MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

41

Brasília – DF
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Cadernos de Atenção Básica, nº 41

Brasília – DF
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Cadernos de Atenção Básica, nº 41

Brasília – DF
2018

© 2018 Ministério da Saúde.
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

1ª Edição - 2018 - versão eletrônica

Elaboração e Informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício SEDE 7º Andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: http://http://dab.saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador
SRTVN 701, via W5, Edifício PO700, 6ª andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-3660 / 3315-3678
Site: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs

Coordenação técnica geral:
Caroline José Martins
Karla Freire Baêta

Organização:
Allan Nuno de Souza
Carlos Augusto Vaz de Souza
Daniel Cobucci de Oliveira
Daniela Buosi Rohlfs
Dirceu Ditmar Klitzke
Erika Rodrigues de Almeida
Élem Cristina Cruz Sampaio
Elizabeth Costa Dias
Fábio Fortunato Brasil de Carvalho
Jandira Maciel da Silva
Jorge Mesquita Huet Machado
Karla Freire Baêta
Marcia Helena Leal
Thais Coutinho de Oliveira
Thais Lacerda e Silva

Elaboração de texto:
Adriana Skamvetsakis
Ana Paula Scalia Carneiro
Carmen Lúcia Miranda Silvera
Daniel Miele Amado
Élem Cristina Cruz Sampaio
Elizabeth Costa Dias
Isabella de Oliveira Campos Miquilin
Jacira Azevedo Cancio
Jandira Maciel da Silva
Jorge Mesquita Huet Machado
Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Leticia Coelho da Costa Nobre
Luciana de Assis Amorim
Luciana Saraiva da Silva
Magda Helena Reis Cota de Almeida
Márcia Helena Leal
Maria Dionísia do Amaral Dias
Mariângela Soares Nogueira
Olívia Lucena de Medeiros
Paulo Roberto Sousa Rocha
Renata Lopes Siqueira
René Mendes
Rosângela Minardi Mitre Cotta
Sílvia Reis
Sofia Sayuri Yoneta
Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro
Thais Coutinho de Oliveira
Thais Lacerda e Silva

Colaboração:
Alexandre Jacobina
Anna Vicente
Arnaldo Marcolino da Silva Filho
Beatriz de Souza Campos
Camila Macedo de Figueiredo
Débora de Sousa Bandeira
Elisson Rodrigues Marques
Elizabete Pacheco Gandra
Fernando Nunes Alves
Flávia Nogueira e Ferreira
Ivonne Natalia Solarte Agredo
Jorge Luiz Sayde de Azevedo
Joseane Prestes de Souza
Juliana Acosta Santorum
Giuliano Exposito El da Silva
Graziela Tavares
Maria da Graça Hoefel
Natália Dantas
Olavo de Moura Fontoura
Paula Frassineti Guimarães de Sá
Raquel Dantas da Rocha
Roque Manoel Perusso Veiga
Sueli Zeferino Ferreira Almeida
Thais Machado Dias
Walace Fernandes Loures

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Diagramação:
Roosevelt Ribeiro Teixeira

Revisão Técnica:
Élem Cristina Cruz Sampaio
Filipa Fernandes
Horácio Pereira de Faria
Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Márcia Helena Leal
Marcia da Silva Anunciacao Lazarino
Natália Dantas
Raphael Augusto Teixeira Aguiar
Walace Fernandes Loures
Thais Coutinho de Oliveira

Revisão:
Khamila Silva – Editora MS/CGDI

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Saúde do trabalhador e da trabalhadora / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
136 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf>

ISBN 978-85-334-2685-6

1. Saúde do trabalhador. 2. Atenção à Saúde. 3. Vigilância em Saúde. I. Título.

CDU 613.9-057

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0136

Títulos para indexação:
Worker's Health Care

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AT	Acidente de Trabalho
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CGST	Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima edição
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CISTT	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CV	Capacidade Vital
CVF	Capacidade Vital Forçada
DAB	Departamento de Atenção Básica
Dort	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
eAB	equipe de Atenção Básica
eSF	equipe de Saúde da Família
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MPT	Ministério Público do Trabalho
MST	Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTCI	Medicina Tradicional Complementar e Integrativa
MTST	Movimento de Trabalhadores Sem Teto
MS	Ministério da Saúde

NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONG	Organizações Não Governamentais
Pair	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PEA	População Economicamente Ativa
Peti	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pneps	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Pnes	Programa Nacional de Eliminação da Silicose
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPD	Purified protein derivative (derivado proteico purificado)
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
Sesi	Serviço Social da Indústria
Sesc	Serviço Social do Comércio
Senat	Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
Senar	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
Sisab	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SRTE	Superintendência Regional do Trabalho e Emprego
ST	Saúde do(a) Trabalhador(a)
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USG	Ultrassonografia
VE	Vigilância Epidemiológica
VEF1	Volume expiratório forçado no primeiro segundo
Visat	Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação da população ocupada, de acordo com a posição na ocupação e a categoria do emprego 16

Figura 2 – Determinantes Sociais da Saúde 17

Figura 3 – Fluxograma 1 – Manejo dos Acidentes de Trabalho pelas equipes de Atenção Básica 72

Figura 4 – Fluxograma 2 – Manejo dos casos de LER/Dort pelas equipes de Atenção Básica 77

Figura 5 – Fluxograma 3 – Manejo dos casos de Dermatoses Ocupacionais pelas equipes de Atenção Básica 84

Figura 6 – Fluxograma 4 – Manejo dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho pelas equipes de Atenção Básica 89

Figura 7 – Fluxograma 5 – Manejo dos casos de silicose e outras doenças respiratórias causadas pela inalação de poeira de sílica pelas equipes de Atenção Básica 97

Figura 8 – Fluxograma 6 – Manejo da suspeita de intoxicação exógena por agrotóxicos pelas equipes de Atenção Básica 105

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplos de riscos existentes no trabalho e seus efeitos sobre a saúde 21

Quadro 2 – Relação do trabalho com o adoecimento de trabalhadores(as), segundo a Classificação de Schilling 23

Quadro 3 – Exemplos da Lista A das Doenças Relacionadas ao Trabalho..... 24

Quadro 4 – Exemplos da Lista B das Doenças Relacionadas ao Trabalho 25

Quadro 5 – Definições da situação no mercado de trabalho 39

Quadro 6 – Elementos para o diagnóstico da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no território..... 41

Quadro 7 – Subsídios para a construção de Linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador 54

Quadro 8 – As LER/Dort e respectivos códigos da CID-10, segundo a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho..... 74

Quadro 9 – As dermatoses relacionadas ao trabalho e respectivos códigos da CID-10, segundo a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho 79

Quadro 10 – Principais fatores ou "causas diretas" das dermatoses relacionadas ao trabalho..... 83

Quadro 11 – Condições de trabalho possivelmente associadas às ocorrências de dermatoses relacionadas ao trabalho..... 83

Quadro 12 – Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho e a respectivos códigos da CID-10..... 87

Quadro 13 – Indicadores e parâmetros propostos pela Associação Médica Americana (AMA) para avaliação de disfunção ou deficiência causadas pelos transtornos mentais e do comportamento 88

Quadro 14 – Classe toxicológica dos agrotóxicos, segundo a DL 50, a dose capaz de matar um adulto e a cor da faixa no rótulo do produto 100

Quadro 15 – Classificação das intoxicações agudas segundo quadro clínico 102

Quadro 16 – Principais efeitos da exposição prolongada a múltiplos agrotóxicos..... 104

Quadro 17 – Atribuições e objetivos de instâncias intersetoriais e de controle social no âmbito do SUS 130

SUMÁRIO

Apresentação 13

1 Atenção à Saúde dos(as) Trabalhadores(as): conceitos gerais 15

1.1 Conhecendo a Saúde do(a) Trabalhador(a) 18

1.2 Compreendendo os agravos e o adoecimento relacionados ao trabalho 20

1.2.1 Exemplos de doenças comuns, com potencial relação com o trabalho, que modifica sua evolução 24

1.3 Aproximações entre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Atenção Básica 29

Referências 33

2 Atenção à Saúde dos(as) Trabalhadores(as) no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família 35

2.1.Tecnologias e/ou estratégias utilizadas no cotidiano de trabalho das eAB/eSF 36

2.2 Diagnóstico situacional: identificação do perfil produtivo e da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) 36

2.3 Cadastramento das famílias: individual e domiciliar 38

2.4 Reconhecendo o(a) usuário(a) trabalhador(a) na abordagem da eAB/eSF 40

2.4.1 Acolhimento 42

2.4.2 Consulta Clínica 43

2.4.3 Visitas domiciliares 44

2.4.4 Educação em saúde – Atendimento em grupo 45

2.4.5 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde 46

2.5 Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica. 47

2.5.1 Suporte para o desenvolvimento das ações de Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica 48

2.5.2 Como realizar as ações de suporte técnico e pedagógico em Saúdedo(a) Trabalhador(a) 49

2.5.3 As redes e instâncias de apoio matricial 53

2.6 Reconhecendo as condições de trabalho e a situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Básica 61

Referências 62

3 O cuidado em Saúde do(a) Trabalhador(a): ações de assistência 65

3.1 Reconhecendo o(a) usuário(a) e a relação entre o adoecimento e o trabalho 66

3.2 Manejo de agravos à saúde relacionados ao trabalho pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família 66

3.2.1 Ações no nível individual 67

3.2.2 Decisão quanto à necessidade e à duração de afastamento do trabalho 67

3.2.3 Encadeamentos médico- previdenciários decorrentes do diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho 68

3.2.4 Ações coletivas 68

3.3 Agravos à saúde relacionados ao trabalho mais frequentes na Atenção Básica....69
3.3.1 Acidente de trabalho....69
3.4 Doenças Relacionadas ao Trabalho....73
3.4.1 Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho – LER/Dort....73
3.4.2 Dermatose ocupacional ou relacionada ao trabalho....78
3.4.3 Transtornos mentais relacionados ao trabalho....83
3.4.4 Manejo dos casos de transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho pelas equipes da Atenção Básica....87
3.4.5 Silicose e outras doenças respiratórias causadas pela inalação de poeira de sílica....90
3.4.6 Exposição à sílica: aspectos conceituais, clínicos e epidemiológicos....91
3.4.7 Manejo dos casos de pneumocosiose (silicose) pelas equipes da Atenção Básica....93
3.4.8 Ações educativas, de proteção e de prevenção....94
3.4.9 Sobre a avaliação de incapacidade para o trabalho....95
3.4.10 Intoxicação por agrotóxicos....98
3.4.11 Classificação dos agrotóxicos....100
3.4.12 Absorção, vias de exposição ocupacional e efeitos à saúde....101
3.4.13 O que é uma intoxicação aguda?....102
3.4.14 O que é uma intoxicação crônica?....103

Referências....109

4 Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a): elementos para a ação da Atenção Básica....113
4.1 Compreendendo a Vigilância em Saúde....113
4.2 Compreendendo a Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a) – Visat....114
4.3 A Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica....115
4.3.1 Identificação e levantamento das atividades de trabalho e situações de risco à saúde dos(as) trabalhadores(as), compondo o perfil produtivo no território....116
4.3.2 Identificação da população trabalhadora no território....117
4.3.3 Elaboração da análise da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no território....128
4.3.4 Desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica em saúde do(a) trabalhador(a)....119
4.3.5 Desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho....121
4.3.6 Planejando e desenvolvendo ações de vigilância e de promoção da saúde dos(as) trabalhadores(as) no território....123
Referências....126

5 Participação e controle social em Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica....129
5.1 Dispositivos legais que asseguram a participação de trabalhadores(as) nas políticas de saúde....130
5.2 Identificação e articulação de redes de apoio e de participação social de interesse à saúde dos(as) trabalhadores(as) no território....134
Referências....136

Apresentação

O Caderno de Atenção Básica nº 41 – Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora compreende parte de um esforço compartilhado entre o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) e a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CGST/DSAST/SVS/MS), em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na perspectiva de atualizar o Caderno de Atenção Básica nº 5 – Saúde do(a) Trabalhador(a), publicado em 2002. É um produto da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com a implantação e a consolidação das ações de Saúde do(a) Trabalhador(a) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e é fruto do empenho dos que participaram e contribuíram para sua finalização.

Este Caderno busca contribuir para a qualificação do cuidado à saúde desenvolvido pelas equipes de atenção básica / equipes de saúde da família (eAB/eSF), considerando as relações entre o trabalho e as condições de saúde e doença dos(as) usuários(as) trabalhadores(as) na população sob sua responsabilidade. Apresenta aspectos conceituais, ferramentas para o manejo clínico e estratégias de intervenções terapêuticas e de promoção e vigilância dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, organizados a partir do processo de trabalho das equipes.

A proximidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos domicílios das pessoas e dos seus ambientes de trabalho, o alto grau de descentralização e capilaridade da Atenção Básica (AB) no Brasil, em articulação com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do(a) Trabalhador(a) (Renast) e as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS), favorecem a garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população trabalhadora. Portanto, a AB desempenha um papel central na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Considera-se que o desenvolvimento das ações de ST não representam algo novo, a ser agregado à agenda das equipes, mas busca incorporar competências – conhecimentos, habilidades e atitudes – relativas ao cuidado à saúde desse grupo da população, nas práticas cotidianas.

A rigor, as equipes de eAB/eSF lidam com o contexto da vida das pessoas sob sua responsabilidade e no dia a dia deparam-se com formas de adoecimento, por vezes maldefinidas, para as quais a contribuição do trabalho ou mesmo a ausência dele desempenha papel importante. Também, é comum que as pessoas se definam enquanto indivíduos e cidadãos pela posição que ocupam nos

processos produtivos. A pergunta – quem é você? com frequência é respondida com a menção ao trabalho ou ocupação. Desse modo, o trabalho está presente e permeia as práticas de saúde, de modo especial na Atenção Básica.

Porém, esse é um processo em construção e um dos objetivos deste Caderno é dar visibilidade às práticas e às intervenções já realizadas pelos profissionais da AB, considerando o papel do trabalho na determinação das condições de vida e de saúde e doença dos(as) trabalhadores(as).

Os capítulos deste Caderno abordam: os conceitos gerais relativos à Saúde do Trabalhador (ST); a atenção à saúde da população trabalhadora no processo de trabalho das eAB/eSF; as ações assistenciais para o cuidado da população trabalhadora; os elementos para a ação da AB pertinentes à Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat); a participação e o controle social em Saúde do Trabalhador.

Dessa forma, esta publicação deve ser incorporada como ferramenta de apoio à construção compartilhada e sistemática de modos de cuidar e gerir, durante o cotidiano das eAB/eSF, no desenvolvimento de atenção qualificada aos(às) usuários(as)-trabalhadores(as). sob sua responsabilidade, considerando a importância que o trabalho ocupa na vida das pessoas e sua contribuição na determinação do processo saúde-doença. Com essa iniciativa, espera-se contribuir efetivamente para o fortalecimento do protagonismo da AB na produção e na gestão do cuidado em rede, causando impacto positivo na vida dos(as) trabalhadores(as).

Atenção à saúde dos(as) trabalhadores(as): conceitos gerais

1

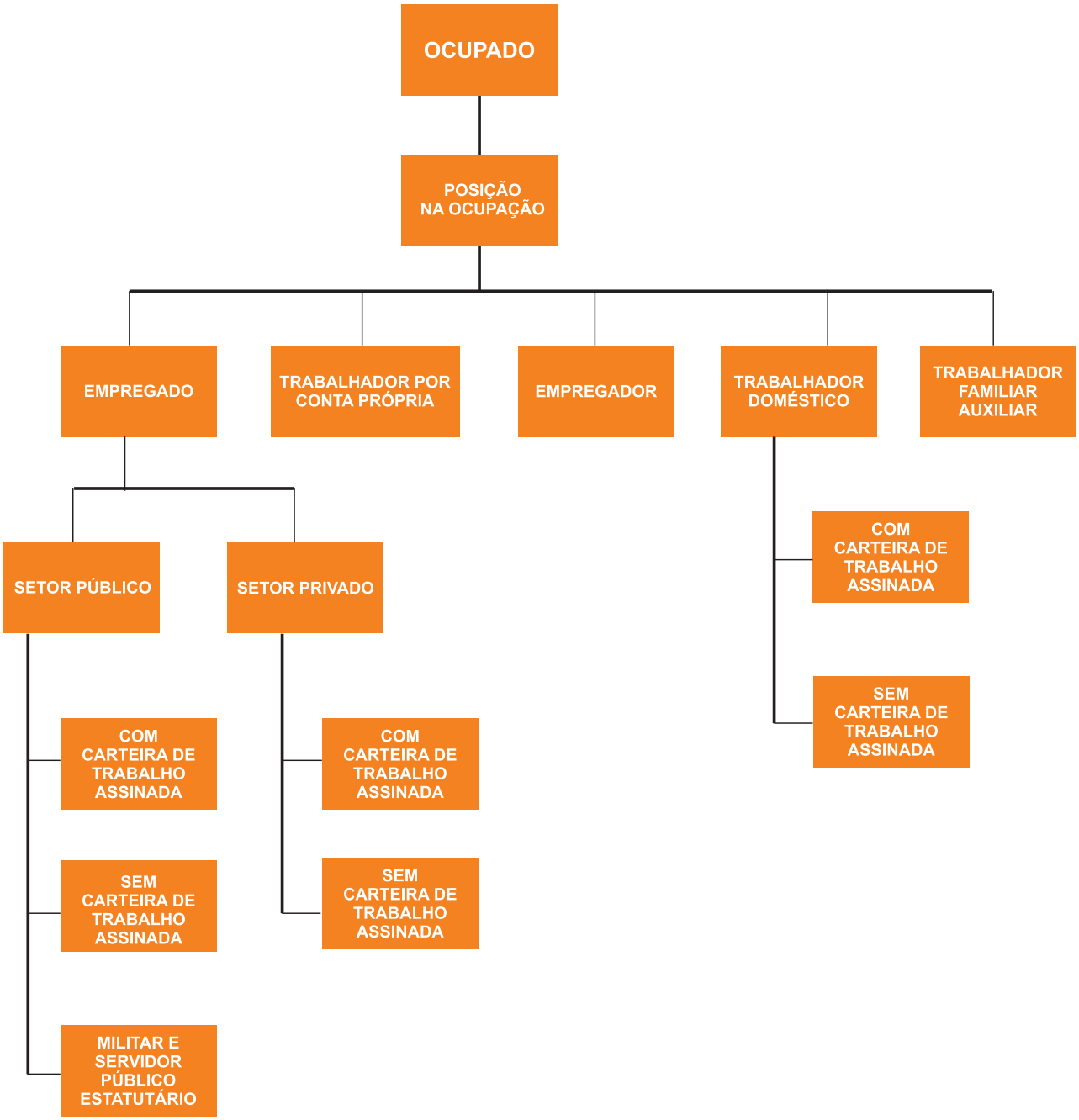
No Brasil, as atividades produtivas estão organizadas de múltiplas formas, com distintos graus de incorporação tecnológica e formas de gestão, na lógica de cadeias produtivas, em todos os setores econômicos (Agroindústria, Mineração, Construção Civil,Indústria, setor de Serviços e outros). Assim, podem ser observadas distintas formas de organização dos processos produtivos e de incorporação tecnológica – do trabalho manual, artesanal à produção por robôs – e de formas de gestão e de vínculo do(a) trabalhador(a) com o empregador ou responsável pela produção, por meio de maneiras diversas, desde o trabalho formal, com carteira assinada e outros contratos por meio de cooperativas e associações e arranjos informais.

Ainda verificam-se, em alguns contextos, situações de trabalho ilegal como o trabalho análogo ao de escravo e/ou que incorpora crianças e adolescentes, que devem ser combatidas e consideradas na avaliação dos impactos sobre a saúde e a qualidade de vida dos(as) trabalhadores(as) e suas famílias. Todos estes aspectos devem ser considerados na avaliação dos impactos sobre a saúde e a qualidade de vida dos(as) trabalhadores(as) e suas famílias.

De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015 os(as) trabalhadores(as) brasileiros(as) somavam cerca de 105 milhões de pessoas (BRASIL, 2013) dos quais, cerca de 43 milhões, ou quase 41%, estavam segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT) da Previdência Social, observando-se grande disparidade entre as regiões do País.

A complexidade da composição da força de trabalho no Brasil pode ser observada na Figura1 e está relacionada aos diferentes tipos de vínculos, estabilidade, acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários, os quais influenciam as condições de vida, de trabalho e de saúde dos(as) trabalhadores(as) e suas famílias.

Figura 1 – Classificação da população ocupada, de acordo com a posição na ocupação e a categoria do emprego



Fonte: (IBGE, 2015).

O trabalho, ou a ausência dele, é um importante determinante das condições de vida e da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) e de suas famílias.

O trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar do(a) trabalhador(a) e de sua família. Além de gerar renda, que viabiliza as condições materiais de vida, tem uma dimensão humanizadora e permite a inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio, importantes para a saúde. Assim, ele pode ter um efeito protetor, ser promotor de saúde, mas também pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos(a) trabalhadores, aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades e produzir a degradação do ambiente. Esta visão do trabalho enquanto determinante social de saúde e doença orienta este capítulo que apresenta elementos para reconhecer e lidar com os agravos relacionados ao trabalho.

A figura dos Determinantes Sociais da Saúde proposta por Dahlgren e Whitehead (1991) coloca em posição central as condições de vida e de trabalho, de emprego/desemprego e os fatores e situações de risco presentes nos ambientes de trabalho (Figura 2).

Figura 2 – Determinantes Sociais da Saúde

Fonte: (DAHLGREN; WHITEHEAD,1991 apud COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

No cotidiano dos serviços de saúde, os(as) trabalhadores(as) necessitam de um olhar diferenciado, considerando as relações entre o trabalho que desenvolvem e/ou desenvolveram e suas condições de saúde-doença. Os efeitos negativos na saúde determinados pelo trabalho são geralmente expressos nos acidentes e nas doenças relacionadas ao trabalho que aparecem como

demanda dos(as) usuários(as) nos diversos pontos da rede, cujas principais portas de entrada são a AB e as redes de urgência e emergência.

A organização da atenção à saúde da população a partir da AB tem sido considerada estratégia importante para reduzir a iniquidade e prover cuidado resolutivo e com qualidade. O processo de trabalho das equipes de saúde permite que se conheça mais sobre as condições de vida e de trabalho da população sob sua responsabilidade, facilitando a definição de políticas e ações de saúde mais adequadas ao perfil de morbimortalidade e o acesso e acompanhamento dos grupos vulneráveis. No campo da ST, as ações de saúde desenvolvidas pelas eAB/eSF facilitam o reconhecimento das relações entre as condições de vida e trabalho, expressos nos determinantes sociais de saúde e sua incorporação no cuidado.

Na perspectiva da atenção integral, o cuidado em saúde envolve ações de promoção e proteção da saúde, vigilância, assistência e reabilitação. Assim, todos os profissionais da rede de saúde, em especial das eAB/eSF, precisam estar qualificados para estabelecer as relações entre as condições de vida e saúde-doença e o trabalho, atual ou pregresso do usuário, de modo a estabelecer o diagnóstico correto, a relação do evento com a atividade de trabalho e definir o plano terapêutico adequado, incluindo a reabilitação, a orientação do(a) trabalhador(a) sobre as medidas de promoção e proteção da saúde, os encaminhamentos trabalhistas e previdenciários e a notificação ao sistema de informação em saúde.

As ações coletivas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no âmbito da AB devem começar pelo reconhecimento e registro das atividades produtivas desenvolvidas no território que está sob responsabilidade da eAB/eSF, incorporando-o em seus planos de trabalho e incluem a vigilância dos agravos à saúde relacionados ao trabalho – os acidentes e as doenças – que é viabilizada a partir da notificação dos casos identificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, com destaque para as atividades produtivas desenvolvidas no domicílio e no peridomicílio no território.

1.1 Conhecendo a Saúde do(a) Trabalhador(a)

A Saúde do Trabalhador é o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e, em particular, dos(as) trabalhadores(as). Neste campo, o trabalho pode ser considerado como eixo organizador da vida social, espaço de dominação e resistência dos(as) trabalhadores(as) e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. A partir dessa premissa, as intervenções devem buscar a transformação dos processos produtivos, no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte, além de garantir a atenção integral à saúde dos(as) trabalhadores(as), levando em conta sua inserção nos processos produtivos.

O Movimento da Saúde do(a) Trabalhador(a) organizou-se no Brasil, ao longo dos anos 80, no bojo do processo de redemocratização do País e da luta pela Reforma Sanitária, que culminou na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal (CF) de 1988. Ao estabelecer a saúde como direito de cidadania e dever do estado, a CF garantiu a atenção integral à saúde para todos(as) trabalhadores(as) independentemente do tipo de vínculo que possuem no mercado de trabalho. Antes disso, apenas os(as) trabalhadores(as) com contratos regidos pela Consolidação das

Leis do Trabalho (CLT), ou seja, com "carteira de trabalho assinada", tinham direito à assistência médica e à Previdência Social.

Assim, o compromisso do SUS com a vida e a saúde dos(as) trabalhadores(as) tem por referência sua inserção no processo produtivo/processo de trabalho, desde o início da vida laborativa, qualquer que seja a atividade de trabalho, incluindo os períodos de inatividade, desemprego, aposentadoria e velhice. Esta compreensão tem implicações importantes sobre as práticas de saúde.

Cabe ressaltar que, para o SUS, **trabalhadores**(as) são todos(as), homens e mulheres que trabalham na área urbana ou rural, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado e mesmo os desempregados (BRASIL, 2012).

