGUES-JUNIOR, Sinval Adalberto. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2016, v. 41, n.16, p. 1-9, 2016.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. **SINANWEB**. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

SOUZA, Thiago Santos de; VIRGENS, Liliam Silva das. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 292-301, Dec. 2013.

SPINK, Mary. J.; MENEGON, Vera. S. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Mary Jane Spink. (Org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2004.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; AGUIAR, Luciene. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 41, p. 605-617, 2017.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DOS DADOS



Nº do questionário		

Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NA REDE DE SAÚDE DE MACEIÓ -AL

Aplicador: _____	Distrito
Sanitário: _____	
Nome _____ da _____	Unidade _____ de
Saúde: _____	

Bloco 1

Identificação geral do profissional de saúde

1. Sexo (01) Feminino (02) Masculino	2. Idade: _____ anos	3. Profissão (01) Enfermeiro (a) (02) Médico (a)	4. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família ____ anos ____ meses
--	-------------------------	--	--

Bloco 2

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

MARQUE COM UM "X" A RESPOSTA MAIS ADEQUADA

5. Você pergunta ao usuário qual é o seu trabalho/ocupação atual?
 (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre
6. Você pergunta ao usuário quais as atividades de trabalho que ele desenvolve na sua ocupação atual?
 (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre
7. Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação atual do usuário?
 (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre
8. Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação pregressa do usuário?
 (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre
9. Você busca estabelecer a relação entre queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes e seu trabalho/ocupação atual ou pregressa?
 (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

10. Você consegue estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação atual ou progressa?

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

11. Você tem conhecimento sobre a/as atividade/s produtivas (ex.: fábrica, construções, comércio) desenvolvidas no território de referência de sua unidade de saúde que influencia(m) na condição de saúde dos usuários e da comunidade em geral?

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

12. Você consegue estabelecer a relação entre doenças e queixas das famílias de sua área de abrangência e as atividades produtivas existentes no território (ex.: frigorífico, padaria, marcenaria, pesca)?

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

13. Você conhece o Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN)?

(01) Sim (02) Não

14. Você consegue acessar com facilidade o SINAN?

(01) Sim (02) Não

15. Você conhece as doenças relacionadas ao trabalho que são de notificação no SINAN?

(01) Sim (02) Não

16. Você conhece a ficha de notificação de acidentes de trabalho do SINAN?

(01) Sim (02) Não

17. Você notifica os acidentes de trabalho no SINAN?

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

18. Você notifica os casos de doenças relacionadas ao trabalho no SINAN?

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

Bloco 3

Este bloco refere-se as ações de atenção à saúde dos trabalhadores desenvolvidas pela equipe Saúde da Família que você faz parte.

MARQUE COM UM "X" A RESPOSTA MAIS ADEQUADA

19. A equipe Saúde da Família mapeia as atividades produtivas desenvolvidas no território de referência de sua unidade (ex.: frigorífico, padaria, pesca, marcenaria, etc)?

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

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

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

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

(01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

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

Nesta questão você poderá marcar todas as alternativas apropriadas à situação da sua equipe [poderá marcar mais de uma opção].

- (01) Não busca articulação
- (02) Buscar articulação com a Vigilância Sanitária
- (03) Busca articulação com a Vigilância Ambiental
- (04) Busca articulação com a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)
- (05) Busca articulação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)
- (06) Busca articulação com o Ministério Público
- (07) Busca articulação com o sindicato ou outra forma de organização dos trabalhadores
- (08) Busca articulação com a associação comunitária
- (09) Outra. Qual? _____
- (99) Não sabe

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

- (01) Sim (02) Não

24. A equipe analisa as informações decorrentes dos acidentes de trabalho?

- (01) Sim (02) Não

25. A equipe de saúde recebe denúncia ou solicitações de intervenção em situações de risco e/ou adoecimento de usuários e comunidade provenientes de atividades produtivas (ex.: indústrias, fábricas, padarias) instaladas no território da unidade de saúde?

- (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

Bloco 04

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

MARQUE COM UM "X" A RESPOSTA MAIS ADEQUADA

26. A coordenação municipal da Atenção Básica apoia o desenvolvimento de ações de Saúde do trabalhador?

- (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

27. A coordenação/gerência da unidade básica de saúde onde trabalha apoia o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador?

- (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

28. Eu recebi treinamento/capacitação para notificar os acidentes de trabalho no SINAN?

- (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

29. Eu recebi treinamento para desenvolver ações de saúde do trabalhador?

- (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

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

- (01) Nunca (02) Raramente (03) Às vezes (04) Quase sempre (05) Sempre

Prezado profissional de saúde.