Desse modo, a organização das ações de saúde direcionadas ao(à) trabalhador(a), nas diversas instâncias da rede SUS deve considerar que:

- o processo saúde-doença dos(as) trabalhadores(as) é construído socialmente;
- o(a) trabalhador(a) é sujeito da saúde e possui saberes e conhecimentos sobre seu trabalho e sobre as repercussões deste sobre sua saúde, que devem ser considerados no planejamento e na execução das ações de saúde;
- é essencial a participação dos(as) trabalhadores(as), da comunidade e do controle social em todas as instâncias e etapas da organização das ações e serviços de saúde;
- a integralidade das ações de saúde pressupõe que as ações preventivas e curativas são indissociáveis, porém com primazia das ações de promoção e da vigilância em saúde;
- a articulação intra e intersetorial das políticas e práticas de saúde na perspectiva da transversalidadede é fundamental para a garantir cuidado resolutivo e de qualidade.

As ações de ST consideram o fenômeno saúde-doença, na sua relação com o trabalho, em seus aspectos individuais e coletivos, biológicos e sociopolíticos. De forma esquemática, elas podem ser organizadas em três eixos:

a. **Promoção da saúde** – reconhece o trabalho como promotor de saúde e não apenas produtor de sofrimento, adoecimento e morte. Mais do que mudanças de comportamentos favoráveis à saúde, as ações de promoção da saúde devem buscar o empoderamento e o fortalecimento da autonomia dos(as) trabalhadores(as) na luta por condições dignas de trabalho. A articulação de políticas e práticas intersetoriais deve ser estimulada, especialmente aquelas com potencial para promover o controle e a intervenção sobre os determinantes de saúde, e a participação em processos regulatórios, e na produção conjunta de normas protetivas, entre outras.

b. **Assistência à saúde** – começa pela identificação do(a) usuário(a) enquanto trabalhador(a), considerando sua inserção laboral atual e pregressa, para que se estabeleça a relação

entre o trabalho e o processo saúde-doença, e se faça o diagnóstico correto e se defina o plano terapêutico adequado, incluindo a reabilitação física e psicossocial. Também deve incluir a orientação do(a) trabalhador(a) sobre as medidas de prevenção e direitos trabalhistas e previdenciários, a notificação dos agravos relacionados ao trabalho e, se necessário, o acionamento dos setores da vigilância em saúde.

c. **Visat** – é um dos componentes da Vigilância em Saúde e abrange a vigilância epidemiológica dos agravos (acidentes, intoxicações, entre outros) e doenças relacionados ao trabalho e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, em estabelecimentos e atividades do setor público e privado, urbanos e rurais. Inclui a produção, a divulgação e a difusão de informações em saúde, e ações de educação em saúde. Deve ser realizada de forma articulada com a rede assistencial e com os demais componentes da Vigilância em Saúde: Epidemiológica, Sanitária e em Saúde Ambiental.

O desenvolvimento de ações de ST deve considerar a organização das redes de atenção e vigilância nos territórios, os processos de regionalização e de pactuação intergestores, na região e no estado. Outro aspecto importante do cuidado à saúde dos(as) trabalhadores(as) refere-se à participação destes(as) em todas as etapas, contribuindo com conhecimento técnico e saberes, experiências e subjetividade com as práticas institucionais, em especial na identificação dos riscos para a saúde presentes no trabalho e as repercussões dessa exposição sobre o adoecimento e/ou agravamento da doença, bem como na identificação das mudanças necessárias nos processos de trabalho para torná-los mais seguros e saudáveis.

Considerando que a AB é uma porta de entrada da rede de serviços de saúde, atendendo trabalhadores(as) com vínculos de trabalho diversos e que podem apresentar formas de adoecimento e demandas relacionados ao trabalho, é fundamental que as eAB/eSF estejam preparadas para identificar esses problemas e lidar com eles na perspectiva da atenção integral, bem como orientar e encaminhar corretamente o acesso do(a) trabalhador(a) ao Seguro Social.

1.2 Compreendendo os agravos e o adoecimento relacionados ao trabalho

Os(as) trabalhadores(as) compartilham com o conjunto da população formas de adoecer e morrer em um dado tempo e lugar, determinadas pela sua classe social, pelos modos de vida e consumo, sexo, ciclo de vida, perfil genético e condições de exposição a fatores de risco, refletidos nas situações de vulnerabilidade social e ambiental. Essas formas de adoecimento podem ser causadas, ou serem modificadas em sua frequência, gravidade ou latência, dependendo do trabalho que o indivíduo exerce ou exerceu ao longo da vida.

No cotidiano de trabalho, os sujeitos estão expostos a múltiplas situações e fatores de risco para a saúde, que podem atuar sinergicamente ou potencializar seus efeitos. Além das exposições nos locais de trabalho, com frequência, os(as) trabalhadores(as) e suas famílias estão expostos(as) a riscos decorrentes da contaminação e da degradação ambiental no entorno e nos locais de moradia, gerados pelos processos produtivos desenvolvidos no território.

A nocividade do trabalho pode estar relacionada a insumos e matérias-primas, objetos, máquinas e ferramentas utilizados, que podem produzir lesões e situações de risco à saúde, como a presença de poeiras, substâncias químicas e agentes físicos perigosos ou nocivos; a organização do trabalho, expressa na duração, intensidade, exigências de produtividade, jornada de trabalho em turnos e noturno, relações conflituosas com a chefia e os colegas, que podem causar sofrimento e adoecimento. Além disso, a nocividade pode se estender para além do trabalho, afetando o ambiente domiciliar, os familiares, a vizinhança e o ambiente geral.

O Quadro 1 apresenta exemplos de riscos mais frequentes nos ambientes de trabalho e seus efeitos sobre a saúde.

Quadro 1 – Exemplos de riscos existentes no trabalho e seus efeitos sobre a saúde

Categoria	Exemplos de riscos	Possíveis efeitos sobre a saúde	Atividades onde podem estar presentes
Físicos	Ruído	Efeitos auditivos: surdez, zumbidos. Efeitos extraauditivos: gastrite, insônia e outras manifestações de estresse.	Trabalhos com máquinas barulhentas, motores, britadeiras; motoristas de ônibus.
	Temperaturas extremas:	Desidratação, câimbras pelo calor, fadiga, alergia respiratória, sinusite, resfriados frequentes.	Trabalho na rua e a céu aberto; frigoríficos; cozinhas industriais; ambientes com ar-condicionado.
	Iluminação	Problemas de visão, dor de cabeça, acidentes.	Várias atividades na indústria e no setor de serviços, costureiras e manicures, podem ter pouca iluminação ou iluminação em excesso, prejudicando a visão do(a) trabalhador(a).
	Radiações ionizantes e não ionizantes – Ultravioleta, infravermelho, raios X etc.	Câncer de pele, anemia aplástica; leucemia; catarata.	Agricultores(as) e trabalhadores(as) na rua: trabalhadores(as) em hospitais e consultório dentários que operam raios X, soldadores(as) etc.

continua

conclusão

Categoria	Exemplos de riscos	Possíveis efeitos sobre a saúde	Atividades onde podem estar presentes
Químicos	Substâncias químicas que podem estar presentes nos ambientes de trabalho na forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores. Ex.: agrotóxicos.	Queimaduras, náusea, vômito, cefaléia, alergia, asma brônquica, câncer, doenças gástricas e intestinais, neurológicas, hepáticas, renais, entre outras. Também podem provocar acidentes decorrentes de explosões e incêndio. Elas penetram no organismo pela via respiratória, pela pele ou pelo trato digestivo provocando intoxicação aguda ou crônica.	Inúmeras atividades na indústria e no setor de serviços, no setor agropecuário, silvicultura, madeireiro; empresas desinsetizadoras e da saúde pública que atuam no controle de endemias e de zoonoses etc.
Mecânicos	Máquinas com partes móveis não protegidas; calandras e cilindros; guilhotinas; prensas e o uso de instrumentos cortantes ou perfurantes etc.	Acidentes diversos (quedas, fraturas, esmagamento, amputação; traumatismos).	Trabalhadores(as) da construção civil; motoristas de transportes coletivos; padeiros, metalúrgicos, trabalhadores(as) em vias públicas, profissionais de saúde etc.
Biológicos	Micro-organismos (bactérias, fungos, protozoários, vírus, entre outros). Animais peçonhentos (cobras, escorpiões, aranhas).	Doenças contagiosas: hepatite, tuberculose, tétano, pneumonia, aids etc. Envenenamento por picada de cobra ou escorpião.	Profissionais de saúde; manicure, trabalhadores(as) rurais; carteiros etc.
Psicossociais	Jornadas de trabalho longas, esforços físicos exagerados com posturas forçadas e carregamento de peso. Ritmo acelerado, trabalho repetitivo e monótono; trabalho em turnos e noturno. Desemprego, vínculos precários ou ausência de vínculo trabalhista.	Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort); problemas na coluna, dores musculares e articulares. Sofrimento mental, com manifestações de insegurança; desmotivação; depressão; distúrbios do sono; estresse, entre outros.	Trabalhadores(as) de linha de montagem; carregadores; bancários; trabalhadores(as) em teleatendimento. Trabalhadores(as) informais e com vínculos precários, terceirizados e temporários.

Fonte: (BRASIL, 2001).

Este quadro ajuda a entender a presença de fatores de risco para a saúde nas situações de trabalho e seus possíveis efeitos sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as). Entretanto, no cotidiano de trabalho, raramente se observa a exposição a um fator de risco isoladamente, sendo frequente a exposição simultânea a vários desses fatores de risco, o que potencializa os efeitos. Por exemplo: a exposição simultânea a certos solventes orgânicos e ao ruído pode produzir quadros de surdez mais graves e mais precoces do que a exposição apenas ao ruído.

A relação entre o trabalho e o processo de adoecimento dos(as) trabalhadores(as) pode ser melhor compreendida ao considerar a classificação proposta por Schilling (Quadro 2), que combina a abordagem clínico-individual com a coletivo-epidemiológica e agrupa as doenças, segundo a contribuição ou o "papel causal" desempenhado pelo trabalho no adoecimento.

Quadro 2 – Relação do trabalho com o adoecimento de trabalhadores(as), segundo a Classificação de Schilling

CATEGORIA	EXEMPLOS
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo
	Silicose
	Asbestose
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana
	Doenças do aparelho locomotor
	Câncer
	Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica
	Dermatite de contato alérgica
	Asma
	Doenças mentais

Fonte: (SCHILLING, 1984).

Esta classificação foi adotada para a elaboração da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, disposta do Anexo LXXX da Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), com a finalidade de orientar os profissionais de saúde sobre a possível relação do adoecimento com a exposição a riscos para a saúde presentes no trabalho.

Ela está organizada em "dupla entrada": a Lista A, que considera o agente ou grupos de agentes patogênicos responsáveis pelo adoecimento ou que guardam evidências sólidas de nexo causal entre a exposição e a doença; e a Lista B, que tem como referência os códigos dos grupos de patologias definidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), com elenco de aproximadamente 400 agravos relacionados ao trabalho.

Esta forma de organização permite ao profissional consultar a lista a partir do reconhecimento da exposição a um agente, fatores de risco ou condição adversa de trabalho referidos ou identificados na entrevista com o(a) trabalhador(a) (anamnese ocupacional) ou a partir dos problemas de saúde que o(a) trabalhador(a) apresenta ao ser atendido no serviço de saúde.

1.2.1 Exemplos de doenças comuns, com potencial relação com o trabalho, que modifica sua evolução

A hipertensão arterial apresenta-se como um problema de saúde com prevalência crescente no conjunto da população. Motoristas de ônibus de grandes centros urbanos, por exemplo, apresentam níveis tensionais mais altos, mais precocemente e de mais difícil manejo clínico, em decorrência dos fatores estressores presentes no trabalho.

A ocorrência de tuberculose em trabalhadores(as) expostos(as) à poeira de sílica, na extração e beneficiamento de pedras, por exemplo, necessita de cuidados específicos, uma vez que essa exposição aumenta a susceptibilidade à doença, que se manifesta de forma mais grave e resistente ao tratamento convencional.

A seguir são apresentados exemplos de situações frequentes no cotidiano das eAB/eSF, segundo as listas A e B.

Quadro 3 – Exemplos da Lista A das Doenças Relacionadas ao Trabalho

Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional	Doenças causalmente relacionadas com os respectivos agentes ou fatores de risco (denominadas e codificadas segundo a CID-10)
Sílica Livre	• Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Cor Pulmonale (I27.9) • Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui "Asma Obstrutiva", "Bronquite Crônica", "Bronquite Obstrutiva Crônica") (J44.-) • Silicose (J62.8) • Pneumoconiose associada com Tuberculose ("Sílico-Tuberculose") (J63.8) • Síndrome de Caplan (J99.1; M05.3)
Ruído e afecção auditiva	• Perda da Audição Provocada pelo Ruído (H83.3) • Outras percepções auditivas anormais: Alteração Temporária do Limiar Auditivo, Comprometimento da Discriminação Auditiva e Hiperacusia (H93.2) • Hipertensão Arterial (I10.-) • Ruptura Traumática do Tímpano (pelo ruído) (S09.2)
Micro-organismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Exposição ocupacional ao agente e/ou transmissor da doença, em profissões e/ou condições de trabalho especificadas)	• Tuberculose (A15-A19.-) • Carbúnculo (A22.-) • Brucelose (A23.-) • Leptospirose (A27.-) • Tétano (A35.-) • Psitacose, Ornitose, Doença dos Tratadores de Aves (A70.-) • Dengue (A90.-) • Febre Amarela (A95.-)

Continua

Conclusão

Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional	Doenças causalmente relacionadas com os respectivos agentes ou fatores de risco (denominadas e codificadas segundo a CID-10)
Micro-organismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Exposição ocupacional ao agente e/ou transmissor da doença, em profissões e/ou condições de trabalho especificadas)	• Hepatites Virais (B15-B19.-) • Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (B20-B24.-) • Dermatofitose (B35.-) e Outras Micoses Superficiais (B36.-) • Paracoccidiomicose (Blastomicose Sul Americana, Blastomicose Brasileira, Doença de Lutz) (B41.-) • Malária (B50-B54.-) • Leishmaniose Cutânea (B55.1) ou Leishmaniose Cutâneo-Mucosa (B55.2) • Pneumonite por Hipersensibilidade a Poeira Orgânica (J67.-): Pulmão do Granjeiro (ou Pulmão do Fazendeiro) (J67.0); Bagaçose (J67.1); Pulmão dos Criadores de Pássaros (J67.2);Suberose (J67.3); Pulmão dos Trabalhadores de Malte (J67.4); Pulmão dos que Trabalham com Cogumelos (J67.5); Doença Pulmonar Devida a Sistemas de Ar-Condicionado e de Umidificação do Ar (J67.7); Pneumonites de Hipersensibilidade Devidas a Outras Poeiras Orgânicas (J67.8); Pneumonite de Hipersensibilidade Devida a Poeira Orgânica não especificada (Alveolite Alérgica Extrínseca SOE; Pneumonite de Hipersensibilidade SOE (J67.0) • "Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas" (L08.9)

Fonte: (BRASIL, 2008).

Quadro 4 – Exemplos da Lista B das Doenças Relacionadas ao Trabalho

Doenças	Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional
Leucemias (C91-C95.-)	• Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) • Óxido de etileno (X49.-; Z57.5) • Agentes antineoplásicos (X49.-; Z57.5) • Campos eletromagnéticos (W90.-; Z57.5) • Agrotóxicos clorados (Clordane e Heptaclor) (X48.-; Z57.4)
Pneumoconiose devida à poeira de Sílica (Silicose) (J62.8)	Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18)

Continua

Continuação

Doenças	Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional
Asma (J45.-)	• Carbonetos metálicos de tungstênio sinterizados (X49.-; Z57.2 e Z57.5) (Quadro 7) • Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10) • Poeiras de algodão, linho, cânhamo ou sisal (Z57.2) (Quadro 26) • Acrilatos (X49.-; Z57.5) • Aldeído fórmico e seus polímeros (X49.-; Z57.5) • Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5) • Anidrido ftálico (X49.-; Z57.5) • Azodicarbonamida (X49.-; Z57.5) • Carbetos de metais duros: cobalto e titânio (Z57.2) • Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriano (X44.-; Z57.3) • Furfural e Álcoól Furfurílico (X45.-; Z57.5) • Isocianatos orgânicos (X49.-; Z57.5) • Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) • Pentóxido de vanádio (X49.-; Z57.5) • Produtos da pirólise de plásticos, cloreto de vinila, teflon (X49.-; Z57.5) • Sulfitos, bissulfitos e persulfatos (X49.-; Z57.5) • Medicamentos: macrólidos; ranetidina ; penicilina e seus sais; cefalosporinas (X44.-; Z57.3) • Proteínas animais em aerossóis (Z57.3) • Outras substâncias de origem vegetal (cereais, farinhas, serragem etc.) (Z57.2) • Outras substâncias químicas sensibilizantes da pele e das vias respiratórias (X49.-; Z57.2) (Quadro 27)

Continua

Conclusão

Doenças	Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional
Mononeuropatias dos Membros Superiores (G56.-): Síndrome do Túnel do Carpo (G56.0); Outras Lesões do Nervo Mediano: Síndrome do Pronador Redondo (G56.1); Síndrome do Canal de Guyon (G56.2); Lesão do Nervo Cubital (ulnar): Síndrome do Túnel Cubital (G56.2); Lesão do Nervo Radial (G56.3); Outras Mononeuropatias dos Membros Superiores: Compressão do Nervo Supraescapular (G56.8)	• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	• Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Reações ao Stress Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de Stress Pós-Traumático (F43.1)	• Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)

Fonte: (BRASIL, 2008).

Como exemplo de consulta à Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho podem-se imaginar duas situações:

1. Ao identificar um(a) trabalhador(a) que refere trabalhar em extração ou beneficiamento de pedras, exposto à poeira de sílica, e consultar a Lista A, o profissional encontrará que esta exposição pode estar relacionada à ocorrência de:

- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-).
- Cor pulmonale (I27.9).
- Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (inclui asma obstrutiva, bronquite crônica, bronquite obstrutiva crônica) (J44.-).

- Silicose (J62.8).
- Pneumoconiose associada com tuberculose (sílico-tuberculose) (J63.8).
- Síndrome de Caplan (J99.1; M05.3).

Por outro lado, ao identificar uma das doenças mencionadas anteriormente em um(a) trabalhador(a), e consultar a Lista B, o profissional verá que ela pode estar relacionada à exposição à poeira de sílica e as ocupações nas quais esta exposição é mais frequente em nosso país.

2. Se ao atender um(a) trabalhador(a) o profissional de saúde suspeita ou diagnostica um quadro de "dorsalgia" (M54.-), "cervicalgia" (M54.2), dor "ciática" (M54.3) ou "lumbago com ciática" (M54.4), a consulta à Lista B sugere que os seguintes agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional podem estar envolvidos:

- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8).
- Ritmo de trabalho penoso (Z56.3).
- Condições difíceis de trabalho (Z56.5).

Assim, o diagnóstico correto permite o estabelecimento do Plano Terapêutico Singular, na orientação do(a) trabalhador(a) e na adoção dos procedimentos de vigilância e de outras ações de promoção e proteção da saúde.

As listas A e B preparadas pelo Ministério da Saúde (MS) foram adotadas pela Previdência Social, no ano de 1999, para orientar as avaliações médico periciais e a concessão de benefícios previdenciários e acidentários a seus segurados. Em 2007, a Previdência Social acrescentou às listas A e B, a Lista C (Anexo II do Decreto Federal n.º 3.048/1999, alterado pelo Decreto Federal n.º 6.042/2007) elaborada com base na significância estatística da associação entre a doença identificada como responsável pela incapacidade do(a) trabalhador(a) e a atividade econômica da empresa a qual o segurado é vinculado – Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), que passou a ser utilizado nas avaliações médico-periciais (BRASIL, 1999; BRASIL, 2007; SILVA JUNIOR et al., 2014).

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) prescreve que as seguintes ações de Saúde do(a) Trabalhador(a) devem ser desenvolvidas na rede de serviços de saúde do SUS:

- a assistência ao sujeito vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- a participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do(a) trabalhador(a);
- a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- a informação ao(à) trabalhador(a), à sua respectiva entidade sindical e às empresas

sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

- a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de ST nas instituições e empresas públicas e privadas;
- a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho;
- a garantia ao sindicato de trabalhadores(as) de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, do setor, do serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do(a) trabalhador(a).

Este conjunto de ações está detalhado e organizado no Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2017b).

A resposta ou o encaminhamento positivo para os principais problemas de saúde da população trabalhadora inclui necessariamente o reconhecimento dos(as) trabalhadores(as) que vivem e trabalham no território, considerando as atividades atuais e pregressas e as condições de trabalho nos processos produtivos ali existentes, que podem repercutir sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as) e da comunidade. Portanto, significa incorporar as relações trabalho-saúde-doença e ambiente nas ações de saúde desenvolvidas pelas equipes.

Na rotina de trabalho das eAB/eSF, inúmeros procedimentos podem e devem ser adaptados na perspectiva de qualificar o cuidado aos(às) usuários(as)-trabalhadores(as). Essas atividades começam durante o diagnóstico situacional, pela cartografia ou mapeamento do território, com o cadastramento das famílias. Entre os instrumentos e os momentos que podem ser utilizados ou aproveitados estão a construção do genograma e do ecomapa, a partir das histórias familiares, o acolhimento dos(as) trabalhadores(as) na UBS e as consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Esses são momentos adequados para realização da anamnese ocupacional, que viabiliza a identificação dos(as) usuários(as) como trabalhadores(as), permitindo que as equipes conheçam quem são, onde e em que trabalham, como e por quê adoecem. As visitas domiciliares e as atividades coletivas também podem contribuir para a identificação de demandas e abordagem de problemas de saúde relacionados ao trabalho.

As características do processo de trabalho e as atribuições prescritas para os profissionais das eAB/eSF evidenciam que, a rigor, a discussão sobre a responsabilidade pela atenção à saúde dos(as) trabalhadores(as) não são novas atribuições, mas representam a qualificação das ações já desenvolvidas.

1.3 Aproximações entre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Atenção Básica

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), disposta no Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), define:

> Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.
>
> Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.
>
> Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.
>
> Art. 8º.III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:
> a) atenção primária em saúde;

Assim, a PNSTT define os princípios, as diretrizes e as estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dos(as) trabalhadores(as), nas três esferas de gestão do SUS, integrando a promoção, a proteção da saúde e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, e reafirma que a atenção à saúde dos(as) trabalhadores(as) deve ser garantida em todos os pontos e instâncias da rede SUS, estruturadas e articuladas com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) (BRASIL, 2017b).

A PNSTT propõe o desenvolvimento das seguintes ações de atenção à saúde dos(as) trabalhadores(as) no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2017b):

- reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;
- reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio-ocupacional no território;
- reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, às comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;
- identificação da rede de apoio social aos(às) trabalhadores(as) no território;
- inclusão, entre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do(a) trabalhador(a), das seguintes situações: ser chefe da família desempregado(a) ou sub empregado(a),

crianças e adolescentes trabalhando, gestantes e nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;

- identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e ramo de atividade econômica de usuários(as) das unidades e serviços de atenção primária em saúde;
- suspeita e/ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo(a) usuário(a), para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
- notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab), emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;
- subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; articulação com as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica- NASF-AB, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) e das Referências Técnicas (RTs) em ST sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede do SUS; definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de Visat, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho;
- incorporação de conteúdos de ST nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes de atenção primária em saúde.

A transversalidade das ações de saúde, na perspectiva intra e intersetorial, é uma característica importante do cuidado à saúde dos(as) trabalhadores(as), e pode ser assimilada e adotada pelas eAB/eSF. Na perspectiva intrassetorial, sempre que necessário, ou a situação o exigir, o(a) trabalhador(a) deverá ser encaminhado(a) a níveis mais complexos da rede de atenção, sem que se perca o vínculo deste(a) com a equipe de referência.

Nessa perspectiva, as eAB/eSF têm grande experiência de articulação com outras instituições que atuam no território, como, por exemplo, com creches e escolas, no cuidado da saúde de crianças e adolescentes; com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras). Também podem e devem ser estabelecidas parcerias com entidades e organizações da sociedade civil e redes de apoio social, como igrejas, associações de moradores, comércio local, no sentido de identificar situações, problemas e riscos para construção de alternativas de solução e/ou de minimização. Além disso, é importante considerar a necessidade de que as intervenções que envolvam ações de vigilância e promoção da saúde sejam previstas não apenas nos planos de trabalho da equipe, mas inseridas nos instrumentos de planejamento e gestão e levadas para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Por exemplo, um aspecto de especial interesse para o cuidado dos(as) trabalhadores(as) pelas eAB/eSF refere-se à domiciliação do trabalho, ou seja, à realização de atividades produtivas remuneradas no espaço de moradia e no peridomicílio do(a) trabalhador(a), que pode ser assalariado(a) ou trabalhador(a) autônomo(a). Crescentemente, as atividades produtivas

domiciliares deixam de ser periféricas e de complementação de renda, como a de manicure, costura e artesanato, e são incorporadas às cadeias produtivas em diversos setores como na indústria metalúrgica, produção de alimentos, confecção de roupas e calçados, setor de serviços, entre outras.

Nesses casos, geralmente, o trabalho é desenvolvido em ambientes improvisados, expondo os(as) trabalhadores(as) e suas famílias a riscos ou perigos para a saúde, além de permanecerem invisíveis e à margem da proteção trabalhista e previdenciária. Quase sempre, apenas as eAB/eSF, e de modo especial os agentes comunitários de saúde (ACS), têm acesso a esses locais de trabalho, com possibilidade de identificar situações de risco e efeitos sobre a saúde dos(as)trabalhadores(as), de seus familiares e da população que reside no entorno e de iniciar uma intervenção sobre eles (VIEIRA; DIAS; MATOS, 2013).

As eAB/eSF podem contar para tal com o apoio institucional e a retaguarda técnica e pedagógica do (NASF-AB, do Cerest, das referências técnicas em ST das secretarias municipais e estaduais de saúde e do MS, bem como de outras instituições parceiras, que funcionam como redes de suporte matricial.

Entre as instituições que podem ser mobilizadas para atuação conjunta no desenvolvimento de ações de saúde destinadas à população trabalhadora estão: o Conselho Tutelar da Criança e Adolescente, no enfrentamento das situações de trabalho infantil; as Gerências Regionais do Trabalho e Emprego e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Ministério Público do Trabalho (MPT) e as organizações sociais como sindicatos e cooperativas de trabalho e outras entidades que congregam trabalhadores(as).

Nesse sentido, os Cerests podem apoiar e facilitar o desenvolvimento das ações, cumprindo o papel atribuído pela PNSTT (BRASIL, 2012), que prevê:

> Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:
> I – desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;
>
> II – dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e,
>
> III – atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Referências

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 maio 1999. Republicado em 12 mai. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm>. Acesso em 28 out. 2014.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017a. p. 360-568.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017b. p. 61-192.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Federal GM/MS n° 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez.1999. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniqüidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 220 p.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DIAS, E. C; SILVA, T. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro, 2015. 137p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 35). ISSN 1516-3296. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: volume Brasil. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>. Acesso em: 9 fev. 2017.

SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice. **Journal of the Society of Occupational Medicine**, v. 39, p. 71-79, 1984.

SILVA JUNIOR, J. S. et al. Caracterização do nexo técnico epidemiológico pela perícia médica previdenciária nos benefícios. **Rev. Bras. Saúde Ocup**., São Paulo, v. 39, n. 130, p. 239-246, 2014.

VIEIRA, M. C. F.; DIAS, E. C.; MATTOS, R. C. Contribuição da Atenção Primária à Saúde do trabalhador no domicílio. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 307-340.

Atenção à Saúde dos(as) Trabalhadores(as) no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família

2

Este capítulo tem por objetivo apresentar estratégias e instrumentos para o desenvolvimento de cuidado à saúde dos(as) trabalhadores(as) no âmbito da AB, tomando por referência o processo de trabalho das eAB/eSF.

Segundo MERHY(1995), o processo de trabalho em saúde é constituído pelos seguintes elementos:

- os sujeitos – trabalhadores(as) de saúde, empregadores(as), gestores(as);
- as ferramentas, tecnologias, estratégias e competências requeridas para a produção do cuidado em saúde;
- a organização do trabalho e a própria atividade de trabalho;
- os(as) usuários(as) que são, ao mesmo tempo, sujeitos e objetos da ação.

Nesse encontro, profissionais de saúde e cidadãos-usuários trazem seus saberes, conhecimentos, crenças e valores, que se materializam e se expressam no ato do cuidado, como modo de sentir e elaborar os problemas e necessidades de saúde. Nesse processo, as finalidades de cada sujeito podem ou não coincidir (MERHY, 1995).

No desenvolvimento de suas ações, os profissionais das eAB/eSF devem estar preparados para reconhecer o(a) usuário(a) como trabalhador(a) e compreender que o trabalho pode gerar impactos positivos e negativos para a saúde das pessoas e para o ambiente. Não se trata de acrescentar novas tarefas, mas requalificar aquelas já realizadas pela equipe, uma vez que os (as) trabalhadores(as) fazem parte da população adscrita.

IMPORTANTE

As eAB/eSF devem conhecer e saber identificar como se expressam as relações trabalho-saúde-doença e ambiente no seu território de atuação para que possam compreender e intervir sobre as condições de vida e trabalho, sobre o perfil de adoecimento e morte e de vulnerabilidade social da população sob sua responsabilidade.

São apresentados, a seguir, alguns instrumentos e abordagens utilizados rotineiramente pelas eAB/eSF, que podem auxiliar a identificação e o manejo das relações trabalho-saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da comunidade. Em especial, como abordar os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho, incorporando essas ocorrências no desenvolvimento das ações de saúde no território.

2.1.Tecnologias e/ou estratégias utilizadas no cotidiano de trabalho das eAB/eSF

Entre as tecnologias e/ou estratégias e procedimentos utilizados, de rotina no processo de trabalho das eAB/eSF, podemos citar: diagnóstico situacional, cartografia ou mapeamento do território; cadastramento das famílias; acolhimento, consultas (médica, odontológica e de enfermagem), elaboração do genograma e ecomapa; visitas domiciliares e grupos educativos. Nesta seção, serão discutidas algumas delas, à luz do cuidado ou atenção à saúde dos(as) usuários(as) trabalhadores(as).

2.2 Diagnóstico situacional: identificação do perfil produtivo e da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as)

O diagnóstico da situação de saúde do território é uma das primeiras atividades desenvolvidas no processo de implantação da eAB/eSF, ele tem por objetivo conhecer o perfil demográfico, epidemiológico, socioambiental, produtivo e assistencial, bem como as necessidades e as demandas de saúde da população na área adscrita. Em razão do caráter dinâmico dos territórios, essas informações e sua análise devem ser atualizadas periodicamente.

O mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território é essencial para que se conheçam os riscos e os perigos potenciais para a saúde dos(as) trabalhadores(as) e da população residente, assim como para a identificação das situações de vulnerabilidade socioambiental decorrentes dessas atividades, com vistas ao planejamento e execução das ações de saúde no território. Assim, o levantamento de informações sobre as atividades produtivas desenvolvidas localmente, com vínculos formais ou no trabalho informal, pode ser incluídas no processo de cadastramento e identificação de estruturas e registrados nos mapas elaborados por agentes comunitários de saúde (ACS) e analisados e considerados pelas respectivas equipes no planejamento de seu trabalho.

Geralmente, um dos pontos de partida para o mapeamento do território é o mapa fornecido pela Prefeitura do município, no qual os ACS fazem os registros e as marcações. Também ocorrem situações em que os ACS produzem seu próprio registro, a partir de sua percepção e de seus valores, o que resulta em materiais muito interessantes.

O mapeamento permite a identificação dos riscos potenciais e a estimativa dos impactos para a saúde incorporando essas informações no planejamento das intervenções, possibilitando que as eAB/eSF cumpram seu papel na promoção da saúde da população adscrita.

LEMBRE-SE DE QUE:

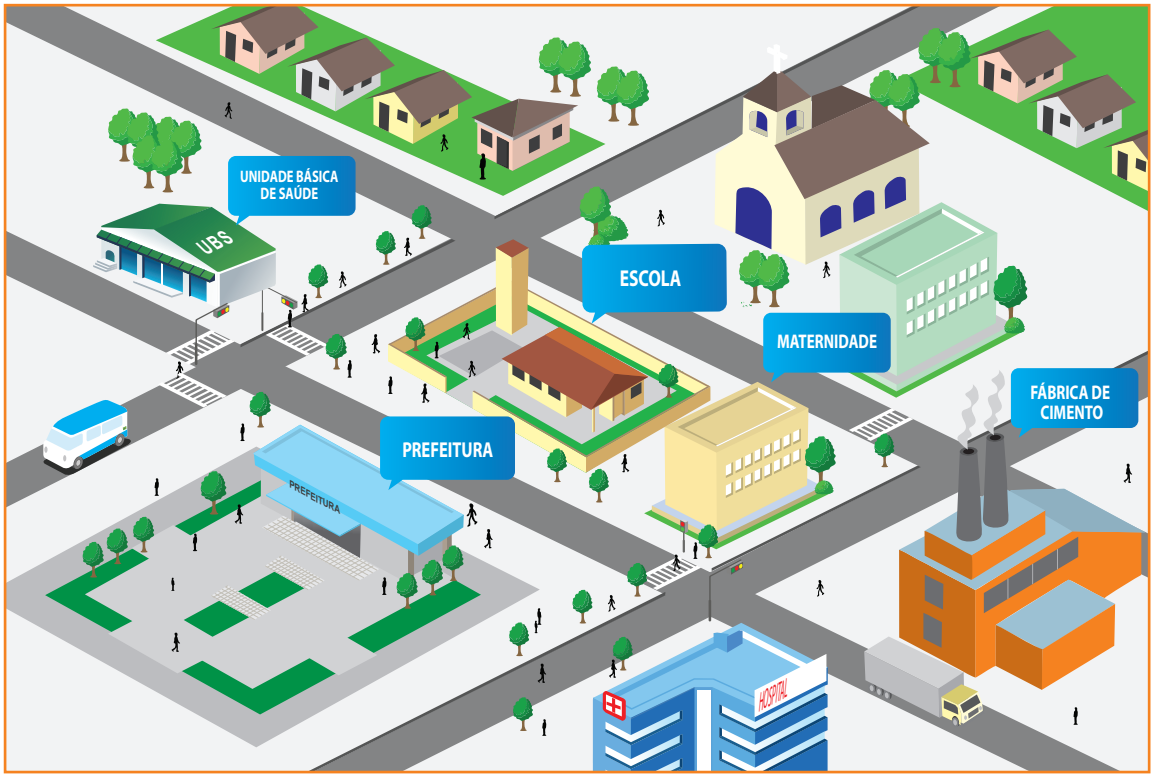
Atividade produtiva ou atividade econômica pode ser entendida como um processo, ou seja, a combinação de ações que resultam em um produto ou ainda, uma combinação de recursos que gera bens e serviços específicos (IBGE, 2013).

Os dados e as informações sobre as atividades produtivas desenvolvidas no território devem ser analisados pela equipe e incorporados no planejamento das ações de assistência, de vigilância, de promoção da saúde, de modo a permitir a intervenção sobre os potenciais riscos e perigos a aos quais a população está exposta.

A situação descrita, a seguir, exemplifica a importância de se identificar as atividades produtivas desenvolvidas no território de atuação das eAB/eSF de modo a orientar as ações de saúde:

Situação – Caso

A presença de uma fábrica de cimento em um território, próxima aos locais de moradia das pessoas, potencializa a exposição a situações de risco para a saúde e o desencadeamento de problemas para os(as) trabalhadores(as) e para a população residente no entorno: maior número de acidentes de trânsito provocados pelo tráfego de carretas pesadas; problemas respiratórios, como por exemplo quadros de bronquite ou asma, relacionados à exposição a poeira de cimento, que a depender da vulnerabilidade do grupo exposto, como crianças e idosos, aparecerão com maior frequência ou gravidade. Também pode acarretar desconforto decorrente do pó que invade as casas e se deposita sobre os móveis e utensílios (LACERDA E SILVA; DIAS, 2012).



Fonte: DAB/MS.

Nessa situação, as eSF/eAB devem estar preparadas para oferecer assistência adequada aos usuários e suas famílias; articular-se com os setores da Vigilância em Saúde (Saúde Ambiental, Sanitária, Epidemiológica, Saúde do(a) Trabalhador(a)); participar e apoiar as intervenções por eles(as) indicadas; realizar ações de educação em saúde e informar a comunidade sobre os potenciais riscos e danos à saúde decorrentes dessa atividade produtiva, favorecendo sua mobilização, com vistas à melhoria das condições de vida, de trabalho e de saúde. Para o mapeamento das atividades produtivas no território, as equipes podem contar com o apoio dos profissionais do NASF-AB, do Cerest e das referências técnicas em ST dos municípios e do estado.

2.3 Cadastramento das famílias: individual e domiciliar

O cadastro individual de membros das famílias, realizado por ACS, utilizando os instrumentos disponíveis no e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), permite à equipe obter informações sobre o perfil demográfico, ocupacional e da situação de saúde dos(as) usuários(as)-trabalhadores(as) que compõem a população sob responsabilidade das eAB/eSF. No **Cadastro Individual**, é essencial registrar a **ocupação dos(as) usuários(as)** e sua **situação no mercado de trabalho**. O preenchimento do campo "ocupação" dos membros da família é de extrema relevância para subsidiar a investigação diagnóstica dos agravos e das doenças potencialmente relacionadas ao trabalho e para a compreensão do processo trabalho-saúde-doença, como apresentado no Capítulo 1.

Ocupação: é o tipo de trabalho que a pessoa exerce, independentemente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo.

O Manual do Sistema com Coleta de Dados do e-SUS AB orienta que seja informada a ocupação principal do(a) usuário(a) cadastrado(a), de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2016).

Para mais informações sobre a CBO, consulte a página do Ministério do Trabalho sobre esse tema. No caso de trabalhador(a) aposentado(a) e/ou inativo (a), deve ser registrada a ocupação que exerceu a maior parte da vida. Se for aposentado(a), mas estiver exercendo alguma atividade, esta atividade atual é que deve ser registrada no campo ocupação.

O preenchimento do campo **situação no mercado** de trabalho do **Cadastro Individual** deve considerar as definições do Quadro 5.

Quadro 5 – Definições da situação no mercado de trabalho

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
EMPREGADOR	Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento com, pelo menos, um empregado.
ASSALARIADO COM CARTEIRA DE TRABALHO	Pessoa que trabalha com carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro.
ASSALARIADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO	Pessoa que trabalha sem carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro. Considere, também, neste quesito, a pessoa que presta serviço militar obrigatório.
AUTÔNOMO COM PREVIDÊNCIA SOCIAL	Pessoa que contribui com a Previdência Social e trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio(a), sem ter empregado(a), ainda que contando com ajuda de trabalhador(a) não remunerado. São exemplos de trabalhador(a) por conta própria taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os(as) trabalhadores(as) eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer uma tarefa específica em uma ou mais empresas ou para pessoas (encanadores, eletricistas, pedreiros).
AUTÔNOMO SEM PREVIDÊNCIA SOCIAL	Pessoa que trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio(a), sem ter empregado(a), ainda que contando com ajuda de trabalhador(a) não remunerado(a). São exemplos de trabalhador(a) por conta própria: taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os(as) trabalhadores(as) eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer uma tarefa específica em uma ou mais empresas ou para pessoas (encanadores, eletricistas, pedreiros) e que não contribuem com a Previdência Social.
APOSENTADO/ PENSIONISTA	Pessoa que tem remuneração recebida do Plano de Seguridade Social da União (PSS), do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e de institutos oficiais de previdência estadual ou municipal, a título de aposentadoria, jubilação ou reforma ou também deixado por pessoa da qual era beneficiária, no caso de pensionista.
DESEMPREGADO	Pessoa que se encontra desempregada, sem nenhuma fonte de renda ou recebendo seguro-desemprego e à procura de trabalho.
NÃO TRABALHA	Pessoa que não procura trabalho.
SERVIDOR PÚBLICO / MILITAR	Pessoa que mantém vínculo de trabalho profissional com os órgãos e entidades governamentais, integrados em cargos ou empregos de qualquer delas: União, estados, Distrito Federal, municípios e suas respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.

Continua

Conclusão

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
OUTRA	Pessoa que não se enquadra em nenhuma das situações de trabalho referidas acima. devem ser registrados inclusive os SEGURADOS ESPECIAIS que são os(as) trabalhadores(as) rurais que produzem em regime deeconomia familiar, sem utilização de mão de obra assalariada. Estãoincluídos nessa categoria os cônjuges, os companheiros e os filhos maiores de 16 anos que trabalham com a família em atividade rural.Também são considerados segurados especiais os(as) pescadores(as) artesanais e indígenas que exercem atividade rural, e seus familiares que participam do regime de economia familiar. Esses(as) trabalhadores(as) contribuem para a Seguridade Social mediante a aplicação de alíquota sobre o resultado da comercialização da sua produção e por isso fazem jus aos benefícios previdenciários.

Fonte: DAB/MS, 2016. Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada, e-SUS Atenção Básica.
BRASIL, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil.

ATENÇÃO

Muitas vezes, a profissão dos(as) trabalhadores(as) ou a forma pela qual ele(a) se apresenta não permite identificar o que ele(a) realmente faz, como faz e consequentemente, os riscos à saúde a que está exposto(a). Muitas vezes, o contrato de trabalho informa pouco quando registra, por exemplo – auxiliar de serviços gerais. Ser auxiliar de serviços gerais em um hospital, em uma indústria química ou na construção civil significa condições de trabalho, exposição a riscos para a saúde e formas de adoecimento muito distintas. **É importante saber como e onde ele/ela desenvolve suas atividades**.

O reconhecimento do(a) usuário(a) como trabalhador(a) acontece em vários momentos do processo de trabalho da equipe. Geralmente, começa no momento do cadastramento das famílias no território adscrito, e continua no acolhimento e na consulta com a realização da anamnese ou história ocupacional.

Os dados sobre as **condições/situações de saúde gerais**, registrados no **Questionário Autorreferido de Condições/Situações de Saúde**, permitem conhecer parte do perfil epidemiológico da população e identificar **agravos e doenças potencialmente relacionadas ao trabalho**. De rotina, as doenças e condições referidas e registradas nesta ficha são: hipertensão arterial; diabetes; AVC/derrame; infarto; doença cardíaca; doença respiratória; doença renal; hanseníase; tuberculose; câncer; problemas de saúde mental; internação no último ano, entre outras. É importante considerar a potencial contribuição do trabalho no desencadeamento e na evolução dessas doenças.

O registro e a análise dessas informações qualificam as avaliações posteriores, feitas pelo profissional médico e demais profissionais da equipe, sobre a possível relação do trabalho com as patologias apresentadas pelos usuários.

O cadastramento das famílias também permite a identificação de fatores e de situações de risco para a saúde dos indivíduos, como por exemplo: tabagismo, uso de álcool e outras drogas, baixo peso ou obesidade, que podem estar relacionados a situações de trabalho ou ao

desemprego. Outras condições relacionadas aos ciclos de vida, por exemplo idosos e gestantes em situação de trabalho, também podem ser identificadas e consideradas no planejamento e desenvolvimento das ações.

Uma situação de especial importância refere-se à presença de crianças e de adolescentes com menos de 16 anos em situação de trabalho, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 anos, ou pessoas com menos de 18 anos realizando trabalho noturno, perigoso ou insalubres, ainda que desenvolvidas no contexto familiar (EC 20/1998, DEC 6481/2008). Nesses casos, além do conhecimento da equipe, orienta-se ser acionado o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, a Assistência Social e a Educação do município, a Procuradoria Regional do Ministério Público do Trabalho e a Superintendência Regional do Trabalho mais próximas, e outras instâncias sociais responsáveis pelo encaminhamento/solução da questão.

Sempre que identificada a ocorrência de **acidente ou doença relacionada ao trabalho**, esta deve ser registrada e especificada (tipo de acidente ou doença) no campo **"outras condições de saúde"** e informada à equipe de saúde para desencadear as ações de cuidado e vigilância adequadas.

Em áreas de produção rural, no **Cadastro Domiciliar e Territorial**, devem ser observadas as **condições de acesso e uso da terra**, identificando se o(a) trabalhador(a) é: proprietário (a); parceiro (a)/meeiro (a); assentado (a); posseiro (a); arrendatário (a); comodatário(a) ou beneficiário(a) do banco da terra. Essas condições podem sinalizar situações de vulnerabilidade dessas populações. Além disso, a eAB/eSF deve estar atenta à possibilidade de exposição a múltiplos riscos ocupacionais, entre eles os agrotóxicos, radiação solar, temperaturas extremas e acidentes de trabalho (SILVA et al., 2013).

A identificação do perfil produtivo compõe o diagnóstico da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) com a finalidade de produzir informações sobre o trabalho, situações de risco para a saúde e de vulnerabilidade dos(as) trabalhadores(as) que residem e/ou trabalham no território de atuação das equipes, com vistas ao planejamento de ações para intervenção no processo trabalho-saúde-doença. No Quadro 6, estão resumidos os principais componentes do perfil produtivo, sociodemográfico, epidemiológico e recursos de saúde, a serem identificados pelas eAB/eSF.

Quadro 6 – Elementos para o diagnóstico da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no território

Perfil produtivo e sociodemográfico:
Atividades produtivas desenvolvidas no território.
Atividades produtivas desenvolvidas em domicílio e no peridomicílio.
Número de trabalhadores(as) na população adscrita, distribuído por sexo, idade, escolaridade, raça/cor/etnia, por ocupação e tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho.
Número de crianças, adolescentes, gestantes e idosos em situação de trabalho.
Número de trabalhadores(as) desempregados(as) e em outras situações de vulnerabilidade.
Existência de áreas de vulnerabilidade social no território: comunidades indígenas, quilombolas, de fundo de pasto, acampamentos de trabalhadores sem terra, trabalhadores sem teto, população em situação de rua, lixões, entre outras.

Continua

Conclusão

Perfil epidemiológico:

Ocorrência de acidentes de trabalho, especialmente os acidentes graves e com óbito.

Distribuição de agravos e doenças relacionadas ao trabalho com maior prevalência no território de abrangência das eAB/eSF.

Principais queixas dos(as) usuários(as) trabalhadores(as), potencialmente relacionadas ao trabalho.

Principais fatores e situações de riscos ocupacionais a que estão expostos(as) os(as) trabalhadores(as) que residem e/ou trabalham no território, incluindo o trabalho em domicílio e peridomicílio.

Recursos de saúde e equipamentos sociais:

Identificação dos pontos de atenção e fluxos da rede de serviços de saúde: especializados, Cerest, urgência/emergência, NASF-AB, setores de vigilância em saúde, entre outros.

Identificação de outros serviços e equipamentos sociais: Conselho Tutelar, Cras, Ministério Público, INSS, rede de ensino, entre outros.

Existência de associações comunitárias, sindicatos ou outras formas de representação de trabalhadores(as) e presença de usuários(as)-trabalhadores(as) no Conselho Local de Saúde (CLS) e outras instâncias de controle social.

Fonte: Autoria própria.

Esse diagnóstico poderá ser feito pelas eAB/eSF, com apoio de profissionais do NASF-AB, Cerest e referências técnicas em ST dos municípios e estado. As informações levantadas nesse diagnóstico preliminar articuladas com a percepção das equipes devem ser analisadas de forma participativa, com representantes da população trabalhadora e dos gestores de saúde, para identificação das principais necessidades e demandas existentes no território, que envolvem a relação trabalho/saúde/doença e ambiente, a serem incluídas no plano de ação das eAB/eSF. Cabe ressaltar que o planejamento, a programação e a implementação de atividades de atenção à saúde devem estar de acordo com as necessidades de saúde da população, de forma contínua e sistemática.

2.4 Reconhecendo o(a) usuário(a) trabalhador(a) na abordagem da eAB/eSF

O reconhecimento do(a) usuário(a) como trabalhador(a) é condição básica para o desenvolvimento de ações de saúde do(a) trabalhador(a) no território. O acolhimento e a consulta são momentos privilegiados para essa identificação. São tecnologias importantes e procedimentos de abordagem individual e estão inseridas no processo de trabalho das eAB/eSF.

2.4.1 Acolhimento

No **acolhimento**, os profissionais de saúde devem estar atentos para o fato de que todo(a) usuário(a) é potencialmente, um(a) trabalhador(a). Na primeira etapa do acolhimento, na

recepção, quando o(a) usuário(a)-trabalhador(a) chega à Unidade de Saúde, ao preencher a ficha ou abrir o prontuário, o profissional deve perguntar se o(a) usuário(a) trabalha ou trabalhou. Se sim, deve perguntar sobre sua ocupação atual e/ou pregressa e registrar a ocupação e a situação no mercado de trabalho na ficha de identificação do indivíduo. Isso facilitará a investigação sobre a relação entre as queixas e os problemas de saúde apresentados pelos indivíduos e seu trabalho ou ocupação nas próximas etapas do acolhimento e na consulta clínica.

IMPORTANTE!

O acolhimento do(a) usuário(a)-trabalhador(a) baseia-se na escuta qualificada, objetivando identificar se queixas, sinais e/ou sintomas apresentados estão relacionados com o trabalho/ocupação atual ou pregresso do usuário.

Por exemplo: queixas de dor e ardência ao urinar relatadas por mulheres jovens podem ter relação com o trabalho que desenvolvem. A infecção urinária em operadoras de caixa de supermercado pode estar associada a pouca ingestão de líquidos e ao excessivo controle da saída do posto de trabalho para ir ao banheiro, procedimentos comuns na gestão e na organização do trabalho nessa atividade.

2.4.2 Consulta Clínica

O momento da **consulta clínica** é fundamental para o estabelecimento e/ou aprofundamento da relação entre as queixas e/ou adoecimento apresentados pelo(a) usuário(a) e seu trabalho ou sua ocupação atual ou pregressa. A **anamnese ou história ocupacional é o instrumento mais importante** para o estabelecimento da relação entre o trabalho e a queixa ou doença apresentada pelo(a) trabalhador(a).

O conjunto dos elementos – história clínica, história ocupacional e exame clínico – orienta a propedêutica complementar, o encaminhamento para procedimentos de maior densidade tecnológica, bem como o diagnóstico e a definição do plano terapêutico.

As perguntas básicas que devem ser feitas ao(à) usuário(a)-trabalhador(a) sobre sua ocupação cujas respostas devem ser consideradas no raciocínio clínico-epidemiológico para o diagnóstico correto e o estabelecimento do plano terapêutico e demais encaminhamentos necessários são:

- O que você faz? Em que trabalha? Qual a sua atividade de trabalho atual?
- Há quanto tempo trabalha nessa atividade ou ocupação?
- Em que local, tipo de estabelecimento, empresa ou atividade econômica você trabalha?
- Como realiza seu trabalho? Quais produtos, matérias-primas e instrumentos utiliza?
- Como são as suas condições de trabalho? A que tipos de riscos ou perigos você está exposto em seu trabalho?
- Você está satisfeito com seu trabalho? O que o incomoda?
- Você acha que seu problema de saúde tem relação com seu trabalho?
- Você conhece outros(as) trabalhadores(as) com queixas ou adoecimento semelhantes entre os colegas de trabalho?

Obs.: Para facilitar a comunicação e conhecer melhor sobre o trabalho do(a) usuário(a) é interessante pedir a ele/ela que descreva um dia típico de seu trabalho.

As mesmas perguntas podem ser feitas sobre as atividades de trabalho/ocupações anteriores consideradas mais significativas, identificando a presença de fatores de risco para a saúde e a duração da exposição. Na exploração da história pregressa, também devem ser investigados e anotados a ocorrência de acidentes do trabalho, afastamentos do trabalho por motivo de doença, além de patologias e hábitos que possam aumentar a susceptibilidade aos riscos ocupacionais detectados.

Entretanto, é importante lembrar-se de que a investigação da possível relação entre a doença e o trabalho demanda informações complementares que estão disponíveis na bibliografia especializada, ou por meio da discussão de casos clínicos e matriciamento pelas equipes do Cerest ou referências técnicas em ST no estado ou no município.