Obrigado por participar da pesquisa. Caso deseje comentar algo relacionado a atenção à saúde do trabalhador desenvolvido por você ou sua equipe, aproveite o espaço abaixo para escrever a sua opinião.

ANEXO B – APROVAÇÃO CEP/UFAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NA REDE DE SAÚDE DE MACEIÓ -AL

Pesquisador: Michael Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28676820.3.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas (campus Arapiraca)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.903.232

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa objetiva avaliar os fatores associados subnotificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho nas Unidades de Saúde de Maceió. Trata-se de um estudo transversal, quantitativa com a aplicação de questionários. A população-alvo serão os profissionais da Estratégia Saúde da Família, de nível superior, que podem notificar os agravos relacionados à saúde: médicos e enfermeiras, em um total de 128 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores os objetivos da pesquisa são:

Objetivo Geral: Analisar os fatores associados a subnotificação dos acidentes de trabalho pela Estratégia Saúde da Família em Maceió -AL.

Objetivos Específicos: Identificar os conhecimentos acerca da notificação dos acidentes de trabalho pelos profissionais da atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores os Riscos São: timidez e cansaço. Como forma de minimizá-los

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.903.232

os pesquisadores afirmam seguir três estratégias:

1. Consentimento livre e esclarecido (assegurado que o local para resposta do questionário será de livre escolha e conveniência do(a) participante, mimizando possíveis incômodos);
2. Garantia de Anonimato;
3. Resguardo das relações de poder abusivo – consiste numa relação de confiança entre pesquisador/a e participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestrado Profissional em Saúde-PROFSAÚDE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados:

- Carta resposta
- TCLE
- Projeto detalhado

Recomendações:

Pesquisadores corrigiram todas as recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 3.903.232

do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1488039.pdf	17/02/2020 22:12:38		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP.pdf	17/02/2020 22:07:26	Michael Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	17/02/2020 22:06:13	Michael Machado	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/02/2020 22:05:49	Michael Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	17/02/2020 21:53:20	Michael Machado	Aceito
Outros	Lattes_Juraci_Roberto_Lima.pdf	04/02/2020 23:59:21	Michael Machado	Aceito
Outros	Lattes_Michael_Machado.pdf	04/02/2020 23:59:08	Michael Machado	Aceito
Outros	questionario.pdf	04/02/2020 23:53:17	Michael Machado	Aceito
Outros	_Declaracao_Publicz.pdf	04/02/2020	Michael Machado	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.903.232

Outros	_Declaracao_Publicz.pdf	23:52:43	Michael Machado	Aceito
Outros	_Declaracao_Cumprimento.pdf	04/02/2020 23:51:52	Michael Machado	Aceito
Outros	_Declaracao_Inex_Acordos.pdf	04/02/2020 23:50:46	Michael Machado	Aceito
Outros	_Responsabilidades.pdf	04/02/2020 23:50:07	Michael Machado	Aceito
Outros	Encerrar_pesquisa.pdf	04/02/2020 23:49:26	Michael Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	_Demo_Infra.pdf	04/02/2020 23:48:00	Michael Machado	Aceito
Folha de Rosto	_folhaDeRosto.pdf	04/02/2020 23:47:19	Michael Machado	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	04/02/2020 22:25:46	Michael Machado	Aceito
Outros	Autorizacao_Prefeitura_Maceio.jpg	04/02/2020 22:19:55	Michael Machado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 06 de Março de 2020

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO C - REGRAS DA REVISTA

REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

INÍCIO / Submissões

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

O manuscrito atende ao foco e escopo da RBMFC.
O manuscrito não foi publicado, nem se encontra em análise para publicação em qualquer periódico avaliador por pares.
O manuscrito foi preparado de acordo com a política de seção correspondente.
Os autores concordam com a declaração de direito autoral (na página Submissões , logo acima de política de privacidade).
Para preenchimento do formulário de submissão, a pessoa que realiza a submissão dispõe de todos os dados sobre cada um dos autores: nome completo, ORCID iD , URL do currículo Lattes (brasileiros), instituição/afiliação, declaração de conflitos de interesse e breve biografia profissional.