A história ocupacional é essencial para:

- Identificar possíveis riscos e perigos envolvidos no trabalho.
- Fazer o diagnóstico correto e definir o plano terapêutico, estabelecendo a relação entre o agravo ou a doença e o trabalho.
- Informar o(a) trabalhador(a) sobre as causas e evolução de seu adoecimento e orientá-lo (a) quanto à prevenção.
- Orientar o(a) trabalhador(a) sobre seus direitos trabalhistas, previdenciários e à saúde.
- Desencadear ações de vigilância epidemiológica e nos ambientes e processos de trabalho, a partir da notificação dos casos nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), de modo articulado com a Vigilância em Saúde.

2.4.3 Visitas domiciliares

As visitas domiciliares são atividades rotineiras no processo de trabalho das eAB/eSF, realizadas mais frequentemente pelos ACS. Assim, as visitas domiciliares podem ter por objetivo: o cadastramento individual e das famílias e sua atualização; o acompanhamento da condição de saúde de grupos específicos, indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social; a realização de ações de promoção e educação em saúde.

As visitas domiciliares podem contribuir para a investigação e o acompanhamento de trabalhadores(as) vítimas de acidente de trabalho, especialmente os casos graves ou com óbito, e de doenças potencialmente relacionadas ao trabalho ocorridas em membros da família. A equipe de saúde pode planejar uma visita com esta finalidade específica ao tomar conhecimento da ocorrência de um acidente de trabalho, a partir da qual a equipe acompanha a situação do(a) trabalhador(a) e de sua família, orienta sobre medidas de prevenção e cuidados de saúde, e sobre os direitos trabalhistas e previdenciários, lembrando que essas ocorrências devem desencadear ações de vigilância em saúde. Se necessário, a eAB/eSF pode acionar a equipe de apoio para realizar a visita domiciliar em conjunto, criando a oportunidade para operar também como estratégia de educação permanente e manutenção de vínculo entre as equipes de referência e a equipe vinculada.

A visita domiciliar também representa a oportunidade de reconhecer condições de vida ligadas ao contexto das pessoas, incluídas as atividades de empresas e plantações próximas, com potencial de ocasionar danos indiretos, mas especialmente uma ferramenta de trabalho com o potencial de revelar atividades laborais exercidas informalmente dentro do domicílio, que em geral são desconhecidas pela equipe de AB, e para as quais abordagens específicas por parte desses profissionais são esperadas.

PARA SABER MAIS, LEIA:

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/issue/view/2>. Acesso em: 14 set. 2016.

2.4.4 Educação em saúde – Atendimento em grupo

As atividades educativas e os atendimentos em grupo são estratégias potentes para a promoção de comportamentos favoráveis à saúde. Entretanto, no cotidiano de trabalho das equipes observam-se práticas muito heterogêneas, predominando a forma clássica de reunir os(as) usuários(as) para a simples transmissão de informações de saúde, que são pouco eficazes.

Para que um atendimento em grupo funcione enquanto processo pedagógico, é necessária a interação dialógica, de mão dupla, em que os participantes aprendem sobre o "mundo da vida" do outro e utiliza esse aprendizado para transformar a sua própria vida.

As atividades de educação em saúde na AB possibilitam o fortalecimento do vínculo entre os próprios usuários e entre os usuários e profissionais de saúde, o apoio e o suporte na tomada de decisão em saúde, além de constituírem espaço de discussão e reflexão coletiva sobre problemas de saúde e possíveis formas de intervenção.

Entre as atividades de atendimento em grupo mais utilizadas estão: os grupos abertos de acolhimento, os grupos de pessoas com determinadas doenças (hipertensão, diabetes, doenças musculoesqueléticas), as oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), entre outras (BRASIL, 2014).

A atenção por pares tem sido apresentada como uma abordagem inovadora na forma de organização e funcionamento de grupos formados por portadores de condições crônicas de saúde. Consiste na identificação de um(a) usuário(a) que atua como facilitador(a) da atividade. Este(a) usuário(a) deve ter a mesma condição crônica, objeto de abordagem do grupo, e habilidades e competências no manejo/cuidado dessa condição, o que lhe confere legitimidade para interagir com outras pessoas que estão passando pelos mesmos problemas (MENDES, 2012).

Essa abordagem tem sido historicamente aplicada com algumas variações na área de ST, como por exemplo, grupos de trabalhadores portadores de distúrbios musculoesqueléticos (Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho – LER/Dort), trabalhadores(as) expostos(as) ao amianto, benzeno, mercúrio, entre outros. Ela valoriza o saber e a subjetividade dos(as) trabalhadores(as), propicia a troca de experiências e o conhecimento sobre as condições de trabalho e impactos na saúde e as formas de lidar com o adoecimento e superar as limitações e as incapacidades. Pode ser utilizada para a troca de experiências sobre o acesso aos direitos previdenciários, trabalhistas e sociais.

O planejamento e a oferta de atividades de atendimento em grupos de trabalhadores(as), organizados com base no perfil ocupacional e de atividades produtivas domiciliares, podem resultar em impactos positivos na atenção à saúde. Por exemplo, em um território onde há predominância de atividades agrícolas familiares, a formação de grupo de agricultores facilita a discussão de problemas específicos e a adoção de medidas de prevenção e de proteção à saúde desses(as) trabalhadores(as).

As ações de educação em saúde a serem desenvolvidas com grupos de trabalhadores(as) podem abordar os seguintes conteúdos:

- Orientações sobre riscos e perigos potenciais para a saúde relacionados ao trabalho.
- Medidas de proteção e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- Informações sobre agravos e doenças relacionados ao trabalho mais comuns em determinadas ocupações e atividades produtivas.
- Informações sobre a rede de serviços de saúde e os fluxos de atendimento no âmbito do SUS.
- Orientações sobre direitos dos(as) trabalhadores(as): à saúde, previdenciários, trabalhistas, entre outros.

2.4.5 Praticas Integrativas e Complementares em Saúde

O campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) contempla sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos denominados pela Organização Mundial da Saúde de Medicina Tradicional Complementar e Integrativa (MTCI), envolve abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Estas práticas compartilham um entendimento diferenciado sobre o processo saúde doença, ampliando a visão deste processo e as possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção global do cidadão humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

A inserção das PICS como cuidado voltado aos(às) trabalhadores(as) estabelece uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado e deve ser implementada de forma gradativa, atendendo as especificidades, obedecendo as características regionais, contextualizando-as aos problemas existentes nos diversos grupos e territórios levando-se em conta as necessidades de saúde dos(as) trabalhadores(as) e sua comunidade laboral.

Estão instituídas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) 29 PICS, a saber: antroposofia aplicada à saúde, apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina tradicional chinesa (MTC), meditação, musicoterapia,

naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, plantas medicinais e fitoterapia, quiropraxia, reiki, reflexoterapia, shantala, terapia comunitária integrativa (TCI), terapia de florais, termalismo social/crenoterapia e yoga.

O cuidado em saúde por meio das PICS pode ser ofertado em diversos pontos da RAS. Entre elas, ressalta-se a importância de recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC), ayurveda, práticas corpo e mente como tai chi chuan, yoga e meditação, entre outras.

O desafio está em apresentar novos paradigmas de cuidado, centrados no sujeito, que reconheçam sua espiritualidade, que tenham uma perspectiva na vitalidade do sujeito ao invés de na doença, ressignificando o cuidado de saúde de forma a não separar o humano e o ambiente, proporcionando uma saúde mais holística e, assim, integral.

2.5 Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica

A Visat é um dos componentes da Vigilância em Saúde e organiza-se em torno de dois pilares principais e complementares: a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho e a vigilância de ambientes e processos de trabalho.

O mapeamento do território e o conhecimento do perfilepidemiológico da população adscrita, dos riscos para a saúde e das situações de exposição decorrentes do trabalho, permitem que a equipe planeje e gerencie a atenção integral a saúde dos (as) trabalhadores(as). Isso inclui as ações de vigilância em saúde, a pactuação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos com outros pontos da Redes de Atenção à Saúde (RAS) e organize os processos de apoio institucional, técnico e pedagógico e matriciamento, com ênfase na capacitação e na educação permanente.

Nesse sentido, além da produção do dado, a atuação das eAB/eSF é essencial para a qualificação das informações que necessitam ser fidedignas e produzidas "em tempo real" para permitir intervenções eficazes.

Diante da suspeita ou diagnóstico de um agravo à saúde relacionado ao trabalho, o "caso" deve ser notificado ao Sinan e discutido pela equipe. Se necessário, o setor de vigilância em saúde do município deve ser acionado para desencadear as ações pertinentes de promoção, de proteção e de educação em saúde.

A atuação das eAB/eSF na vigilância de ambientes e processos de trabalho tem como foco as atividades produtivas desenvolvidas no território, especialmente o trabalho domiciliar e as atividades realizadas nas ruas. Para o planejamento e o desenvolvimento das ações de Visat, as eAB/eSF podem contar com o apoio de profissionais do NASF-AB, do Cerest e das referências técnicas em ST, quando este estiver em seu território.

2.5.1 Suporte para o desenvolvimento das ações de Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica

Para que as eAB/eSF incorporem em sua rotina de trabalho o cuidado integral à saúde do(a) trabalhador(a), considerando sua inserção no processo produtivo, é necessário contar com suporte para o desenvolvimento do processo de trabalho. Esta prática tem sido chamada de apoio matricial ou matriciamento.

São características do apoio matricial:

- Construção de relações horizontais entre as equipes (apoiadas e apoiadoras), de trocas de conhecimentos, experiências e saberes entre iguais, baseadas em procedimentos dialógicos e não em relações de autoridade, para oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).
- "Construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial." (CAMPOS; DOMITTI, 2007).
- "Arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população." (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

O apoio matricial busca romper com a fragmentação dos processos de trabalho na rede de saúde e oferece possibilidades de trocas de saberes entre profissionais especialistas e as equipes de saúde, nos diversos níveis de atenção, contribuindo para modificar positivamente situações e/ou problemas de saúde de indivíduos e coletividades.

Trata-se de uma relação de mão dupla, de construção de espaços de comunicação dialógica e compartilhamento de saberes entre os profissionais, que possibilita a ampliação das competências, da capacidade de análise e ação e da autonomia dos profissionais e das equipes. Espera-se que resulte em cuidado de qualidade, resolutivo e humanizado, respeitando os arranjos de cada sistema de saúde, as configurações e características das equipes e pessoas que as compõem, dos territórios e das realidades do mundo do trabalho local.

Lembre-se:

Alguns termos importantes no processo de Apoio Matricial

Compartilhamento = corresponsabilização pelos casos e ações.

- Equipe ou profissional de referência = responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, pela coordenação do cuidado.
- Equipe ou profissional de apoio = detém saberes e habilidades específicas de determinado núcleo ou campo de conhecimento.
- Responsabilidade de condução = tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo.
- Núcleo de saber = saberes específicos de cada profissional, seus domínios técnicos e de experiências.

- Campo de saber = saberes e práticas em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho.

Entretanto, existem muitas dificuldades a serem superadas, particularmente, no que se refere à saúde dos(as) trabalhadores(as). Devem ser considerados os limites das intervenções sobre os processos de trabalho produtores de adoecimento. Ao atender um(a) trabalhador(a) com suspeita ou diagnóstico de LER/Dort, por exemplo, além dos meios para confirmação do quadro e das orientações e medicação sintomática para o(a) trabalhador, é necessário agir sobre as condições de trabalho, o que geralmente é difícil, criando sentimento de impotência no profissional responsável, que se estende ao conjunto da equipe.

O suporte efetivo dos Cerest às eAB/eSF depende de vários fatores, a começar pela existência deste equipamento na região, ou seja, o fato do território de abrangência sob responsabilidade dessas equipes contar com a cobertura deste ponto de atenção especializada. Atualmente, o Brasil conta com 213 Cerests habilitados, cuja atuação também depende da conformação da rede de atenção e da capacitação e disponibilidade da equipe técnica para realizar essa atividade. Há registros e relatos de experiências exitosas que reforçam essa possibilidade.

2.5.2 Como realizar as ações de suporte técnico e pedagógico em Saúde do(a) Trabalhador(a)?

O apoio matricial deve ocorrer de forma regular, incorporando o cotidiano da organização das equipes de referência e de apoio. O suporte técnico e pedagógico poderá ser acionado por qualquer das partes (de referência ou de apoio) a partir da identificação dos problemas que exigirão a integração com outros núcleos de conhecimento, bem como de outros serviços.

A seguir são apresentadas algumas situações que exemplificam possibilidades de efetivação do apoio matricial pelas equipes.

CASO 1

ALÔ... Atenção Básica pede ajuda ao Cerest

D – Bom dia, Gabrielle! Aqui quem fala é a Daniela, enfermeira da UBS São Leopoldo. Tudo bem?

G – Bom dia, Daniela! Como vai você? Como posso te ajudar?

D – Gostaria de discutir com vocês a situação do Sr. José. Ele é hipertenso e faz acompanhamento conosco há uns seis meses. Não estamos conseguindo manter a pressão estável, a médica e eu já fizemos diversas orientações e ajustes na medicação. Ele é um paciente participativo, segue as orientações e toma a medicação corretamente. Hoje, na consulta médica ele referiu algumas situações do trabalho e então pensamos que vocês do Cerest podem nos ajudar. Pode estar relacionado ao trabalho, não é?

G – Claro. O que ele faz e onde trabalha?

D – É padeiro numa grande padaria no centro da cidade. Não me recordo o nome no momento.

G – Vocês investigaram com ele detalhes deste trabalho?

D – Então, hoje cedo havia muitos pacientes "eventuais" para passar com a médica e ela só pensou nessa relação do trabalho do Sr. José enquanto conversávamos no café. Ele já havia sido dispensado.

G – Seria importante conhecermos melhor o trabalho dele, as condições atuais, horário e jornada de trabalho etc. Lembra que conversamos sobre isso quando estivemos aí na reunião de equipe?

D – Ah, sim, claro! É que "não caiu a ficha na hora"! Mas a Drª. Márcia já comentou comigo que se sente insegura quanto a isso, o detalhamento do trabalho, e eu também!

G – Vocês poderiam chamá-lo para outra consulta aí na unidade e faremos uma consulta conjunta. Você me informa o dia e horário e acertamos a participação de alguém aqui da equipe do Cerest, está bem?!

D – Ótimo! Eu vou procurar um horário da tarde, quando o movimento é menor, para ficarmos mais tranquilas. Gostaria de participar desta consulta também, pois já o atendi diversas vezes e também o aprendizado me servirá para outros casos. Verei ainda hoje nossas possibilidades de agenda e te informo.

G – Está certo, Daniela, eu aguardo. Vou sair para uma ação de vigilância. Se quando você ligar eu não estiver, pode falar com qualquer outra pessoa da equipe, ok?

D – Está bem. Obrigada. Abraço.

G – Abraço.

Entre as questões a serem consideradas para operacionalizar o apoio matricial estão: a organização do trabalho, dias e horários, periodicidade de encontros, infraestrutura e recursos materiais e humanos disponíveis. Diferentes possibilidades e mecanismos organizam o processo de articulação e pactuação de ações dependendo dos profissionais e instâncias de apoio matricial existentes no município ou de referência deles.

Para isso, é essencial garantir espaços coletivos protegidos que permitam a interação, a análise das situações concretas, a construção de linhas de intervenção e acordos sobre a distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo. As reuniões periódicas entre as equipes, previamente agendadas para discussão de casos clínicos e situações coletivas são essenciais para garantir o apoio sistemático.

CASO 2

Cerest ajuda a ampliar o cuidado em reunião de equipe previamente agendada

Cerest, enfermeira Gabrielle – Hoje nós trouxemos o caso do Sr. Jorge, que vocês nos encaminharam para avaliação, com uma proposta de trabalho conjunto. O Sr. Jorge tem um sítio e planta chuchu e tomate, lembram-se dele?

Cerest, médico Flávio – Eu já enviei a vocês a "contrarreferência" por escrito, com os detalhes da avaliação clínica, exames laboratoriais etc. Confirmou-se a intoxicação crônica e nexo com o trabalho e depois da minha próxima avaliação devo retornar o caso para a UBS acompanhar. Não sei se há alguma dúvida em relação ao meu relatório.

UBS, médico Valter e enfermeira Daniela – Não, está tudo bem claro no relatório! A esposa dele esteve aqui em consulta ontem e referiu que ele ficou satisfeito em receber as informações no Cerest, inclusive quanto aos seus procedimentos no trabalho.

Cerest, médico Flávio – Então, neste caso percebemos que seria importante uma ação coletiva, pois no território desta unidade há uma grande área rural, com pequenos sítios produtivos não é mesmo? Vocês não acham importante fazermos algo para prevenir outros casos? E também pode ser que outros(as) trabalhadores(as) rurais estejam com problemas, mas não vieram procurar ajuda aqui na unidade; poderíamos fazer uma busca ativa para avaliação dos expostos e dos suspeitos. O que acham?

UBS, Enfermeira Daniela – Ótima idéia! Há alguns anos, em razão de outro usuário nosso, pensamos em fazer alguma coisa neste sentido, mas nós não sabíamos como fazer e o médico disse que iríamos precisar de uma retaguarda laboratorial e não tínhamos; o trabalho foi correndo e nós deixamos isso prá lá. Agora se for com vocês é diferente, né?

Cerest médico Flávio – Quanto ao laboratório para alguns exames específicos, vamos precisar mesmo, mas poderemos tentar uma parceria com a Universidade ou apresentar ao secretário de saúde a situação. Pode ser que consigamos usar o recurso da Renast para comprar o serviço de laboratório.

UBS Médico Valter – É interessante podermos fazer uma ação mais abrangente, preventiva. O problema é o tempo para isso! Nossa agenda de consulta médica está lotada! Os enfermeiros também estão muito sobrecarregados.

UBS, enfermeira Célia – É verdade, mas acontece que se conseguirmos realizar ações deste tipo, vai facilitar para nós no futuro, porque vamos trabalhar com a prevenção. Além do mais, pode ser uma atividade que nos tire um pouco do peso do cotidiano aqui.
UBS, Valter – É, pode ser.

Cerest, médico Flávio – Valter, eu entendo a sua preocupação, mas nós vamos construir e executar a proposta juntos, de acordo com nossas possibilidades. E vamos mapear outros parceiros também; por exemplo, já mencionei a universidade, por conta dos exames laboratoriais, mas poderíamos pensar também em órgãos ligados à agricultura, apoio técnico ao agricultor. Ali em Monte Alegre tem uma fazenda experimental da Secretaria de Agricultura. Eles fazem pesquisa e dão apoio técnico aos agricultores da região. Pode ser que tenham interesse em participar conosco, vai depender da proposta que fizermos.

UBS, Técn. Enf. Sandra – Olha, tem também o Conselho de Desenvolvimento Rural no município. Meu tio vai às reuniões e posso me informar melhor como funciona e se haveria interesse nosso ou deles em participar.

UBS, enfermeira Célia – E se formos fazer alguma ação educativa, não pode ser nada chato, tipo palestra, pois estas pessoas não têm paciência para isso. A equipe aqui já está experiente em inventar modos diferentes de trabalhar a educação em saúde; uma vez fizemos um teatro sobre as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e foi muito divertido e tivemos um bom resultado. Muita gente veio na unidade depois para conversar e fazer exames, o "consumo" de camisinhas aumentou.

UBS, Técn. Enf. Palmira – Foi ótimo! Até o Dr. Gustavo participou do teatro e se saiu bem!

UBS, Enfermeira Daniela– Então, penso que estamos de acordo em fazermos esta ação conjunta. Mas hoje não temos tempo para fazer o desenho do projeto. Podemos tirar algumas pessoas de nossa equipe para formar tipo uma comissão para fazer a proposta com vocês. Depois o grupo apresenta aqui na reunião de equipe e fazemos os acertos e fechamos o cronograma. O que acham?

Cerest, enfermeira Gabrielle – Está ótimo! Pelo Cerest quem está responsável por esta atividade sou eu, o Flávio e a Luzia. Ela não pôde vir hoje, mas estará na próxima. Podemos vir aqui para o trabalho da comissão. Quem participará pela UBS?

UBS, Enfermeira Daniela – Eu posso participar e indico a Palmira, a Sandra e o Valter (para ele se animar! rsrsrs).

UBS, Técnicas de enfermagem Palmira e Sandra– Tudo bem!

UBS Médico Valter– Vou participar da comissão e das atividades pactuadas.

A reunião de apoio matricial é um espaço de ocorrência periódica, destinado à problematização, ao planejamento, à programação, à execução e à avaliação de ações colaborativas entre eAB/eSF, NASF-AB, Cerest e referências técnicas em ST.

Essas reuniões também se constituem como espaço de educação permanente, uma vez que viabiliza a discussão de casos e temas de relevância no território, escolhidos pela equipe de referência ou de apoio. Também permitem pactuações entre as equipes, planejamento e programação de ações, construção de propostas de grupos, de ações educativas, de atendimentos e intervenções entre as equipes; ações de vigilância em saúde; monitoramento, entre outras.

A discussão de casos é útil, por exemplo, em situações de dúvida quanto ao diagnóstico e estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho, na condução terapêutica ou para atendimento de outras demandas e necessidades surgidas no trabalho cotidiano.

O apoio também pode envolver suporte a distância para resolver dúvidas da eAB/eSF, gerando relatório com orientações detalhadas para condução do caso pela AB.

Desse modo, a função do apoiador é procurar construir, de maneira compartilhada com os outros profissionais, processos de escuta, análise e construção de ações coletivas, com definição de tarefas, responsabilização e avaliação das demandas e ofertas, partindo de seus núcleos de conhecimentos, desejos, interesses e visão de mundo.

Entre as ações assistenciais, pedagógicas e de vigilância que podem ser apoiadas estão:

- Estabelecimento de fluxos de atendimentos entre a AB, Cerest, referências técnicas em ST e outros serviços especializados (de média e alta complexidade).
- Ações programadas quando identificado aumento de queixas e de problemas de saúde de indivíduos pertencentes a um mesmo local de trabalho, mesmo tipo de atividade econômica ou de uma mesma atividade ocupacional.
- Necessidade de tecnologias não disponíveis na AB para melhoria dos diagnósticos e da assistência especializada.
- Dúvidas no preenchimento de documentos e encaminhamentos que garantam direitos sociais ao paciente (como CAT, documento do INSS; relatório médico etc.), bem como na notificação epidemiológica (Ficha Sinan).
- Necessidade de discussão e capacitação para reconhecer, abordar e tratar os problemas prevalentes, graves ou de maior complexidade.
- Orientação e apoio para desenvolvimento de atividades de prevenção, de promoção, de educação em saúde, nas atividades em grupos ou outras.

2.5.3 As redes e instâncias de apoio matricial

O apoio matricial sempre envolve dois polos: a eAB/eSF, que é considerada equipe de referência e as equipes especializadas, que são equipes de apoio. Os profissionais das equipes dos Cerests e as referências técnicas em ST dos municípios e estados são os principais responsáveis pelo apoio técnico, pedagógico e institucional às eAB/eSF no tema da ST. Além desses, as equipes e profissionais do Nasf, das redes de atenção especializada, de média e alta complexidade, bem como da vigilância em saúde, podem operar como apoiadores das eAB/eSF.

Considerando o perfil das atividades produtivas e as patologias relacionadas ao trabalho mais comuns registradas no Sinan durante o período de 2007 a 2016, nas ações de assistência, pode-se sinalizar que os profissionais especializados e as redes a serem acionadas com maior frequência são das seguintes áreas: Ortopedia, Reumatologia, Pneumologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial (Caps), Rede de Centros de Reabilitação.

O Quadro 7 apresenta os principais recursos da RAS e de apoio diagnóstico necessários, com destaque para os agravos relacionados ao trabalho definidos como de notificação compulsória no País. Essa relação pode ser útil para orientar as equipes na organização e na construção das linhas de cuidado para atenção à saúde dos(as) trabalhadores(as) nos territórios.

Quadro 7 – Subsídios para a construção de linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador

Agravo	Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), incluindo doenças da coluna
Especialidades	Clínico-geral, ortopedista, reumatologista, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta Ocupacional. Enfermeira (o), assistente social, médico (a) do Trabalho, neurologista.
Exames Complementares	Exames laboratoriais: Hemograma, Provas Reumáticas (PCR, VHS, FAN, Aslo e outras), TSH, ácido úrico entre outros, de acordo com a exposição ocupacional e o quadro clínico. Exames de imagem de acordo com a localização da lesão e o quadro clínico: raio X da coluna, raios X de membros superiores e inferiores, USG e RNM das estruturas osteomusculares. Eletroneuromiografia dos membros superiores e inferiores (ENMG dos MMSS e MMII).
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como ortopedia, reumatologia, fisiatria, fisioterapia, terapia ocupacional, medicina do trabalho e neurologia e em serviços de reabilitação. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest e serviços de vigilância em saúde.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Centro de Referência de Assistência Social (Cras) , Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) e grupos de trabalhadores(as) com LER/Dort

Continua

Continuação

Agravo	Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair)
Especialidades	Otorrinolaringologista, clínico(a) - geral, médico(a) do Trabalho, fonoaudiólogo,enfermeira(a), assistente social
Exames Complementares	Audiometria Tonal Exames Laboratoriais para diagnóstico diferencial, a depender do quadro clínico e da exposição ocupacional; outros exames complementares: Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (Peate- Bera); Imitância Acústica, Timpanometria
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como otorrinolaringologia, fonoaudiologia e medicina do trabalho Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest e serviços de vigilância em saúde.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras e Creas.
Agravo	**Dermatose Ocupacional**
Especialidades	Dermatologista e/ ou clínico(a)- geral, médico (a) do Trabalho, enfermeira(o), assistente social.
Exames Complementares	Exames laboratoriais a depender do quadro clínico e da exposição ocupacional para o diagnóstico diferencial de Dermatoses. Teste de contato ou teste epicutâneo *(patch test).*
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como dermatologia e medicina do trabalho. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest e serviços de vigilância em saúde.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras e Creas.

Continua

Continuação

Agravo	Intoxicações Exógenas(por agrotóxicos, metais pesados e outros)
Especialidades	Toxicologista e/ou Clínico(a) Geral capacitado para atender intoxicações. neurologista, hepatologista, hematologista e outros. Médico(a) do Trabalho, enfermeiro(a), assistente social.
Exames Complementares	Exames laboratoriais: dosagem de colinesterase plasmática e acetilcolinesterase verdadeira, hemograma completo, reticulócitos, ureia, creatinina, proteínas totais e frações, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina, TGO, TGP, GGT, Colesterol total e frações, triglicerídeos, VDRL. ALA–U (Ácido Delta Amino-levulínico urinário), ZPP (Zincoprotoporfirina), chumbo no sangue e urina, cádmio na urina, arsênico na urina, PSA, T3, T4, T4 livre, TSH, AAT, ECG Eletrocardiograma.
Serviços de Saúde	Atendimento em serviços urgência e emergência, tais como: Hospital ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Samu, com apoio de Centro de Informação Antiveneno (Ciave), Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e rede de laboratórios (Lacen), Acompanhamento ambulatorial em serviços de especialidades como hematologia, reumatologia, neurologia, nefrologia; hepatologia/gastroenterologia, entre outros e em UBS (eAB/eSF/NASF-AB) Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest e serviços de vigilância em saúde
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras e Creas.
Agravo	**Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**
Especialidades	Psiquiatra e/ou clínico-geral. médico(a) do Trabalho, psicólogo(a) enfermeira(o), assistente social.
Exames Complementares	Aplicar Protocolo de Saúde Mental e Trabalho. Aplicação de instrumentos para avaliar os fatores psicossociais no trabalho, sinais e sintomas de transtornos mentais. Aplicação de testes psicológicos. Exames toxicológicos para trabalhadores(as) expostos a produtos químicos de risco para a saúde mental.
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), psiquiatria e medicina do trabalho. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest e serviços de vigilância em saúde.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras e Creas.

Continua

Continuação

Agravo	Pneumoconiose
Especialidades	Pneumologista e/ou clínico(a)- geral com capacitação para leitura de raios X padrão OIT. Médico(a) do Trabalho enfermeira(o), assistente social.
Exames Complementares	Raio X de tórax (Padrão OIT) Espirometria, Broncoscopia Biópsia Pulmonar, Histopatologia, Tomografia Computadorizada.
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como pneumologia,e medicina do trabalho. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest , serviços de vigilância em saúde e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras, Creas e grupos de trabalhadores(as) expostos ou contaminados(as)
Agravo	**Cânceres Relacionados ao Trabalho, Leucopenia, Leucemias Ocupacionais(solventes) osteomusculares**
Especialidades	Clínico(a) e/ou Hematologista, médico(a) do Trabalho, oncologista enfermeira(o), assistente social
Exames Complementares	Hemograma completo em série AST, ALT, leucograma, creatinina, ácido hipúrico, acido metil-hipúrico; exames histopatológicos.
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como hematologia e anatomopatologia, oncologia, infectologia e medicina do trabalho, com apoio do Lacen e CTA e atenção hospitalar. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest, serviços de vigilância em saúde e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras, Creas e Instituto Médico Legal (IML).

Continua

Continuação

Agravo	Acidente de Trabalho com Exposição a Materiais Biológicos
Especialidades	Infectologista e/ou clínico(a)- geral. Médico(a) do Trabalho, psicólogo(a), enfermeira(o), assistente social.
Exames Complementares	Exames laboratoriais: hemograma completo, sorologia para HIV, hepatite B e hepatite C, teste rápido para HIV para o paciente fonte.
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como infectologia e medicina do trabalho, com apoio do Lacen e CTA e atenção hospitalar. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest, serviços de vigilância em saúde e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras e Creas.
Agravo	**Acidente de Trabalho Grave com ou sem óbito**
Especialidades	Médico(a) da Unidade de Emergência, cirurgião, ortopedista, neurocirurgião fisioterapeuta, terapeuta ocupacional enfermeiro(a), assistente social médico(a) do Trabalho
Exames Complementares	Exames de imagem (RX, tomografia, ressonância, USG) e outros exames e procedimentos de emergência relativos ao caso. Reabilitação biopsicossocial para o acidentado. Reabilitação biopsicossocial para o acidentado.
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatórios ou serviços de especialidades como Ortopedia, Neurologia, Fisioterapia e medicina do trabalho, conforme o tipo de acidente e lesão, com apoio do Lacen, CTA e atenção hospitalar. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest, serviços de vigilância em saúde e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras, Creas e IML

Fonte: Adaptado de (BAHIA,2014).

Na organização das linhas de cuidado, destacam-se as atribuições e o papel dos Cerests em:

- Prover subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde de trabalhadores(as) urbanos e rurais.
- Desenvolver ações de assistência e vigilância em saúde do(a) trabalhador(a) de maior complexidade, e em caráter complementar aos municípios, na área de abrangência.
- Apoiar e desenvolver processos de educação permanente em saúde do(a) trabalhador(a).
- Promover articulações intrassetoriais no âmbito do SUS.
- Promover articulações intersetoriais com outros órgãos governamentais, entidades da sociedade civil organizada e representantes de trabalhadores(as) e movimentos sociais.

PARA SABER MAIS, CONSULTE:

Capítulo II – Das Disposições Específicas da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) (BRASIL, 2017c).

Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2017b).

Os NASF-AB, pelas suas características de composição das equipes e modo de operar, têm grande potencial de contribuição nas situações de saúde relacionadas ao trabalho. Suas diretrizes e estratégias estão voltadas para complementar o cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade, com o conhecimento específico de seus núcleos de saber.

A contribuição do NASF-AB dependerá de sua composição, uma vez que alguns núcleos de conhecimento são atualmente mais requisitados para as abordagens em ST, tais como: fisioterapeuta; assistente social; fonoaudiólogo; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico acupunturista; profissional/professor de educação física; profissional de saúde sanitarista.

Atribuições e papel do NASF-AB:

- Realizar atendimento compartilhado, individual ou coletivo.
- Realizar atendimento especializado, por profissionais de apoio, após regulação e pactuação com a eAB/eSF.
- Apoiar a construção de projetos terapêuticos compartilhados.
- Elaborar orientações escritas, com diretrizes para condução de casos pela eAB/eSF.
- Desenvolver atividades coletivas, voltadas para educação, promoção em saúde e prevenção de agravos, a exemplo de: encontros temáticos, grupos de escuta para trabalhadores(as)

em vivência de violência no trabalho, grupos de qualidade de vida para portadores de LER/Dort; grupos para pessoas com dor crônica; de forma compartilhada ou específica.

- Estabelecer, de forma conjunta, Planos de Cuidado ou Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Acionar, quando necessário, as redes institucionais e sociais; por exemplo, acompanhamento de casos e denúncias ao Ministério Público do Trabalho (MPT), relatórios para perícia INSS etc.
- Desenvolver projetos conjuntos de vigilância, dirigidos a populações específicas, conforme características e/ou necessidades de cada território.

PARA SABER MAIS, CONSULTE:

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação n.º 2 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n.º 39).

A depender das situações, a equipe poderá necessitar do apoio de outras instâncias externas ao SUS que podem atuar como parceiros na rede socioassistencial e prestar orientações ou encaminhar trabalhadores(as) para outros órgãos e instituições, de modo a garantir direitos (trabalhistas, previdenciários, civis etc.), tais como:

- Centro de Referência de Assistência Social (Cras)
- Atuação no âmbito da Proteção Social Básica – voltada à prevenção de situações de risco pessoal e social, fortalecendo as famílias e indivíduos; por exemplo, em casos de desemprego prolongado ou subemprego.
- Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas)
- Atuação no âmbito da Proteção Social Especial – voltada à proteção de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, organizada por níveis de complexidade, em situações e problemáticas de maior complexidade e gravidade, com o papel primordial na oferta de orientação e apoio a indivíduos com seus direitos violados. Entre suas ações está o acompanhamento de famílias inseridas no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), que apresentam dificuldades no cumprimento das condicionalidades.
- Associações e Organizações Não Governamentais (ONG) de atuação no âmbito da defesa de direitos, inclusão e reabilitação psicossocial, cuidados e ações direcionadas a categorias e grupos específicos, assim como em esferas e contextos relacionados ao meio ambiente e organização social como um todo.
- Nessa rede de apoio social e intersetorial estão incluídos: Conselhos Tutelares; OAB; Juizado da Infância e da Juventude; Delegacia da Mulher; Defensoria Pública; Polícia Federal; Instituto Médico Legal (IML); Promotoria de Justiça – Direitos Humanos; Superintendência Regional do Trabalho; INSS, entre outras.

Para assegurar processos de Visat, é importante que as coordenações estaduais e municipais de Atenção Básica contem com instrumentos para orientar a organização de processos de trabalho que envolvam os diversos pontos da RAS com as eAB/eSF, garantindo que cada um dos serviços possa contribuir com seus saberes específicos para garantir o cuidado integral à população.

2.6 Reconhecendo as condições de trabalho e a situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Básica

Um aspecto fundamental quando se trata do desenvolvimento de ações de ST pelas eSF/eAB se refere à necessidade de valorizar o trabalho e garantir melhores condições de saúde dos(as) trabalhadores(as) da saúde. Essa tem sido uma preocupação crescente, uma vez que influenciam diretamente no cuidado à saúde prestado à população.

A preocupação com a saúde dos(as) trabalhadores(as) do SUS tem crescido nos últimos anos, em decorrência, entre outras questões, do expressivo aumento da força de trabalho da categoria no País e sua importância social.

A Política de Educação Permanente em Saúde e a Política de Humanização no SUS destacam a importância de que os(as) trabalhadores(as) discutam e busquem melhorar suas condições de trabalho para que, de fato, se tenha melhoria do cuidado em saúde.

Em 2011, foram definidas as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS que propõem melhoria das condições de saúde por meio do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de atenção integral à saúde. Entre os princípios definidos para esta Política, destaca-se a valorização dos(as) trabalhadores(as) do SUS, por meio do reconhecimento de seu papel na atenção integral à saúde da população e da garantia de políticas e ações que permitam seu crescimento pessoal e profissional e estimulem relações e condições de trabalho adequadas (BRASIL, 2011).

As transformações nas práticas de cuidado à saúde da população ensejam a exposição de trabalhadores(as) a fatores de risco ou perigos para a saúde bem conhecidos, entre eles os agentes químicos e físicos e os riscos biológicos. Mas ganham destaque crescente os riscos psicossociais entre eles a violência, refletindo-se no perfil de acidentes e de adoecimento relacionado ao trabalho (ASSUNÇÃO, 2011).

A síndrome de Burnout, decorrente do estresse laboral crônico, tem sido crescentemente registrada na literatura técnico-científica e caracteriza-se pela exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema "Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro. Um dos seus eixos, a Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde teve por objetivo: "Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização de trabalhadores(as), combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho" (CNS, 2015).

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações Técnicas para Proteção da Saúde dos Agentes de Saúde**. Organizadores: Letícia Coelho da Costa Nobre et al. Salvador: CESAT/DIVISA/DIVEP/DAB/SAIS/CIAVE, 2012.

BRAGA, L. C. et al. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585-1596, 2010. Suppl. 1.

___BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

___BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS (versão 2.1)**. Brasília, 2016.

_____ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP – SUS Protocolo – nº 008 /2011**. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2011.

_____ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017a. p. 61-192.

_____ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017b. p. 192-288.

_____ BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH-SUS**. Brasília: 2005.

_____ BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, 2003. n. 1.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**, 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>. Acesso em: 21/08/2018.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

FELICIANO, K. V. O; KOVACS, M. H; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Volume Brasil 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/consulta>. Acesso em: 28 out. 2014.

LACERDA e SILVA, T.; DIAS, E. C. **O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas**. Belo Horizonte, Nescon, UFMG, 2012.

MACHADO, J. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). **Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas**: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES, 1995.

SILVA, J. M. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: subsídios para a elaboração de uma proposta de atuação. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 330-341.

O cuidado em Saúde do(a) Trabalhador(a): ações de assistência

3

A maioria dos (as) trabalhadores (as) da saúde reconhece a importância do trabalho na determinação do processo saúde-doença das pessoas, porém, alguns apresentam dificuldades para estabelecer a relação entre as queixas ou o adoecimento e a ocupação e/ou situação de trabalho do(a) usuário(a). Reconhecer o(a) usuário(a) como um(a) trabalhador(a) é uma identificação que precisa ser realizada pelos profissionais de saúde, incluindo os indivíduos com emprego formal e carteira de trabalho assinada, mas também os empregos informais.

LEMBRANDO

Na PNSTT são considerados todos os(as) trabalhadores(as), homens e mulheres, de localização urbana ou rural, com forma de inserção no mercado de trabalho formal ou informal, com vínculo empregatício público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado como sujeitos (BRASIL, 2017).

Para auxiliar as eAB/eSF nessa tarefa, este capítulo apresenta conceitos e ferramentas para investigação das relações entre o adoecimento e o trabalho atual ou pregresso desenvolvido pelo usuário, em especial a anamnese ocupacional. Também descreve as orientações e os procedimentos decorrentes da suspeita e do diagnóstico de um agravo à saúde relacionado ao trabalho, tendo por referência o processo de trabalho das equipes. A título de exemplo foram selecionados agravos prevalentes no País, considerando a lista nacional de doenças de notificação compulsória.

O trabalho e as condições em que é realizado podem expor o(a) trabalhador(a) a riscos para a saúde e produzir efeitos. Estes podem ser agudos como os acidentes de trabalho, quando geralmente é mais fácil estabelecer a relação entre o agravo ou dano com a atividade de trabalho. Podem ser também efeitos crônicos, às vezes, com longo período de latência entre a exposição e o surgimento da doença, como no caso dos cânceres relacionados ao trabalho, em que a relação causal é mais difícil de ser estabelecida.

Por princípio, a atenção à saúde do(a) trabalhador(a) exige abordagem interdisciplinar por equipe multiprofissional, envolvendo as seguintes ações [1]:

[1] Adaptado da Resolução na Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM n.º 1.488/1998.

- Assistir ao(à) trabalhador(a), elaborar o prontuário clínico; se for o caso, estabelecer a relação do agravo com o trabalho; elaborar o plano terapêutico e demais encaminhamentos pertinentes.
- Fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento.
- Implementar ações educativas e de vigilância, proteção e promoção da saúde.

Devem ser entregues registros e documentação referentes ao atendimento do(a) trabalhador(a), como cópias dos exames e do prontuário clínico, sempre que solicitado.

3.1 Reconhecendo o(a) usuário(a) e a relação entre o adoecimento e o trabalho

O reconhecimento da relação entre um agravo à saúde ou doença e o trabalho pode ser facilitado pela consulta à **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**. O MS organizou esta lista a partir dos agentes patogênicos e/ou fatores de risco potencialmente presentes no trabalho (Lista A), e dos agravos relacionados ao trabalho, sistematizados segundo a Classificação Internacional de Doenças(CID-10) na Lista B (BRASIL, 1999).

IMPORTANTE

Para o estabelecimento da relação causal entre a doença e o trabalho devem ser considerados, além do exame clínico e exames complementares:

- A história clínica e ocupacional.
- Informações sobre o local de trabalho: atividade, processo, condições de trabalho e organização do trabalho; presença de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, de acidentes e outros.
- Os dados epidemiológicos e da literatura atualizada.
- O depoimento e a experiência dos(as) trabalhadores(as).

3.2 Manejo de agravos à saúde relacionados ao trabalho pelas equipes de Atenção Básica

Uma vez identificado ou diagnosticado um agravo – acidente ou doença relacionada ao trabalho –ou uma situação de exposição ocupacional a um fator de risco para a saúde, reconhecidamente perigoso por seu potencial de dano, o cuidado ao(à) trabalhador(a) deve contemplar ações no nível individual e coletivo, incluindo orientações e encaminhamentos trabalhistas e previdenciários.

3.2.1 Ações no nível individual

O atendimento ao(à) trabalhador(a) inicia-se no acolhimento e na consulta clínica. Caso necessário, a eAB/eSF pode contar com o suporte técnico e pedagógico das equipes do NASF-AB do Cerest e da referência técnica em Saúde do(a) Trabalhador(a). Outros serviços da RAS devem ser acionados se houver necessidade de complementação do cuidado, mantendo-se o vínculo com a Atenção Básica.

Assim recomenda-se assegurar:

- Acompanhamento do(a) trabalhador(a) quando este retorna do atendimento em outro ponto de atenção, seguindo as prescrições, o curativo, a medicação, a indicação de fisioterapia, entre outros.
- Orientação do(a) trabalhador(a) e/ou familiares sobre os encaminhamentos junto ao empregador e à Previdência Social, como a emissão da CAT, se este for segurado pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT) do INSS.
- Notificação ao Sinan – a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de acidente ou de doença relacionada ao trabalho no Sinan é atribuição da eAB/eSF e constitui etapa importante da Visat, pois permitirá traçar o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora no território e desencadeará ações de Vigilância.
- Acompanhamento das questões relacionadas à saúde do(a) trabalhador(a) durante o processo de retorno e reinserção no trabalho.
- Visita domiciliar aos indivíduos com relato de acidente de trabalho e aos domicílios onde a prática do trabalho informal foi identificada.

3.2.2 Decisão quanto à necessidade e à duração de afastamento do trabalho

Com frequência, o(a) trabalhador(a) que sofreu um acidente de trabalho ou que recebe o diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho necessita ser afastado(a) de suas atividades habituais, como parte do tratamento e/ou pela necessidade de interromper a exposição aos fatores de risco presentes no trabalho. A incapacidade laborativa pode ser classificada em: total ou parcial; temporária ou indefinida (permanente).

É importante distinguir entre a necessidade de afastamento somente da função/atividade, e necessidade de afastamento total do trabalho. Esta decisão nem sempre é fácil para o(a) profissional que atende o(a) trabalhador(a) e muitas vezes é motivo de conflito e desgaste na relação médico-paciente.

O atestado médico possibilita a justificativa do afastamento ao trabalho, por 15 dias (sob responsabilidade do empregador). Se houver necessidade de afastamento superior a 15 dias, o(a) trabalhador(a) segurado(a) deverá ser encaminhado à Perícia Médica do INSS, para avaliação médico-pericial.

- Para a avaliação da existência (ou não) de incapacidade laborativa devem ser considerados:
- O diagnóstico da doença.
- A natureza e o grau de deficiência ou disfunção.

- O tipo de atividade ou profissão e suas exigências.
- A indicação ou necessidade de proteção do(a) segurado(a) doente, por exemplo, contra re-exposição ocupacional a agentes patogênicos sensibilizantes ou de efeito cumulativo.
- Existência de hipersuscetibilidade ao agente relacionado com a etiologia da doença.
- A idade, a escolaridade e o potencial para a readaptação profissional, além do mercado de trabalho e outros fatores exógenos.
- Dispositivos legais pertinentes, acordos coletivos, entre outros.

3.2.3 Encadeamentos médico-previdenciárias decorrentes do diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho

O diagnóstico de agravo, de acidente ou de doença relacionado ao trabalho, particularmente se o(a) trabalhador(a) é segurado(a) pela Previdência Social e necessita ser afastado(a) de suas atividades por um período superior a 15 dias, tem desdobramentos que devem ser conhecidos e implementados pelo profissional ou pela equipe responsável pelo atendimento.

Inicialmente é necessário caracterizar a situação do(a) trabalhador(a) junto à Previdência Social, que pode ser resumida em:

- O(A) trabalhador(a) é segurado(a) pela Previdência Social e coberto(a) pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT).
- O(A) trabalhador(a) é segurado(a) pela Previdência Social, mas não tem cobertura do SAT.
- O(A) trabalhador(a) não é segurado(a) pela Previdência Social.

A pergunta básica a ser feita na abordagem é:

– Você contribui para a Previdência Social? Ou você tem direito à Previdência Social ou ao INSS?

3.2.4 Ações coletivas

As ações coletivas devem ser desencadeadas quando houver o diagnóstico ou ia dentificação da ocorrência de acidente ou doença relacionada ao trabalho envolvendo os seguintes procedimentos:

- Identificação de outros(as) trabalhadores(as) que compartilham a mesma situação de trabalho do(a) acidentado(a) ou adoecido(a) e de trabalhadores(as) que residem no território e que estão expostos(as) aos mesmos fatores de risco para a saúde, para adoção dos procedimentos adequados.
- Organização e fortalecimento de grupos de trabalhadores(as) que compartilham a mesma exposição ocupacional ou adoecimento para o desenvolvimento de ações educativas e de orientação quanto aos direitos trabalhistas, previdenciários, sanitários, entre outros.
- Visita ao território e atualização do mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território, para busca ativa de casos e avaliação das condições de trabalho.

- Comunicação à Vigilância em Saúde: Epidemiológica, Sanitária, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador.
- Identificação dos recursos institucionais disponíveis no território e/ou região relacionados ao cuidado à saúde do(a) trabalhador(a).

3.3 Agravos à saúde relacionados ao trabalho mais frequentes na Atenção Básica

A seguir são apresentados alguns dos agravos à saúde relacionados ao trabalho que aparecem com maior frequência no cotidiano das eAB/eSF. Eles foram selecionados considerando a frequência, a gravidade e a magnitude, além de sua importância epidemiológica em distintas regiões do País. Todos eles constam da lista nacional de agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2016a, 2016b).

3.3.1 Acidente de trabalho

CASO 3

MJC, 47 anos, sexo masculino, chega à Unidade de Saúde se queixando de dor forte no cotovelo direito após cair do andaime na obra em que trabalha. Ao exame, o médico observa escoriações na pele e dor à manipulação do braço direito. Solicita que seja feita medicação sintomática para aliviar a dor e radiografia para avaliar se houve fratura. Constatada ausência de fratura, o médico receita medicação sintomática e orienta o trabalhador. Fica com as seguintes questões sobre os demais encaminhamentos:

Trata-se de acidente de trabalho?

Quantos dias o trabalhador precisa ser afastado do trabalho?

É necessário emitir a CAT?

Que outros procedimentos devem ser adotados?

3.3.1.1 O que é acidente de trabalho?

Acidente de trabalho (AT) é um evento súbito ou agudo ocorrido no exercício de atividade laboral, que pode ter como consequência a perda de tempo, dano material e/ou lesões ao(à) trabalhador(a). Pode acarretar dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que causa direta ou indiretamente a morte, a perda ou a redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2006).

Podem acontecer em qualquer situação em que o(a) trabalhador(a) esteja a serviço da empresa ou agindo em seu interesse. Também são considerados acidentes de trabalho as agressões ou violências sofridas no ambiente de trabalho, acidentes ou agressões ocorridas no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa.

Não é preciso ter vínculo empregatício formal, carteira de trabalho assinada, para se caracterizar o evento como acidente de trabalho. Este pode ocorrer com quaisquer trabalhadores(as), independentemente de seu tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho.

Apesar do uso consagrado, a denominação "acidente" é inadequada, por sugerir que é um evento fortuito e casual. Na maioria dos casos, são eventos potencialmente previsíveis e preveníveis. São sempre um alerta sobre as condições de trabalho.

Geralmente chegam para atendimento pelas eAB/eSF os acidentes de trabalho menos graves, cuja ocorrência costuma ser preditor de casos mais graves.

De acordo com a definição adotada pelo Sinan na Ficha de Investigação Acidente de Trabalho Grave, "são considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o(a) trabalhador(a) estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de 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".

ATENÇÃO

*Acidente de trabalho fatal: é quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.

*Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (politraumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos cranioencefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

*Acidentes de trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de 18 anos.

Fonte: adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Notificação de Acidentes do Trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. (Brasília, 2006) – Saúde do Trabalhador – [Protocolos de Complexidade Diferenciada no. 2].

É importante ressaltar que, nos casos de AT com óbito, o tempo estipulado de 12 horas após o acidente para considerá-lo fatal é, na prática, variável. O óbito pode ocorrer em até dias ou meses após o acidente. Nesses casos, se a notificação no Sinan for feita após se ter conhecimento do óbito, será registrado como AT com óbito. Se for algum tempo após, a ocorrência do óbito poderá ser registrada como desfecho, após a investigação, no fechamento do caso no sistema. Em geral, acompanhar o caso até o seu encerramento é uma tarefa da equipe de vigilância em saúde.

Importante destacar que os ATs envolvendo crianças e adolescentes devem ser notificados e investigados como AT graves independentemente da gravidade do tipo e natureza da lesão. Além disso, considerando que estar trabalhando já é uma situação não aceitável para crianças e adolescentes, ou seja, configura uma situação de violência, também deve ser registrada na ficha específica de violência do Sinan.

Seguindo uma nomenclatura anteriormente utilizada pela Previdência Social, também o SUS especifica os acidentes de trabalho como AT típicos e AT de trajeto. Essa forma de classificação, acrescida da especificação dos tipos de circunstâncias, auxilia na adoção das distintas abordagens de proteção e de prevenção.

Os **ATs Típicos** são aqueles que ocorrem durante o exercício da própria atividade de trabalho, no ambiente de trabalho. Por exemplo: queda de andaime em trabalhador(a) da Construção Civil; choque elétrico em obra, em outro estabelecimento, em conserto de linha de transmissão; acidentes com máquinas e equipamentos etc.

São considerados **Acidentes de Trajeto** aqueles que ocorrem no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção. Nele estão incluídos tanto os acidentes de transporte como outros acidentes e violências interpessoais. No caso de motoristas profissionais de táxis, caminhões e ônibus, mototaxistas, entregadores de encomendas, que utilizam motocicletas, conhecidos como "motoboys", trabalhadores(as) de empresas de eletricidade e de telefonia, vendedores(as) ambulantes e outros, que têm a rua como espaço de trabalho, os acidentes de trânsito (colisões, atropelamentos e outros) são considerados acidentes de trabalho típicos de suas atividades, e não de trajeto.