<p>Todas as pessoas listadas como autoras atendem aos critérios de autoria, e todas as pessoas atendendo aos quatro critérios de autoria estão listadas como autoras.</p>
<p>Todas as pessoas que atendam a um ou mais critérios de autoria tiveram sua contribuição descrita em uma declaração a ser submetida como documento suplementar, como descrito em Preparo do manuscrito.</p>
<p>O documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa (ou equivalente se fora do Brasil) está pronto para ser enviado como documento suplementar; ou o manuscrito não relata pesquisas com seres humanos.</p>
<p>Autores possuem consentimento por escrito assinado pelos participantes da pesquisa ou seus responsáveis; ou o manuscrito não relata pesquisa com sujeitos humanos; ou um comitê de ética em pesquisa isentou os pesquisadores de obter consentimento por escrito.</p>
<p>Os autores possuem consentimento por escrito assinado pelo paciente ou seu responsável, autorizando a publicação do caso clínico; ou o manuscrito não relata um caso clínico.</p>
<p>Os métodos do manuscrito possuem plano de compartilhamento de dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata pesquisa empírica.</p>
<p>Os métodos do manuscrito atestam o uso de dados de compartilhamento de acordo com quaisquer termos acordados no recebimento dos dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata uma análise secundária de dados de compartilhamento de pesquisa empírica.</p>
<p>O manuscrito foi redigido conforme as diretrizes e extensões relevantes da <i>Rede EQUATOR</i>, conforme descrito em Dados abertos e reprodutibilidade; ou não se aplica.</p>
<p>A pesquisa foi incluída em um registro público antes de inscrever seu primeiro participante, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.</p>
<p>O manuscrito atende às diretrizes aos autores.</p>
<p>Os métodos do manuscrito descrevem se e como pacientes e comunidade participaram do estudo; ou o manuscrito não relata pesquisa empírica.</p>



Diretrizes para Autores

Antes mesmo de preparar o manuscrito, autores em potencial devem verificar se o trabalho atende ao foco e escopo, assim como às outras políticas editoriais da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Essas políticas e estas instruções foram atualizadas pela última vez em 2 de março de 2021.

A RBMFC não cobra taxas de publicação ou submissão, nem aceita publicidade; suas despesas são integralmente custeadas pela SBMFC.

A RBMFC é indexada pela LILACS, DOAJ, REDIB, Open Citations Index, Dimensions, Scite, Google Scholar (índice h5) e PKP Index, além de ser listada nos diretórios Latindex, EZB, Diadorim, Sherpa Romeo, Periódicos CAPES e ISSN Portal (ROAD, The Keepers). Na avaliação do quadriênio 2013 a 2016 (que é a mais recente), o sistema Qualis CAPES classificou a RBMFC como B3 nas áreas de avaliação Enfermagem e Serviço social; B4 em Saúde coletiva, Odontologia, Antropologia e Arqueologia e Interdisciplinar; e B5 em Medicina II.

Em 2020, a RBMFC aceitou para publicação 18% das submissões recebidas. No mesmo ano, a revista declinou 82% das submissões: 65% na entrada e 17% após a avaliação externa. Quatro quintos das submissões receberam a primeira decisão editorial em 30 dias. Os artigos foram publicados em média 263 dias após a submissão.

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas.

Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as recomendações do ICMJE. Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

- ♦ **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de

autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar

a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

- ♦ **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a política de conflitos de interesse.
- ♦ **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- ♦ Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- ♦ Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- ♦ **Resumo e palavras-chave nos três idiomas.** A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- ♦ O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- ♦ O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- ♦ Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: "https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJÉ](#).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapés.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o

manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (porexemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como [Zenodo](#), [OSF](#) ou [Figshare](#), e citados no manuscrito conforme descrito na política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#).

Políticas de Seção

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver [Dados abertos e reprodutibilidade](#)) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre [Ética em pesquisa](#) e [Dados abertos e reprodutibilidade](#).

Artigos de Revisão Clínica

Esta seção inclui revisões narrativas para atualização da prática clínica. Enquanto revisões sistemáticas (publicadas na seção [Artigos de pesquisa](#)) respondem a questões bem

delimitadas, as revisões clínicas atualizam o leitor sobre algum tema clínico de interesse. “[Revisões baseadas na evidência](#)” serão consideradas para publicação se responderem a perguntas amplas. Questões estreitas são melhor respondidas por revisões sistemáticas; ver a seção Artigos de Pesquisa.

Artigos de revisão clínica aliam a melhor evidência clínica à experiência profissional dos autores, com ênfase em desfechos orientados aos pacientes. As revisões clínicas devem citar as principais e mais recentes revisões sistemáticas e diretrizes clínicas derivadas sistematicamente, bem como pesquisa original quando for necessário. Opcionalmente, as revisões clínicas podem trazer uma avaliação formal das evidências, em um quadro listando as principais recomendações, as respectivas citações e a classificação *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)*. A RBMFC publicou um guia de [como preparar uma revisão clínica](#).