Outro grupo de acidentes de importância crescente são as diversas formas de violência no trabalho, que se expressam desde agressões verbais, assédio moral, assédio sexual, agressões físicas, suicídios e homicídios. Essas violências atingem inúmeras categoriais profissionais, sendo os grupos mais expostos os policiais civis e militares, guardas de trânsito, guardas penitenciários, vigilantes; profissionais da Educação e da Saúde, entre outros.

Os fatores mais comuns responsáveis pela ocorrência de AT são: improvisação e arranjo físico inadequado do espaço de trabalho; falta de proteção em máquinas perigosas e obsoletas; ferramentas defeituosas; possibilidade de incêndio e explosão; exigência de esforço físico intenso, como levantamento manual de peso, posturas e posições anômalas. A esses fatores se somam a pressão das chefias por produtividade, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimentos, jornadas de trabalho extensas, com horas extras em excesso; ausência de pausas, trabalho noturno ou em turnos, que predispõem o(a) trabalhador(a) a se acidentar. Também a presença de animais peçonhentos; substâncias tóxicas nos ambientes de trabalho podem ocasionar acidentes do trabalho, entre outras.

PARA REFLETIR

Você se lembra de casos de ATs ocorridos com trabalhadores(as) no território em que atua? Que tipo de acidente é mais frequente?

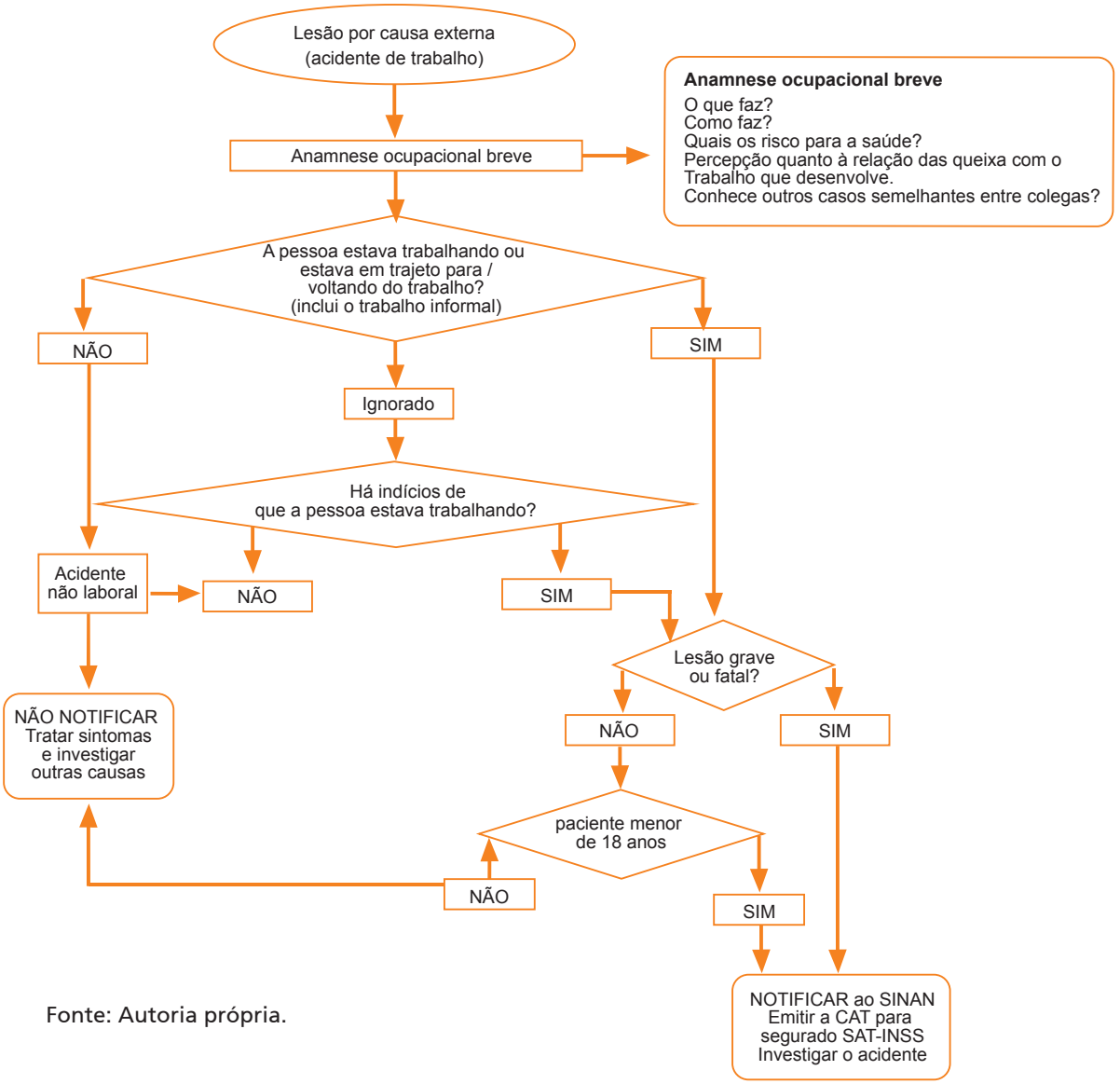
- Entre os acidentes de trajeto quais são os mais frequentes? Que meios de transporte esses trabalhadores(as) utilizavam: a pé? bicicleta? motocicleta? outros veículos automotores ou meios de transporte?
- São frequentes acidentes envolvendo motociclistas profissionais?
- Você tem registro de episódios de violência ocorridas no trabalho que se enquadram no conceito de "acidentes de trabalho"?

Na investigação de outras causas de Lesões por Causas Externas, que não o acidente laboral, a eAB/eSF deve estar atenta para situações de violência interpessoal/autoprovocada, agravo este de notificação compulsória, em conformidade com a definição presente na respectiva ficha de notificação e investigação do Sinan:

> Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, **trabalho escravo**, **trabalho infantil**, **tortura**, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (grifo dos autores).

A seguir, apresenta-se o fluxograma de manejo dos ATs pelas eAB/eSF.

Figura 3 – Fluxograma 1 – Manejo dos Acidentes de Trabalho pelas equipes de Atenção Básica/ equipes de Saúde da Família.



Fonte: Autoria própria.

PARA SABER MAIS, LEIA:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Notificação de Acidentes do Trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Brasília, 2006 – Saúde do Trabalhador – [Protocolos de Complexidade Diferenciada n.o 2].

Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf>.

3.4 Doenças Relacionadas ao Trabalho

São doenças produzidas ou que têm seu curso modificado, antecipado ou agravado pelas condições de trabalho como apresentado no Capítulo 1. É importante lembrar-se de que não é preciso ter vínculo empregatício formal, carteira de trabalho assinada para se caracterizar a doença como sendo provocada pelo trabalho. Todo(a) trabalhador(a), urbano e rural, formal e informal, celetista ou estatutário, está sujeito a adoecer em decorrência do trabalho (BAHIA, 2014).

3.4.1 Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho – LER/Dort

CASO 4 – O caso Josefa

Durante visita domiciliar, o ACS Rafael encontrou D.Josefa, 43 anos, viúva, negra, ensino fundamental incompleto, mãe de cinco filhos, que quando questionada sobre seu estado de saúde, reclamou que estava em casa, sem condições de ir trabalhar em decorrência de dor intensa no braço direito, contínua e persistente, com sensação de peso e diminuição de sensibilidade na mão direita, e dificuldade para realizar qualquer movimento. Queixou-se ainda de insônia que, segundo ela, provoca cansaço e irritação durante o dia. Relatou que vinha sentindo dor e limitações há algum tempo, obtendo certo alívio com o uso de anti-inflamatório, porém com repercussões sobre sua produção diária, e dificuldade para realização de horas extras, que proporcionavam aumento na renda mensal da família. Relata que ficou incapaz para o trabalho há uma semana. Ela trabalha há 25 anos como empacotadora na indústria alimentícia, em jornada de cerca de nove horas diárias (horas extras), seis dias na semana, em posição sentada, em uma tarefa que exige movimentos repetitivos dos membros superiores, sob grande pressão de tempo, para atender às metas de produção estabelecidas, o que a impede de fazer as pausas recomendadas. Informa haver outros(as) trabalhadores(as) com as mesmas queixas na empresa.

Em discussão com a eSF, o ACS relacionou as queixas clínicas de Josefa com a sua atividade de trabalho, e ressaltou o agravamento da situação financeira da família por se encontrar impedida de trabalhar, o que agrava o estresse emocional e a insônia. Foi agendada uma consulta médica e sugerida discussão deste caso com a equipe do NASF-AB, do Cerest ou da Referência Técnica em Saúde do(a) Trabalhador(a).

3.4.1.1 O que é LER/Dort?

LER/Dort são agravos relacionados ao trabalho decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, sem que haja tempo para sua recuperação fisiológica. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, sensação de peso e fadiga, limitação funcional, parestesia, geralmente acompanhada de sofrimento psíquico, dificuldades nas atividades da vida diária e incapacidade laboral.

Constitui um problema de saúde com alta prevalência, sendo motivo frequente de busca de assistência nos serviços de saúde, com implicações nos campos do trabalho, emprego e seguridade social, em decorrência da incapacidade laboral temporária ou permanente gerada.

As LER/Dort possuem etiologia multifatorial complexa e resultam de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais, que geram sobrecarga osteomuscular, seja pela utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos com ou sem exigência de esforço localizado, seja pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado, particularmente quando essas posições exigem esforço ou resistência das estruturas musculoesqueléticas contra a gravidade. Esses múltiplos fatores de risco, envolvendo aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho, interagem e podem ter efeito sinérgico, agravando a situação.

Elas aparecem na "Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho", tanto no Grupo VI (Doenças do Sistema Nervoso Relacionadas com o Trabalho) quanto no Grupo XIII (Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo Relacionadas com o Trabalho) da CID-10 e abrangem os seguintes quadros nosológicos (Quadro 8).

Quadro 8 – As LER/Dort e respectivos códigos da CID-10, segundo a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho

CID-10	AGRAVO OU DOENÇA
G54	Transtornos do plexo braquial
G56	Mononeuropatias dos membros superiores
G57	Mononeuropatias do membro inferior
M19	Outras Artroses
M25.5	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor articular
M53.1	Síndrome Cervicobraquial
M54	Dorsalgia
M65	Sinovites e Tenossinovites
M70	Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional
M72.0	Fibromatose da Fascia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"
M75	Lesões do Ombro
M77	Outras entesopatias
M78.9	Outros transtornos especificados de tecidos moles

Fonte: (BRASIL, 2008). Lista Brasileira de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Atualmente, os fatores de risco e o adoecimento por LER/Dort estão presentes em quase todos os ramos e as atividades produtivas, com predominância de algumas delas. Entre os fatores de risco relacionados à repetição de movimentos, destaca-se a solicitação contínua de mesmo grupamento muscular na realização de uma tarefa ou quando movimentos de trabalho muito similares são repetidos por período considerável da jornada. A pressão por produtividade, relações de hierarquia muito rígidas, e competitividade exacerbada e estimulada pelos organizadores da produção, contribuem para agravar o quadro.

Ocupações e ou atividades que apresentam risco aumentado para desenvolvimento de LER/Dort (BRASIL, 2012):

- Embalagem de produtos e setores de controle de qualidade de indústrias diversas.
- Corte e processamento de carnes.
- Produção de alimentos industrial e artesanal.
- Costureiras e outras profissões da indústria de confecções, vestuário e calçados.
- Montadores(as) de componentes eletrônicos, do setor plástico, elétrico e metalúrgico.
- Trabalhadores(as) de lavanderias.
- Operadores(as) de caixa de supermercados e bancos .
- Cortadores(as) de cana.
- Digitadores(as).
- Teleatendentes.

A atenção à saúde do(a) trabalhador(a) de LER/Dort representa um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que envolvem quadros clínicos frequentemente crônicos, com repercussões socioeconômicas significativas, que necessitam de abordagem multidisciplinar e intersetorial e acompanhamento de longo prazo.

O conhecimento sobre a atividade/ocupação exercida e as condições em que é realizada é essencial. Entre os aspectos da organização do trabalho a serem considerados estão: duração da jornada, ausência de pausas, organização da produção, complexidade, exigência de habilidades sincronizada com esforço físico, excesso de controle, relações interpessoais, falta de perspectivas de carreira, estilo de gestão, características da cultura organizacional.

Como na maioria dos casos não se dispõe de um exame laboratorial ou de imagem que possa ser considerado "padrão ouro" para o diagnóstico, o raciocínio clínico-epidemiológico é fundamental para o estabelecimento da relação causal entre o trabalho e o adoecimento. Essa relação é mais facilmente identificada quando se trata de trabalhadores(as) em atividades reconhecidas como de alta incidência e/ou prevalência de LER/Dort.

Outro aspecto importante a ser considerado decorre da cronificação da sintomatologia, que requer acompanhamento com consultas periódicas, que criam ou reforçam a impressão de "não resolutividade". Saber reconhecer os avanços do tratamento, seja nas atividades da vida diária, seja no controle da sintomatologia, mostra-se importante tanto para o(a) trabalhador(a), quanto para a equipe de saúde.

Além do tratamento sintomático e acolhimento do(a) trabalhador(a), é necessário implementar mudanças nos locais de trabalho para eliminar ou reduzir as situações que determinam ou agravam o quadro clínico/incapacidade, de modo a possibilitar o retorno do(a) trabalhador(a) ao trabalho, na mesma ou em outra função/atividade, bem como prevenir a ocorrência de adoecimento de outros(as) trabalhadores(as). A prevenção de incapacidade e o retorno e reinserção no trabalho têm sido um desafio para o manejo das LER/Dort nos serviços de saúde.

A definição de plano de tratamento depende da presença de inflamação e/ou degeneração e de alterações sensitivas e/ou motoras e/ou edema. Também é importante considerar a presença de mal-estar e sofrimento psíquico gerados pela situação de trabalho, na gênese do adoecimento e em sua evolução.

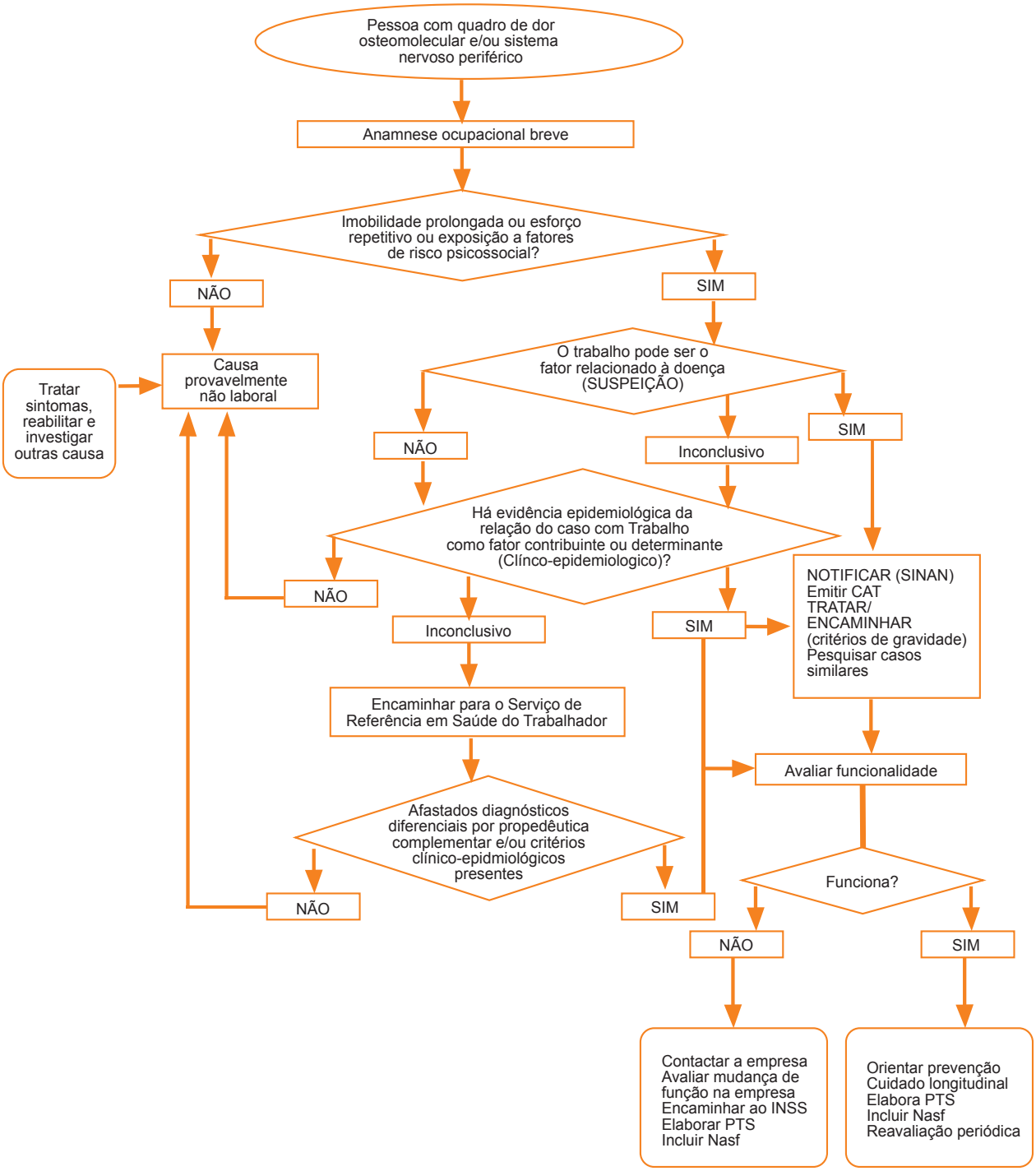
Face à sua complexidade, o tratamento das LER/Dort impõe abordagem multidisciplinar, com acompanhamento médico, fisioterápico, psicológico, atendimentos de profissionais da enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, entre outros.

O plano terapêutico básico inclui abordagens combinadas, a depender do caso e da resposta obtida, entre elas: afastamento das atividades laborais e extralaborais que exijam movimentos e posturas que sobrecarreguem o sistema osteomuscular; uso de anti-inflamatórios, não hormonais; colocação de gelo no local; fisioterapia; acupuntura; medicação homeopática; formação de grupos terapêuticos, incluindo atividades de informação, vivências, com cunho informativo-pedagógico--psicoterapêutico.

A prevenção das LER/Dort requer adoção de medidas para eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco, especialmente aqueles relacionados à organização do trabalho, mediante ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, com a participação dos(as) trabalhadores(as).

A seguir, apresenta-se o fluxograma de manejo dos casos de LER/Dort pelas eAB/eSF.

Figura 4 – Fluxograma 2: Manejo dos casos de LER/Dort pelas equipes de Atenção Básica



Fonte: Autoria própria.

PARA SABER MAIS, CONSULTE:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho**: Lesões por Esforços Repetitivos (LER): Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 68 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 10. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf>

INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS n.º 98/2003:
Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>e <http://www.prt21.mpt.gov.br/fepmat/inst_normativa.htm>.

3.4.2 Dermatose ocupacional ou relacionada ao trabalho

CASO 5

JCS, 45 anos, pedreiro procura a Unidade de Saúde com queixa de prurido intenso nas mãos, rachadura que sangra, que o estão impedindo de trabalhar. Trabalha há três meses em uma construtora de pequeno porte, como pedreiro de acabamento, assentando azulejos e pisos, atualmente sem registro na carteira profissional. Trabalha na construção civil desde os 12 anos, tendo começado como ajudante. Sabe do problema causado pelo cimento, mas tem grande dificuldade para trabalhar com luvas, pois acha que elas "atrasam o trabalho" e reduzem a produção.

Já fez uso de muitas pomadas que no início melhoravam o quadro, mas atualmente não observa mudança. Há cerca de uma semana, está sem trabalhar e está preocupado com a situação financeira da família. O exame físico das mãos revela edema de ambas as mãos, espessamento da pele e unhas, fissuras.

3.4.2.1 O que é dermatose ocupacional ou relacionada ao trabalho?

As dermatoses relacionadas ao trabalho, também conhecidas como "dermatoses ocupacionais", são doenças da pele, mucosas ou seus anexos (cabelo, pelos, unhas), direta ou indiretamente causadas, condicionadas, mantidas ou agravadas pelas condições de trabalho e/ou por agentes presentes nas atividades ou no ambiente de trabalho.

As dermatoses ocupacionais são determinadas pela interação de dois grupos de fatores:

- predisponentes ou causas indiretas, como idade, sexo, etnia, antecedentes mórbidos e doenças concomitantes, fatores ambientais, como o clima (temperatura, umidade), hábitos e facilidades de higiene;
- causas diretas constituídas pelos agentes biológicos, físicos, químicos ou mecânicos presentes no trabalho que atuariam diretamente sobre o tegumento, produzindo ou agravando uma dermatose preexistente.

As dermatoses reconhecidas na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho são apresentadas no Quadro 9.

Quadro 9 – As dermatoses relacionadas ao trabalho e respectivos códigos da CID-10, segundo a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho

CID-10	AGRAVOS E DOENÇAS
L08.9	Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas Complicações Infecciosas
L23.	Dermatites Alérgicas de Contato
L24.	Dermatites de Contato por Irritantes
L50.6	Urticária de Contato
L55.	Queimadura Solar
L56.	Outras Alterações Agudas da Pele devidas à Radiação Ultravioleta
L56.2	Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque)
L56.3	Urticária Solar
L56.8	Outras Alterações Agudas Especificadas
L56.9	Outras Alterações sem outra Especificação
L57.	Alterações da Pele devidas à Exposição Crônica a Radiação Não Ionizante
L57.0	Ceratose Actínica
L57.8	Dermatite Solar, "Pele de Fazendeiro", "Pele de Marinheiro"
L58.	Radiodermatites (Aguda, Crônica, Não Especificada)
L70.8	Outras Formas de Acne: Cloracne
L72.8	Outras Formas de Cistos Foliculares da Pele e do Tecido Subcutâneo: Elaioconiose ou Dermatite Folicular
L81.4	Outras Formas de Hiperpigmentação pela Melanina: Melanodermia
L81.5	Leucodermia Não Classificada em outra Parte (Inclui Vitiligo Ocupacional)
L81.8	Porfiria Cutânea Tardia
L85.1	Ceratose Palmar e Plantar Adquirida ()
L98.4	Úlcera Crônica da Pele Não Classificada em outra Parte
T33	Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérnio

Fonte: (BRASIL, 2005, adaptado). Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Para o diagnóstico de uma dermatose relacionada ao trabalho e o estabelecimento do plano terapêutico é importante considerar:

- Quadro clínico.
- História de exposição ocupacional, observando-se concordância entre o início do quadro e o início da exposição, bem como a localização das lesões em áreas de contato com os agentes suspeitos.
- Melhora com o afastamento e piora com o retorno ao trabalho.
- Teste epicutâneo positivo, nos casos de dermatites de contato por sensibilização.

Os testes epicutâneos constituem uma ferramenta auxiliar para a investigação de processos alérgicos, porém seus limites e regras para execução devem ser estritamente observados. Não devem ser utilizados como critério exclusivo para o diagnóstico e podem apresentar complicações, como iatrogenia ou agravamento do quadro.

Outros recursos propedêuticos, como os exames laboratoriais e histopatológicos, podem contribuir para o diagnóstico das dermatoses ocupacionais, porém, nenhum desses recursos substitui uma história clínica bem colhida, o exame físico cuidadoso e o conhecimento, por parte do profissional que atende. É importante o profissional que atende o(a) trabalhador(a) estar alerta, dos principais produtos e alergênicos, potencialmente presentes no trabalho, capazes de provocar dermatoses.

Apesar das dermatoses ocupacionais serem muito frequentes entre os(as) trabalhadores(as), é difícil estimar sua real prevalência. O sub-registro decorre de práticas de automedicação das dificuldades para firmar o diagnóstico e estabelecer a relação com o trabalho e da falta de notificação do agravo. Cerca de 80% das dermatoses ocupacionais são produzidas pela exposição aos agentes químicos, substâncias orgânicas e inorgânicas, irritantes e sensibilizantes. A maioria é de tipo irritativo e um menor número é de tipo sensibilizante. As dermatites de contato são as dermatoses ocupacionais mais frequentes. Estima-se que, juntas, as dermatites alérgicas de contato e as dermatites de contato por irritantes representem cerca de 90% dos casos das dermatoses ocupacionais. Apesar de, na maioria dos casos, não produzirem quadros considerados graves, com frequência, são responsáveis por desconforto, prurido, ferimentos, traumas, alterações estéticas e funcionais que interferem na vida social e no trabalho.

Os quadros dermatológicos, com frequência acarretam desconforto e mal-estar para o(a) trabalhador(a), em decorrência dos sintomas, como o prurido (coceira, comichão), e pela localização em áreas ou regiões do corpo expostas produzindo constrangimento, vergonha, e do desvio dos padrões estéticos culturalmente aceitos. Também podem levar à incapacidade laboral e/ou para a vida social e familiar, como no caso da presença de lesões na mão, ou nas unhas das mãos, como, por exemplo, nas onicomicoses das lavadeiras, dos(as) cozinheiros(as), dos lavadores de louça. Além disso, podem apresentar risco de transmissão a outras pessoas, como nas infecções bacterianas ou piodermites secundárias a dermatites de contato.

As frequentes recidivas dos quadros de dermatite alérgica de contato (DAC), como as que acometem os pedreiros e outros(as) trabalhadores(as) da Construção Civil, quando se sensibilizam pelo cimento (ou componentes do cimento, principalmente o cromo) ampliam as dificuldades para o manejo dos casos.

É importante que o profissional que atende o(a) trabalhador(a) esteja alerta quanto à possibilidade de cronificação e agravamento que resultam em lesões profundas, extensas ou complicadas, alopécia grave, sinais de escarificação, retração da pele e lesões sugestivas de câncer.