O resumo deve ter até 250 palavras, condensar o conteúdo do artigo, e não ser estruturado. O texto principal deve ter um tamanho recomendado de até 2,5 mil palavras, e ser redigido tendo em mente a prática clínica do médico de família e comunidade. O texto principal consiste em Introdução, Métodos, outras seções, e Considerações finais. A introdução delimita o tema (“do que se trata”) e justifica sua importância (epidemiologia na comunidade ou no consultório, impacto sobre a qualidade de vida, etc). Os métodos descrevem a estratégia de busca, as bases de dados consultadas e a data da busca. Em vez de “Resultados e Discussão”, a revisão clínica deve ter seções mais adequadas ao tema específico, articulando experiência profissional às evidências encontradas; uma opção frequentemente útil são as seções “Avaliação” (ou “Diagnóstico”) e “Recomendações”. Recomenda-se fortemente que o artigo tenha um fluxograma para avaliação e/ou manejo, dentre outras ilustrações. As considerações finais podem trazer perspectivas futuras e pontuar incertezas ou discrepâncias.

As submissões para esta seção deverão ser feitas preferencialmente em língua portuguesa.

Casos Clínicos

Esta seção publica artigos relatando casos clínicos que contribuam significativamente para o conhecimento médico, por exemplo indicando a necessidade de mudanças na prática clínica. Séries de casos são consideradas pesquisa, e devem ser submetidas à seção

Artigos de pesquisa.

Os artigos devem trazer as informações recomendadas pelas diretrizes CARE. O resumo tem até 200 palavras, e é estruturado em Introdução, Apresentação do caso e Conclusões. O texto principal tem um tamanho recomendado de até 2 mil palavras, e deve ser estruturado em Introdução, Apresentação do caso, Discussão e Conclusão.

A seção Ética em pesquisa traz instruções importantes para a submissão de casos clínicos – apesar de casos clínicos não serem considerados pesquisa.

Relatos de Experiência

Esta seção publica relatos de experiência em melhoria de qualidade na gestão da clínica ou educação médica na atenção primária à saúde, desde que contribuam significativamente para o conhecimento sobre o assunto. Avaliação de serviços de saúde é considerada pesquisa original, e deve ser submetida à seção Artigos de pesquisa.

A redação do relato de experiência deve seguir as diretrizes SQUIRE. O resumo deve ter até 300 palavras, e ser estruturado em Problema, Método, Resultados e Conclusão. O texto principal tem um tamanho recomendado de até 3 mil palavras, e deve ser dividido em Introdução (descrição do problema; conhecimento disponível; justificativa; objetivos específicos), Métodos (contexto; intervenção; estudo da intervenção; medidas; análise; considerações éticas), Resultados e Discussão (sumário; interpretação; limitações; conclusões), conforme explicado nas diretrizes mencionadas.

Perspectivas

Esta seção publica análises, reflexões, pontos de vista e discussões sobre temas pertinentes à medicina de família e comunidade e/ou atenção primária à saúde, incluindo temas anteriormente direcionado para as seções “histórias da linha de frente”, “otimizando o cuidado” e “espaço aberto”. Os artigos devem acrescentar conhecimento significativo à literatura e apresentar mensagens claras.

Os resumos não são estruturados, e têm até 150 palavras. O texto principal deve ter até 2 mil palavras, e o formato é livre.

Resenhas

Esta seção publica análises críticas de livros, filmes e demais produções, lançadas nos últimos 3 anos, no Brasil ou em outros países, relacionadas à medicina de família e comunidade, atenção primária à saúde ou temáticas de relevância para o desenvolvimento de sistemas de saúde e práticas de saúde de interesse para o campo da MFC/APS.

As resenhas devem ser iniciadas com a referência bibliográfica da publicação analisada, e seu tamanho recomendado é de até 1,5 mil palavras. Os resumos devem ter até 150 palavras, e não serem estruturados. O artigo deve usar poucas referências, até 10.

Cartas ao Editor

Esta seção publica comunicações breves discutindo artigos publicados pela RBMFC. O objetivo é fazer uma revisão por pares pós-publicação, por exemplo destacando implicações ou limitações que não tenham sido discutidas pelos autores.

Cartas ao editor devem ser sucintas (até 600 palavras), e o artigo sendo discutido deve ser o primeiro (ou único) a ser citado. Não há resumo.

Documentos da SBMFC

Esta seção publica documentos oficiais de colegiados ligados à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Declaração de Direito Autoral

Ao submeterem um manuscrito à RBMFC, os autores mantêm a titularidade dos direitos autorais sobre o artigo, e autorizam a RBMFC a publicar esse manuscrito sob a licença *Creative Commons Atribuição 4.0* e identificar-se como veículo de sua publicação original.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

IDIOMA

English

Português

(Brasil)Español

(España)

Indexada em

Filiada à



Revista parceira

INFORMAÇÕES

Para Leitores

Para Autores

Para Bibliotecários

Platform &
workflow by
OJS / PKP