A partir da confirmação ou mesmo suspeita do diagnóstico da doença e da sua relação com o trabalho deverá ser avaliada a necessidade de afastamento (temporário ou permanente) do(a) trabalhador(a) da exposição, do setor de trabalho ou do trabalho como um todo. Esse procedimento deverá ser adotado mesmo antes da confirmação do diagnóstico, diante de uma forte suspeita.

O desconhecimento ou o conhecimento/informação deficiente ou equivocado por parte dos(as) trabalhadores(as) quanto aos perigos e riscos para sua pele e anexos (cabelo, pelos e unhas) presentes nos locais de trabalho e do descaso pelas medidas de prevenção, bem como

a negligência dos empregadores, principalmente em micro e pequenos estabelecimentos de trabalho, dificultam ainda mais a prevenção.

A decisão quanto ao retorno ao trabalho, particularmente quando o(a) trabalhador(a) está sensibilizado(a) por substâncias alergênicas presentes nas atividades de trabalho, como, por exemplo, o(a) trabalhador(a) da Construção Civil com dermatite alérgica de contato por contaminantes do cimento que não pode retornar ao posto que ocupava anteriormente, é agravada pela ausência ou insuficiência de programas institucionais de reabilitação profissional e reinserção no trabalho.

O tratamento varia de acordo com a causa e a gravidade das lesões. Medicamentos tópicos, como pomadas e cremes contendo corticoides, picrato de butesin, antimicóticos, prometazina, entre outros, se mal utilizados, podem produzir iatrogenia, causando sensibilização ou agravando o quadro preexistente. O mesmo se aplica à medicação sistêmica, com utilização indiscriminada de anti-histamínicos, antibióticos e corticoides por via oral e parenteral.

A prevenção das doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionadas ao trabalho baseia-se na Visat e apoia-se em conhecimentos médico-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas, e valoriza a percepção dos(as) trabalhadores(as) sobre o trabalho e a saúde. Esses procedimentos podem ser resumidos em:

- Reconhecimento das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e biológicos ou fatores de risco, decorrentes da organização do trabalho, potencialmente causadores de doença.
- Identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados.
- Acompanhamento e registro da evolução do caso, particularmente se houver agravamento da situação clínica com o retorno ao trabalho.
- Notificação do agravo ao sistema de informação do SUS para que sejam desencadeadas ações de vigilância epidemiológica, para identificação de outros casos, por meio de busca ativa na mesma empresa ou no ambiente de trabalho ou em outras empresas do mesmo ramo de atividade na área geográfica.
- Caso possível e necessário, completar a identificação do agente agressor (físico, químico ou biológico) e das condições de trabalho determinantes do agravo e de outros fatores de risco contribuintes por meio da inspeção no ambiente de trabalho do usuário(a)-trabalhador(a) que pode ser estendido a outras empresas do mesmo ramo de atividade na área geográfica, procurando identificar os fatores de risco para a saúde, as medidas de proteção coletiva e os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados.
- Orientação de medidas visando à eliminação ou à redução da exposição aos fatores de risco e de promoção e proteção da saúde do(a) trabalhador(a).
- A proteção da saúde e a prevenção da exposição aos fatores de risco envolvem medidas de engenharia e higiene industrial, mudanças na organização e gestão do trabalho para eliminar ou diminuir a exposição e de controle médico de trabalhadores(as) expostos(as), entre elas: a diminuição do tempo de exposição e do número de trabalhadores(as) expostos(as).

- Informação e comunicação dos riscos aos(às) trabalhadores(as); utilização de EPI, especialmente óculos e máscaras adequadas a cada tipo de exposição.
- Os locais onde houver exposição a substâncias químicas perigosas devem dispor de acesso fácil à água corrente, quente e fria, em abundância, com chuveiros, torneiras, toalhas e agentes de limpeza apropriados. Podem ser necessários banhos por mais de uma vez por turno e troca do vestuário em caso de respingos e contato direto com essas substâncias.

Quando necessário, podem ser utilizados sabões ou sabonetes para limpeza de áreas expostas, neutros ou os mais leves possíveis. Nunca devem ser usados solventes, como querosene, gasolina, *thinner*, para limpeza da pele; pois eles dissolvem a barreira cutânea (camada protetora de gordura da pele), induzem à dermatite irritativa e predispõem à dermatite de contato.

O uso de creme hidratante nas mãos é recomendado, especialmente se for necessário lavá-las com frequência. Os uniformes e os aventais têm a finalidade de bloquear o contato da substância com a pele e devem estar limpos e serem lavados e trocados diariamente. A roupa deve ser escolhida de acordo com o local da pele que necessita de proteção e com o tipo de substância química envolvida, incluindo luvas de diferentes comprimentos, sapatos e botas, aventais e macacões, de materiais diversos: plástico, borracha natural ou sintética, fibra de vidro, metal ou combinação de materiais.

Os cremes protetores ou cremes de barreira oferecem menos proteção do que as roupas, mas podem ser úteis nos casos em que, por motivos de segurança ou tipo de tarefa, não é possível o uso de luvas. Esses cremes devem ser aplicados na pele limpa e removidos sempre que a pele ficar excessivamente suja ou no final do turno, e então reaplicados.

O uso apropriado desses cremes não só protege a pele como induz o(a) trabalhador(a) a lavar-se, pelo menos, duas vezes durante o turno de trabalho, lembrando que alguns constituintes desses cremes, como lanolina, propileno glicol e protetores solares, podem induzir a dermatites de contato.

Especial atenção deve ser dada à recomendação de utilização de filtros solares em trabalhadores(as) com exposição prolongada ao sol, incluindo os(as) ACS.

Sobre o uso de luvas, é importante lembrar-se de que as de borracha natural são impermeáveis à maioria dos compostos aquosos, porém se deterioram após exposição a ácidos e bases fortes. Os sais de níquel penetram na borracha, mas não em luvas de policloreto de vinila (PVC). As borrachas sintéticas são mais resistentes a álcalis e solventes; algumas são alteradas por solventes hidrocarbonetos clorados. É recomendável utilizar luvas de algodão por dentro das luvas sintéticas, para maior proteção das mãos.

Quadro 10 – Principais fatores ou "causas diretas" das dermatoses relacionadas ao trabalho

Agentes químicos: "irritantes" (por exemplo: cimento, solventes, óleos de corte, detergentes, ácidos, bases ou álcalis, entre outros) ou "alergênicos" (aditivos da borracha, níquel, cromo e cobalto como contaminantes do cimento, resinas, madeiras etc.).

Agentes físicos: radiações ionizantes, radiações não ionizantes, calor, frio, eletricidade, exposição direta ao sol, entre outros.

Agentes biológicos: bactérias, fungos, leveduras, vírus, insetos, plantas e madeiras, entre outros.

Fonte: Adaptado pelos autores de DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO RELACIONADAS AO TRABALHO. Cap 17 . in: BRASIL. doenças relacionadas ao trabalho : Manual de procedimentos para os serviços de saúde.\Brasilia, 2001. pág.387-424. disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf

Quadro 11 – Condições de trabalho possivelmente associadas às ocorrências de dermatoses relacionadas ao trabalho

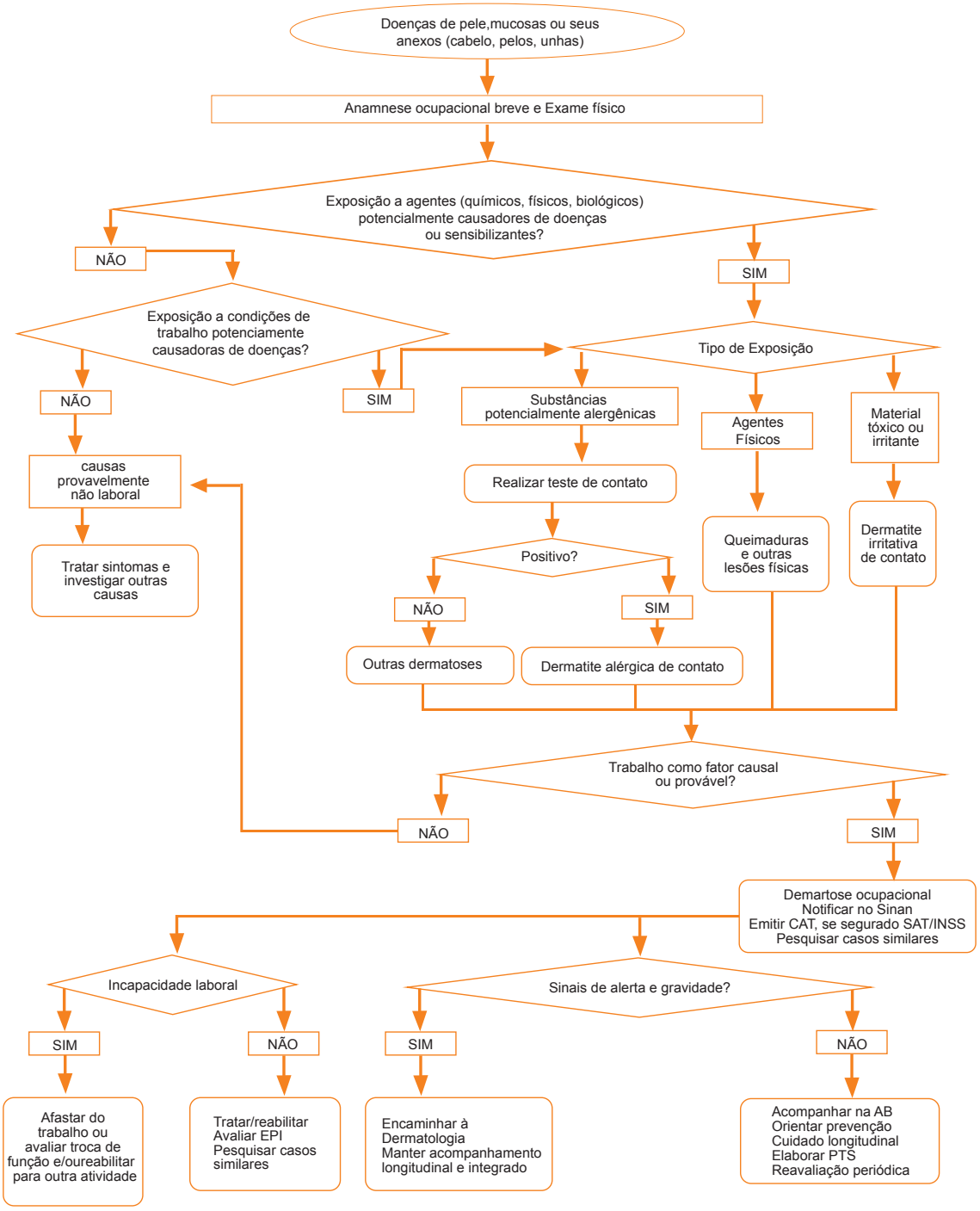
Ritmos de trabalho intensos e/ou jornadas de trabalho longas e excessivas: produção de sudorese, sem ventilação ou aeração, sem possibilidade de banhos (pelo ritmo e duração, ou ausência de chuveiros no trabalho).

- Ambientes quentes e úmidos: lavanderias, cozinhas de restaurantes ou cozinhas industriais etc.
- Ambientes excessivamente frios: frigoríficos, preparação de alimentos etc.
- Trabalho que obrigue a molhar constantemente mãos ou pés: lavagem e limpeza de peixes, preparação de alimentos, postos de lavagem de veículos etc.
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pesados, inadequados, impermeáveis, de má qualidade, não regularmente higienizados, como o caso de botas de borracha e não utilizados, como o caso de luvas, por exemplo.

Fonte: Adaptado pelos autores de DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO RELACIONADAS AO TRABALHO. Cap 17 . in: BRASIL. doenças relacionadas ao trabalho : Manual de procedimentos para os serviços de saúde.\Brasilia, 2001. pág.387-424. disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf

A seguir, apresenta-se o fluxograma de dermatoses.

Figura 5 – Fluxograma 3 – Manejo dos casos de dermatoses ocupacionais pelas equipes de Atenção Básica



Fonte: Autoria própria.

PARA SABER MAIS, CONSULTE:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Dermatoses ocupacionais. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 92 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 9. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_dermatoses.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2001. Cap. 17. Disponível em : <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>.

3.4.3 Transtornos mentais relacionados ao trabalho

CASO 6

Leonardo, 46 anos, professor, chega reclamando de esquecimento que está prejudicando a sua vida funcional. Ele dá aulas pela manhã na escola estadual e à noite na universidade. Ultimamente, está tendo lapsos importantes de memória que fizeram com que perdesse prazos de entrega de produtos importantes e até mesmo fracassasse num concurso para progressão acadêmica. Tem medo disso estar relacionado ao consumo de álcool, que faz como bebedor nocivo, ingerindo grandes quantidades aos fins de semana. O Médico de Família percebe a situação como uma síndrome de Burnout, mas tem dificuldades em tomar decisões quanto ao afastamento do trabalho. Na dúvida, ele dá ao professor um atestado de 15 dias de afastamento e o orienta a procurar o INSS para pedir afastamento, de posse de um relatório simplificado que contém a doença, o CID e o relato das condições de trabalho. O médico aproveita para fazer aconselhamento quanto ao consumo de álcool e pede exames de função hepática e pancreática.

O tema do sofrimento e do adoecimento mental relacionados ao trabalho vem recebendo atenção crescente pelo aumento da frequência em amplo espectro de ocupações e por não se dispor de procedimentos padronizados para orientar a condução das situações e dos problemas. A invisibilidade das cargas psíquicas presentes no trabalho e as dificuldades para se estabelecer a relação com o sofrimento e ou adoecimento do(a) trabalhador(a) tem desafiado os profissionais responsáveis pelo cuidado destes(as) trabalhadores(as). O sofrimento psíquico refere-se aos sentimentos de angústia relacionados a situações de trabalho, podendo destacar dois fatores relevantes: a perda do sentido subjetivo do trabalho e a falta de reconhecimento social pelo trabalho realizado.

3.4.3.1 O que são Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho?

Os danos provocados pelo trabalho sobre a saúde mental dos(as) trabalhadores(as) podem decorrer de múltiplos fatores, entre eles, da exposição aguda ou permanente a agentes químicos e substâncias tóxicas, de fatores agressores presentes na organização e no gerenciamento do processo produtivo. As mudanças tecnológicas e da organização do trabalho que sustentam os processos de reestruturação produtiva na atualidade são responsáveis pelo aumento da frequência e do surgimento de novas formas de adoecimento, ainda pouco conhecidos.

Entre os aspectos relacionados à organização do trabalho, destacam-se a pressão pelo desempenho e por produtividade, os mecanismos de controle, tarefas fragmentadas, ritmo de trabalho acelerado, falta de controle sobre a execução da tarefa, divisão entre planejamento e execução, longas jornadas de trabalho, com poucas pausas, turnos alternados, trabalho noturno, ritmo intenso, modos de gerenciamento rígidos, desrespeitosos, pouco flexíveis e/ou excessivamente normatizados, que não consideram as diferenças e vulnerabilidades dos(as) trabalhadores(as). As condições físicas, químicas, térmicas e psicossociais de trabalho também podem ser determinantes de sintomatologia psicopatológica. As características da organização do trabalho têm sido apontadas como determinantes de sofrimento psíquico e adoecimento mental relacionado ao trabalho.

O estímulo à competitividade e à individualidade contribui para a quebra da solidariedade entre os pares, reconhecida como protetora da saúde. O assédio moral é um risco psicossocial com alto potencial para causar danos ao(à) trabalhador(a) e e aos(às) colegas de trabalho (testemunhas), produzindo manifestações físicas e psicológicas, como, por exemplo, episódios depressivos, alcoolismo crônico, transtornos do sono e síndrome de Burnout ou de esgotamento profissional.

A violência também desempenha papel importante na ocorrência de transtornos mentais. Situações de agressões no trabalho decorrentes da violência urbana (assaltos) podem contribuir para o surgimento de transtornos ansiosos, com destaque para o estado de estresse pós-traumático, envolvendo diversas categorias, entre eles bancários(as), comerciários(as), taxistas, motoristas de transporte de carga ou de valores, vigilantes, e trabalhadores(as) de saúde.

Ocupações socialmente desprestigiadas ou rejeitadas, situações de trabalho perigoso, de grande exigência de atividade mental, de trabalho monótono, em isolamento do convívio humano, em afastamento prolongado do lar apresentam maior frequência de casos de alcoolismo crônico relacionado ao trabalho.

É importante lembrar-se de que pode ocorrer a concomitância com outros agravos, entre eles, os acidentes de trabalho e a dor crônica no caso dos Dort, com sofrimento ou o adoecimento mental do(a) trabalhador(a). Também a situação de desemprego e suas consequências, como perdas de condições materiais de vida e do significado social podem constituir ou agravar o sofrimento mental.

A exposição a alguns metais pesados e solventes pode ter ação tóxica direta sobre o sistema nervoso, determinando distúrbios mentais e alterações do comportamento, que se manifestam por irritabilidade, nervosismo, inquietação, distúrbios da memória e da cognição, inicialmente pouco específicos e, por fim, com evolução crônica, muitas vezes irreversível e incapacitante.

Os acidentes de trabalho podem desencadear sofrimento e/ou adoecimento mental, de modo direto, como por exemplo, quando ocorre traumatismo cranioencefálico, com concussão e/ou contusão, ou indiretamente, quando a vivência do acidente determina um quadro psicopatológico como a síndrome de estresse pós-traumática, frequente em trabalhadores(as) vítimas de violência no local de trabalho como nos assaltos à agências bancárias e postos de gasolina, entre outros.

Contextos de trabalho particulares têm sido associados a quadros psicopatológicos específicos, como no caso do Burnout, síndrome caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e autodepreciação. Inicialmente relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência a pessoas, especialmente em situações economicamente críticas e de carência, a denominação vem sendo estendida a outras profissões que envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto problemas humanos de alta complexidade e determinação fora do alcance do(a) trabalhador(a), como dor, sofrimento, injustiça, miséria.

Quadro 12 – Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho e respectivos códigos da CID-10

F02.8	Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais
F05.0	Delirium, não sobreposto à demência, como descrita
F06.7	Transtorno cognitivo leve
F07.0	Transtorno orgânico de personalidade
F07.8	Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral
F09	Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado
F10.2	Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho)
F32	Episódios depressivos
F43.1	Estado de estresse pós-traumático
F48.0	Neurastenia (inclui síndrome de fadiga)
F48.8	Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional)
F51.2	Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos
Z73.0	Sensação de estar acabado (síndrome de Burnout, síndrome do esgotamento profissional)

Fonte: (BRASIL, 2005). Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

3.4.4 Manejo dos casos de Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho pelas equipes de Atenção Básica

A partir da confirmação do diagnóstico da doença e do estabelecimento de sua relação com o trabalho, devem ser desenvolvidas ações direcionadas ao(à) trabalhador(a) doente ou em sofrimento e ações coletivas, como mencionado anteriormente.

A relação causal entre os transtornos mentais e comportamentais e a condição relacionada ao trabalho pode ser classificada em:

- Categoria I de Schilling (trabalho como causa necessária), como, por exemplo, nos casos desencadeados pela exposição a substâncias químicas neurotóxicas ou em trabalhadores(as) vítimas de violência no trabalho.
- Categoria II de Schilling (trabalho como fator contributivo, mas não necessário), como na síndrome de Burnout e no alcoolismo crônico.
- Categoria III de Schilling (trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente), como em alguns casos de alcoolismo e do Transtorno do Ciclo Vigília-Sono.

O Quadro 13 apresentado a seguir resume os indicadores e parâmetros propostos pela Associação Médica Americana (AMA) quanto à disfunção ou deficiência causadas pelos transtornos mentais e do comportamento:

Quadro 13 – Indicadores e parâmetros propostos pela AMA quanto à disfunção ou deficiência causadas pelos transtornos mentais e do comportamento

LIMITAÇÕES EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: incluem atividades de autocuidado, higiene pessoal, comunicação, deambulação, viagens, repouso e sono, atividades sexuais, sociais e recreacionais.
EXERCÍCIO DE FUNÇÕES SOCIAIS: inclui a capacidade de conviver com membros da família, amigos, vizinhos, atendentes e balconistas no comércio, zeladores de prédios, motoristas de táxi ou ônibus, colegas de trabalho, supervisores(as) ou supervisionados(as), sem alterações, agressões ou sem o isolamento do indivíduo em relação ao mundo que o cerca.
CONCENTRAÇÃO, PERSISTÊNCIA E RITMO: referem-se à capacidade de manter a atenção focalizada o tempo suficiente para permitir a realização, em tempo adequado, de tarefas comumente encontradas no lar, na escola ou nos locais de trabalho.
DETERIORAÇÃO OU DESCOMPENSAÇÃO NO TRABALHO: referem-se a falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes; em ambientes de trabalho, podem incluir o atendimento de clientes, a tomada de decisões, a programação de tarefas, a interação com supervisores(as) e colegas.

Fonte: AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition. [Robert D. Rondinelli] (BRASIL, 2001).

Entre as dificuldades para o estabelecimento da relação entre o adoecimento ou sofrimento mental e o trabalho, destaca-se a naturalização ou banalização do sofrimento e/ou adoecimento, mesmo entre profissionais de saúde, o que, muitas vezes, se soma ao preconceito quanto à possibilidade de "simulação" ou "magnificação" dos sintomas por parte do(a) usuário(a)-trabalhador(a), na busca de "ganhos secundários". Nesses casos, aumenta o sofrimento do(a) trabalhador(a), que se vê sendo julgado(a) ou desacreditado(a) pelo(a) profissional de saúde em quem confia e de quem espera acolhimento, a cura ou alívio dos sintomas.

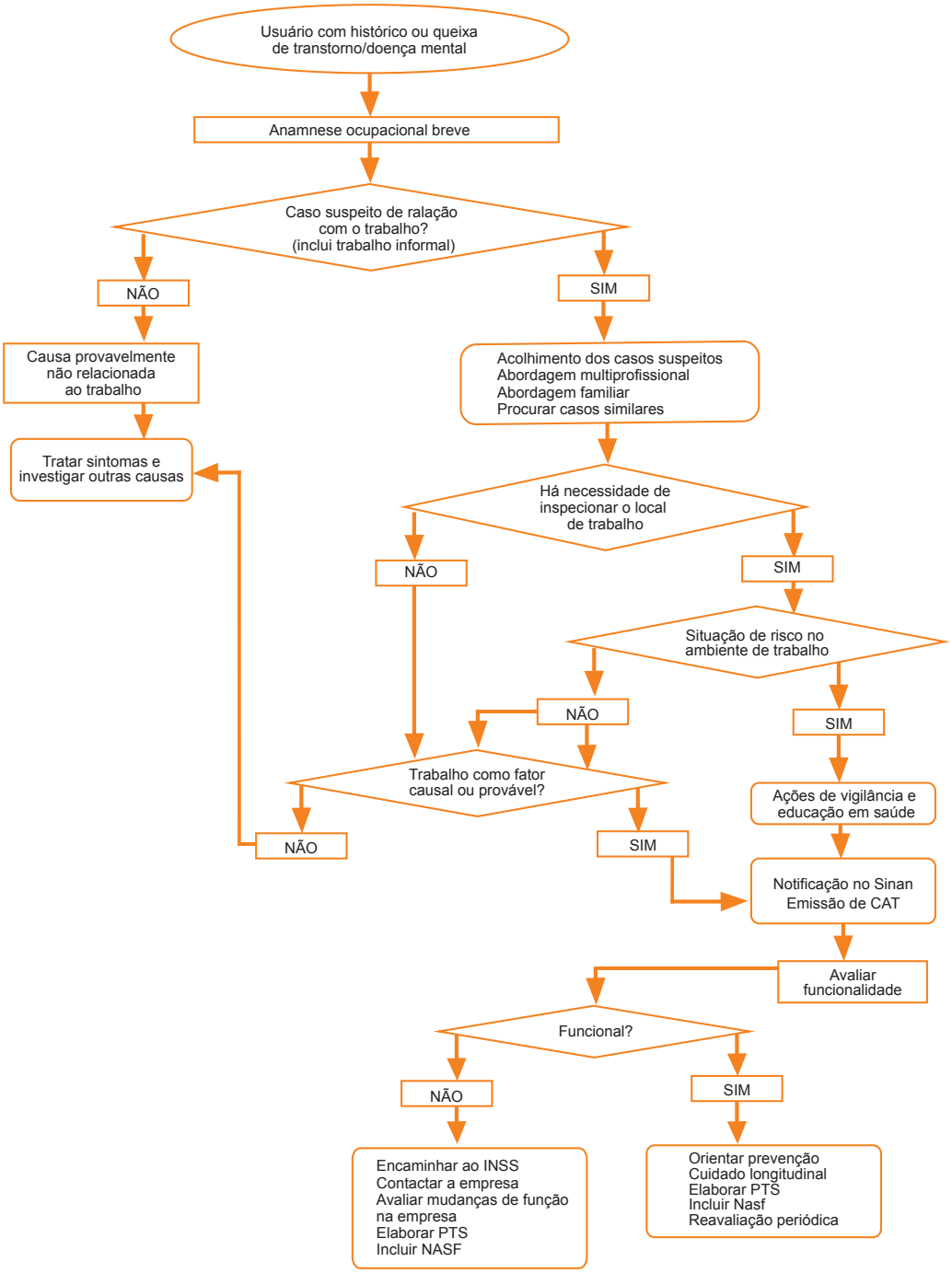
Outra dificuldade no âmbito da Atenção Básica decorre da falta de suporte e retaguarda técnica às equipes. As equipes dos NASF-AB desempenham um papel importante, assim como as dos Caps, dos Cerests, dos ambulatórios especializados e de outras redes do sistema público de apoio social e redes sociais e comunitárias.

A prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho baseia-se na vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho e valoriza a participação dos(as) trabalhadores(as). Entre as ações a serem desenvolvidas estão:

- Reconhecimento prévio das atividades e dos locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença.
- Identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados.
- Identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos(as) trabalhadores(as).
- Educação e informação aos(às) trabalhadores(as) e empregadores(as).

A seguir, apresenta-se o fluxograma para manejo dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Figura 6 – Fluxograma 4 – Manejo dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho pelas equipes de Atenção Básica



Fonte: Autoria própria.

PARA SABER MAIS, LEIA:

- ✓ Capítulo 10 da publicação do BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>.
- ✓ Caderno de Atenção Básica n.º 34 – Saúde Mental. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/Nasf.php>.
- ✓ Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Promoção da Saúde. CEREST. Salvador DIVAST, 2014. Disponível em:<www.vigilânciaemsaúde.ba.gov.br/saude_trabalhador>.

3.4.5 Silicose e outras doenças respiratórias causadas pela inalação de poeira de sílica

CASO 7

Em São Thomé das Letras (MG) e região, a exploração da pedra "São Thomé", também conhecida como pedra branca ou quartzito folhado, ocorre em escala crescente, representando a principal atividade econômica da região. Os quartzitos são rochas metamórficas que contêm de 70% a 95% de quartzo em sua estrutura e são largamente utilizadas no revestimento de paredes e assentamento de pisos de construções.

Embora a prevalência de silicose seja conhecida nas atividades de beneficiamento de outros minerais rochosos, como o granito e ardósia, são poucas as referências na literatura sobre a ocorrência de silicose nos(as) trabalhadores(as) envolvidos(as) na extração e no beneficiamento da pedra "São Thomé". Em 2008, segundo dados fornecidos pela Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE), a população total de expostos no mercado formal da região, excluindo empregados de setores administrativos, apontam para a existência de cerca de 1.200 trabalhadores(as) na extração, 800 no beneficiamento e um número expressivo no setor informal. É alta a rotatividade da mão de obra, uma vez que os(as) trabalhadores(as) migram e circulam entre as empresas de extração ou beneficiamento.

A visita a duas pedreiras e a uma empresa de beneficiamento da região revelou a exposição à poeira de sílica, principalmente nas atividades de beneficiamento da pedra, como serragem e polimento. Na extração, destacaram-se as atividades de perfurador e blaster (detonadores). Além da exposição à sílica, os(as) trabalhadores(as) enfrentam também outros riscos para a saúde, como ruído, vibração, exposição por longas horas à luz solar, adoção de posturas inadequadas, risco de explosões e desmoronamentos.

Foram identificados 185 trabalhadores(as) expostos à sílica em 34 diferentes empresas, de quatro municípios da região. Destes, 73 foram diagnosticados como casos de silicose suspeitos ou confirmados pelos serviços locais de saúde.

A caracterização da situação e a articulação para buscar soluções envolveram profissionais das eSF na região, o Serviço de Saúde do(a) Trabalhador(a) do Hospital das Clínicas da UFMG, médicos do trabalho das empresas, radiologistas dos serviços de saúde da região de São Thomé das Letras e Furnas-MG, representantes da Fundacentro, da SRTE/MG, do INSS, do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) e da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e trabalhadores

da mineração e da extração visando às ações institucionais para o enfrentamento do problema (ALMEIDA et al., 2011).

Muitos aspectos na situação descrita, envolvendo as relações entre o trabalho com exposição à poeira contendo sílica e o adoecimento de trabalhadores(as), são familiares no cotidiano das eAB/eSF em nosso país. Entre as questões que podem ser formuladas estão:

- Este é um problema no território de sua equipe? Quem e quantos são os(as) trabalhadores(as) expostos à sílica e/ou adoecidos?
- Que tipo de atividade produtiva eles(as) desenvolvem?
- Como acontece a exposição à sílica?
- Quais são as características da silicose e de outras doenças relacionadas à exposição à poeira contendo sílica?
- Como fazer o diagnóstico e o manejo clínico do(a) trabalhador(a) portador de silicose?
- Quais são os procedimentos decorrentes do diagnóstico de um caso de silicose no nível individual e coletivo?
- Como acompanhar os(as) trabalhadores(as) expostos e que não apresentam evidências de acometimento de doença?
- Com que recursos de saúde e quais são os fluxos de referência e contrarreferência para o cuidado desses(as) trabalhadores(as)?
- Com que tipo de suporte de outras instituições as equipes podem contar?

Estas são as principais questões que este texto pretende contribuir para responder.

3.4.6 Exposição à sílica: aspectos conceituais, clínicos e epidemiológicos

A inalação de poeira contendo sílica pode causar várias doenças, sendo a silicose a de maior importância epidemiológica e clínica para a Saúde Pública. São doenças evitáveis, porém irreversíveis, sem tratamento específico, que podem progredir para formas graves, levando à morte por insuficiência respiratória. Muitas vezes, acometem indivíduos jovens, interrompendo a capacidade laborativa, com sérios impactos socioeconômicos.

Além da silicose, a exposição à sílica pode levar ao desenvolvimento de tuberculose (TB), da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças autoimunes e câncer de pulmão, de forma independente da silicose, ou seja, podem ocorrer sem a existência concomitante da silicose, embora sejam mais comuns em sua presença (CARNEIRO; ALGRANTI, 2014).

As doenças respiratórias causadas pela inalação de poeiras constituem uma família de entidades mórbidas graves e complexas, evitáveis se adotados os meios de prevenção adequados e constituem um típico "problema de Saúde Pública". A elevada prevalência ainda é acompanhada pela incidência de casos novos, lembrado que as pneumoconioses têm ampla distribuição em nosso país.

O termo pneumoconiose designa, genericamente, todas as doenças pulmonares parenquimatosas causadas por inalação de poeiras, independentemente do processo

fisiopatogênico envolvido. São excluídas dessa denominação as alterações neoplásicas, as reações de vias aéreas, como asma e a bronquite, e o enfisema.

As pneumoconioses podem, didaticamente, ser divididas em fibrogênicas, como a asbestose e a silicose e não fibrogênicas, como a baritose, de acordo com o potencial da poeira em produzir fibrose reacional. Entretanto, existe a possibilidade de poeiras consideradas não fibrogênicas produzirem algum grau de fibrose dependendo da dose, das condições de exposição e da origem geológica do material (BRASIL, 2006).

A silicose pode se apresentar na forma de:

- Silicose crônica: manifesta-se após longo período de exposição, habitualmente superior a dez anos, caracterizada por fibrose progressiva do parênquima pulmonar.
- Silicose acelerada ou subaguda: decorre da exposição ocupacional a poeiras respiráveis com elevada concentração de sílica cristalina, manifestando-se entre cinco e dez anos do início da exposição.
- Silicose aguda: ocorre devido à exposição a grandes quantidades de poeiras de sílica recém-fraturadas, caracterizada por um dano alveolar difuso e exsudação de material eosinofílicolipoproteináceo no espaço aéreo e na inflamação intersticial, que se manifesta após meses ou poucos anos de exposição.

Entre as ocupações e os ramos de atividade de mais elevado risco para a ocorrência de silicose estão:

a) Indústria extrativa – mineração e atividades de extração, moagem e beneficiamento de pedras que contenham sílica, lapidação de pedras, artesanato e acabamento em mármore, ardósia, granito e outras pedras. Também ocorre na mineração de minerais não metálicos – como, por exemplo, a mica e feldspato.
b) Perfuração de rochas na construção de túneis, barragem e estradas.
c) Construção Civil – em várias etapas da obra como nas fundações, acabamento, corte de azulejos e de pedras, misturas de cimento e areia.
d) Jateamento de Areia – utilizada na limpeza, polimento e acabamento de peças, na opacificação de vidros, e em várias situações de manutenção. Apesar de proibida por lei, existe de forma clandestina.
e) Indústrias Cerâmicas – fabricação de pisos, azulejos, louças sanitárias, louças domésticas e outros. No setor de acabamento o risco é bem acentuado.
f) Produção, uso e manutenção de tijolos refratários, de vidros e de material abrasivo.
g) Escavação de poços.

Em trabalhadores(as) expostos à poeira de sílica, o risco de desenvolver a doença e a gravidade do quadro dependem de características da exposição e de fatores individuais relacionados à

suscetibilidade individual, entre eles:

- Concentração de sílica livre na fração respirável.
- Duração da exposição.
- Tamanho da partícula (partículas menores do que 2 micrometros são mais perigosas).
- Latência (tempo decorrido desde o início da exposição até a época do diagnóstico).
- Condição de superfície das partículas (tempo transcorrido de quebra das partículas e minerais associados).
- Forma de sílica livre (tridimita, cristobalita e quartzo).

A silicose apresenta forte correlação dose-resposta, ou seja, sua prevalência e gravidade crescem com o aumento da "dose" de sílica inalada, dada pela duração da exposição e concentração de sílica na fração respirável. A doença pode progredir mesmo após o afastamento da exposição, com maior probabilidade em trabalhadores que tiveram exposição excessiva e/ou apresentem quadros precoces e reação orgânica intensa. Assim, é estritamente contraindicada a manutenção do(a) trabalhador(a) na exposição após o diagnóstico da doença, pois pode favorecer a progressão e acarretar pior prognóstico.

No Brasil, o número de casos de silicose tem crescido observando-se a ocorrência de casos novos, significando que exposições a poeiras "fibrogênicas" continuam em níveis inaceitáveis. O impacto dessas doenças sobre a qualidade de vida dos(as) trabalhadores(as) acometidos é grande, gerando sofrimento para os indivíduos e famílias e custos sociais decorrentes da incapacidade laborativa, agravando a condição social e econômica do(a) trabalhador(a).

3.4.7 Manejo dos casos de pneumocosiose (silicose) pelas equipes de Atenção Básica

O diagnóstico de um quadro de silicose baseia-se em:

- História ocupacional de exposição à poeira de sílica.
- História clinica: a presença de sintomas respiratórios, tais como tosse e dispneia, facilita o diagnóstico, mas a ausência não exclui a possibilidade de doença.
- Achados radiológicos compatíveis – a confirmação dos casos, com ou sem sintomas é feita com o auxílio da radiografia simples de tórax, realizada e interpretada de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Entre as Provas de Função Pulmonar a espirometria, pela sua praticidade e acessibilidade é o exame mais importante na avaliação da disfunção provocada pelas pneumopatias. As principais medidas obtidas são: a Capacidade Vital Forçada (CVF), o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1), a relação do VEF1 com a CVF. Este exame exige cuidados especiais para sua realização e interpretação, de modo a evitar enganos pela utilização de parâmetros inadequados ou pela falta de cumprimento de critérios de qualidade, bem estabelecidos na literatura. Elas não têm aplicação direta no diagnóstico da silicose, mas são indispensáveis no estabelecimento de incapacidade nos pacientes em decorrência da doença.

Todo(a) trabalhador(a) exposto à poeira de sílica e/ou portador(a) de silicose deve realizar propedêutica para investigação de tuberculose. O II Consenso Brasileiro de Tuberculose e as Diretrizes Nacionais para Controle de Tuberculose recomendam a quimioprofilaxia da TB (tratamento da TB latente) para portadores de silicose, mesmo nos casos assintomáticos, com radiografia de tórax sem evidencias de lesões primárias e/ou secundárias, mas que sejam reatores fortes à Prova Tuberculínica (PPD), caracterizada por indução maior ou igual a 10 mm. Em raras situações, pode haver necessidade e ou indicação de realização de biópsia pulmonar.

Estabelecido o diagnóstico de silicose, ainda que não haja tratamento específico para a doença, é necessário elaborar o Plano Terapêutico ou Plano de Cuidado para o(a) trabalhador(a), considerando o estágio e a gravidade do caso, incluído o monitoramento e o tratamento precoce de comorbidades, como a TB e a DPOC, visando minimizar os sintomas da doença e melhorar a qualidade de vida do(a) trabalhador(a).

Conduta básica[2] :

O(a) trabalhador(a) deve ser afastado(a) da exposição à poeira de sílica, tanto aqueles(as) nos quais a doença já se manifestou quanto os(as) que ainda não apresentam nenhum sinal ou sintoma da doença, considerando a gravidade do quadro e as repercussões para a qualidade de vida.

A definição dos procedimentos e dos prazos de avaliação pode e deve ser modificada de acordo com peculiaridades de cada caso, e definidas pelo médico assistente. Os(as) trabalhadores(as) portadores(as) de silicose na forma aguda deverão ser encaminhados(as) para seguimento em centros especializados. Os(as) portadores(as) de forma acelerada podem ter evolução desfavorável e não necessariamente se encaixar na periodicidade de avaliação aqui proposta.

Os(as) trabalhadores(as) diagnosticados(as) como portadores(as) de doença tuberculosa devem seguir as recomendações de tratamento preconizadas pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Na presença de DPOC relacionada à sílica, o(a) trabalhador (a) deverá ser acompanhado(a) de acordo com a classificação de gravidade (A, B, C ou D) e receber medicação broncodilatadora, adaptada às necessidades individuais.

3.4.8 Ações educativas, de proteção e prevenção

Os(as) trabalhadores(as) devem ser orientados(as) a se afastarem da exposição à poeira de sílica e receber informações sobre a doença, seu curso e possíveis complicações. Entre as ações educativas, deve ser incentivada a adoção de estilos de vida promotores de saúde, com destaque para a cessação do uso do cigarro, no caso dos tabagistas. Outras medidas de proteção da saúde de trabalhadores(as) portadores(as) de silicose incluem:

[2] Protocolo elaborado pela Dra. Ana Paula Scalia Carneiro, coordenadora do Setor de Pneumopatias Ocupacionais do Serviço de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da UFMG.

a) vacinação anti-*influenza* e antipneumocócica para a redução das complicações;

b) mudanças nutricionais, uma vez que está bem estabelecida sua contribuição para uma evolução mais favorável do quadro.

No Brasil, os(as) portadores(as) de pneumoconiose foram incluídos no grupo de prioridade para a vacinação contra influenza e deve ser realizada anualmente. A vacinação antipneumocócica deve ser realizada em duas doses, com intervalo de cinco anos, nos indivíduos de 60 anos ou mais de idade, que vivem em instituições fechadas como: casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso. Nos indivíduos com menos de 60 anos de idade, a vacina está indicada em situações especiais e inclui os(as) portadores(as) de silicose, entre as pneumopatias crônicas.

3.4.9 Sobre a avaliação de incapacidade para o trabalho

Uma vez definido o diagnóstico de silicose ou de outra doença relacionada à exposição à sílica, o(a) trabalhador(a) deve ser orientado(a) quanto ao afastamento da exposição à poeira, sobre o curso da doença e se existe incapacidade para o trabalho. Se o(a) trabalhador(a) é segurado(a) pelo SAT-INSS, deve-se solicitar a emissão da CAT e proceder os encaminhamentos ao INSS. A emissão da CAT é de responsabilidade da empresa contratante, mas também pode ser feita pelos profissionais dos serviços de saúde, incluindo a Atenção Básica, pelo sindicato da categoria, pelo(a) próprio(a) trabalhador(a) ou familiar.

ATENÇÃO

"Incapacidade" é diferente de "disfunção":

Disfunção: é a redução da função do sistema respiratório, sendo habitualmente avaliada por testes de função pulmonar em repouso e exercício e por questionários de avaliação de sintomas, notadamente a dispneia. É tarefa primariamente médica.

Incapacidade: resulta da disfunção na vida do(a) usuário(a)-trabalhador(a) e se expressa pela impossibilidade de realizar adequadamente uma tarefa, no trabalho ou na vida diária. A incapacidade não é relacionada apenas a condições médicas, mas envolve fatores mais complexos, tais como idade, sexo, antropometria, educação, condição psicológica, socioeconômica e tipo de requerimento energético da ocupação, constituindo-se numa atribuição médico-administrativa.

Todos os casos diagnosticados de silicose devem ser registrados no Sinan. Se o(a) trabalhador(a) possui vínculo de trabalho formal, carteira de trabalho assinada e é segurado(a) pelo Seguro de Acidente do Trabalho do INSS, a CAT deve ser emitida, ainda que ele(a) não se encontre incapaz para o trabalho. O profissional médico deve preencher o relatório que assiste o(a) trabalhador(a), na empresa ou nos serviços de saúde, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar o nexo causal e o nexo técnico previdenciário.

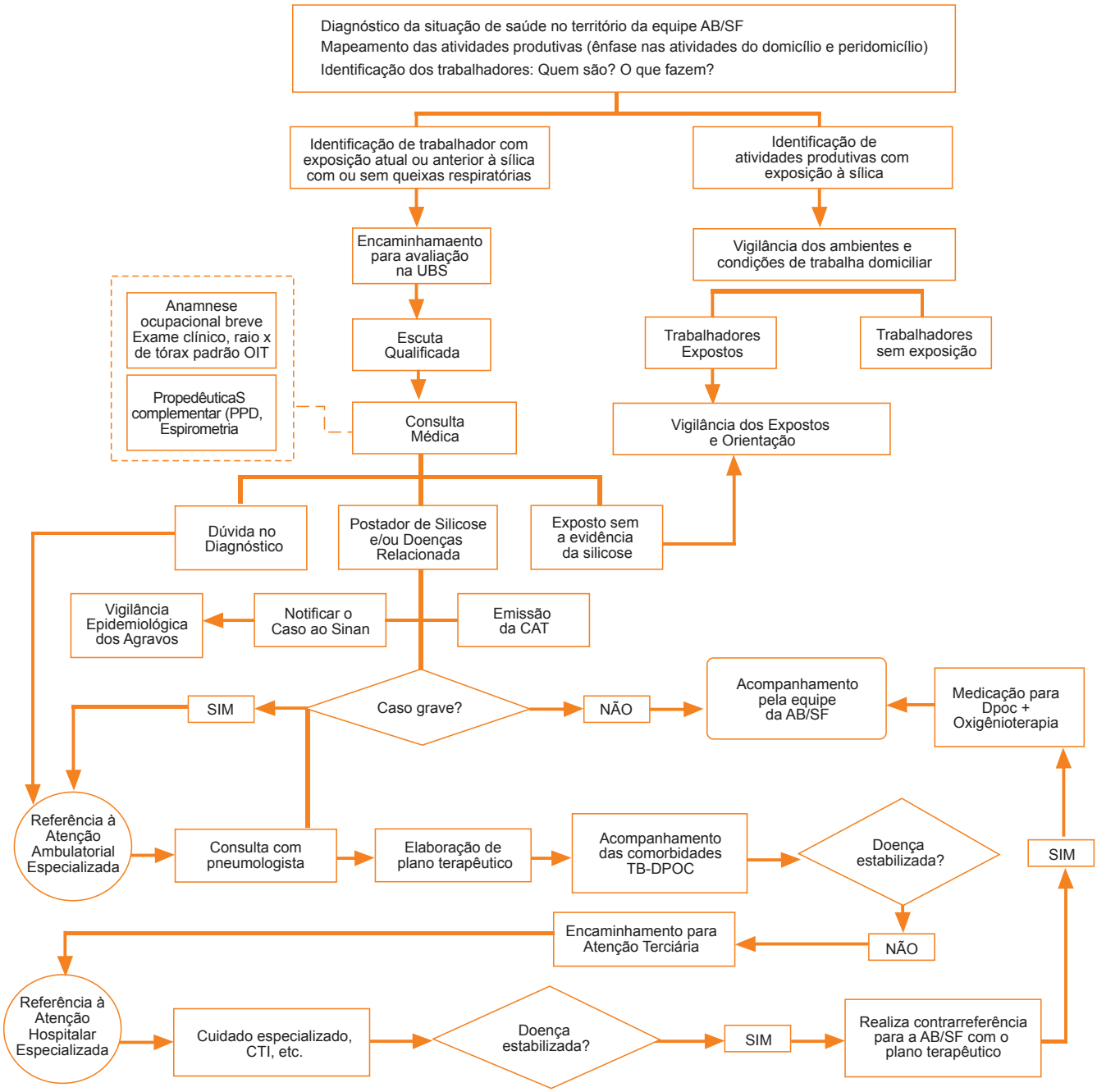
Mesmo os(as) trabalhadores(as) expostos e não doentes devem ser afastados da exposição e acompanhados por exames periódicos, adotando-se a mesmas medidas de promoção da saúde, como cessação do tabagismo. A realização do teste tuberculínico (PPD) e vacinação também estão indicadas, além do controle radiológico segundo os padrões estabelecidos pela OIT.

Sobre as ações coletivas destinadas à proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as) expostos(as) à sílica, que apresentem ou não manifestações da doença, elas devem estar alinhadas com as diretrizes e orientações do "Programa Nacional de Eliminação da Silicose (Pnes)" coordenado pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, com a participação dos movimentos sociais organizados.

Como ponto central dessas ações, destaca-se a eliminação (ou minimização) da exposição à poeira contendo sílica por meio de mudanças nos processos de trabalho. Muitas vezes, iniciativas de menor complexidade tecnológica, como a umidificação dos processos e a segregação da exposição, podem ter efeitos protetores para a saúde dos(as) trabalhadores(as), especialmente nas situações de trabalho domiciliar. Mas, medidas de maior alcance e definitivas devem ser articuladas por meio de ações intersetoriais, com a participação direta dos(as) trabalhadores(as) envolvidos.

Outros esforços e articulações intra e intersetoriais, envolvendo entidades públicas e privadas, direcionados à capacitação para o trabalho e à readaptação profissional devem ser implementados no sentido de evitar a exposição à poeira.

Figura 7 – Fluxograma 5 – Manejo dos casos de silicose e outras doenças respiratórias causadas pela inalação de poeira de sílica pelas equipes da Atenção Básica



Fonte: Autoria própria.

PARA SABER MAIS LEIA:

DIAS, E. C. E.; CARNEIRO, A. P. S. (Org.). **Atenção à saúde dos trabalhadores expostos à poeira de sílica e portadores de Silicose, pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pneumoconioses**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 6. Protocolos deComplexidade Diferenciada). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>.

3.4.10 Intoxicação por agrotóxicos

CASO 8: Trabalhadora rural diarista com intoxicação por agrotóxico

Cinara, 26 anos, parda, com quatro anos de estudo (fundamental incompleto), trabalhadora rural, diarista, em plantio de tomate há dois meses, acolhida pela enfermeira da eSF, foi encaminhada para consulta médica, com queixas de tonturas, dores de cabeça, cansaço, náuseas, geralmente no final do dia de trabalho. Cinara referiu que começou a apresentar esses sintomas há duas semanas, após a plantação ter sido pulverizada com agrotóxicos. Disse também que uma colega de trabalho apresentava os mesmos sintomas.

O médico suspeitou tratar-se de um caso de intoxicação por agrotóxicos; pediu alguns exames complementares; notificou o caso no Sinan; emitiu atestado médico com afastamento do trabalho por uma semana, com recomendação de retorno à UBS para reavaliação do quadro clínico.

Em reunião da equipe, foi decidida a realização de investigação conjunta com a vigilância em saúde do município, com a finalidade de obter informações sobre as condições de trabalho e os agrotóxicos utilizados, bem como a existência de outros casos suspeitos. A equipe iniciou o planejamento de ações de promoção da saúde, incluindo ações educativas com apoio do NASF-AB, Cerest, vigilância em saúde e sindicato de trabalhadores(as) rurais. No retorno, a paciente relatou melhora do quadro clínico, sendo confirmada a intoxicação, por critério clínico epidemiológico.

CASO 9: Agrotóxicos em monocultura de eucalipto intoxicam mais de 30 geraizeiros no norte de Minas Gerais

Diversos casos de intoxicação foram relatados por famílias moradoras do Assentamento Vale do Guará, no município Vargem Grande do Rio Pardo. Cerca de 30 pessoas, entre elas, crianças, jovens e adultos, sentiram diversos sintomas depois que um avião pulverizador de agrotóxicos passou por uma enorme plantação de eucalipto. Segundo as vítimas, um inseto parecido com um piolho chegou a infestar as casas dos moradores, provavelmente vindo da área de monocultura de eucalipto. A aplicação do veneno por parte dos donos da plantação acabou poluindo o ambiente, causando grande mal-estar entre as diversas pessoas.

> O posto de saúde mais próximo ficou pequeno para tantas pessoas, todas com os mesmos sintomas: náuseas, febre, vômitos e coceiras na pele foram os mais comuns. Pessoas que já tinham a saúde frágil ainda tiveram maiores complicações com a baixa imunidade, acabaram tendo ataque de outras doenças como gripes, resfriados e até alergia (Publicado: 20 de agosto 2012). Disponível em: <http://www.contraosagrotoxicos.org/index.php/noticias/41-agrotoxicos/226-agrotoxicos-em-monocultura-de-eucalipto-intoxicam-mais-de-30-geraizeiros-no-norte-de-minas>. Acesso em: 20 ago. 2016.

No Brasil, os agrotóxicos são definidos como:

> Produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas, e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como as substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores do crescimento. (BRASIL, 2002). Decreto no. 4.074/2002, que regulamentou a Lei no 7.802/1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4074.htm>.

O Brasil é considerado o maior consumidor de agrotóxicos no mundo, decorrente do modelo de desenvolvimento comprometido com a produção de bens primários para exportação. O uso intensivo de inseticidas e herbicidas em grandes plantações de soja, milho, algodão e outras culturas e mesmo na agricultura familiar têm impactos diferenciados sobre os grupos populacionais: os(as) trabalhadores(as) de diversos ramos de atividades, moradores do entorno de fábricas e fazendas, e para a população geral que consome alimentos e água contaminados, resultando em um importante problema de saúde pública. (IBGE, Censo Agropecuário, 2006; Abrasco, Dossiê Agrotóxicos, 2015).

Os agrotóxicos incluem um grande grupo de substâncias químicas utilizadas intensamente pelo setor agropecuário, tanto na produção e armazenamento de grãos e sementes (soja, café etc.), cana-de-açúcar, algodão, como também de flores, frutas, verduras e legumes. Também são utilizados na saúde pública, no combate a vetores transmissores de enfermidades, a exemplo do vírus da Dengue, Zika e Chikungunya; na desinsetização doméstica e controle de pragas em ambientes coletivos e urbanos; na construção e manutenção de estradas; no tratamento de madeiras para construção, entre outras.

Assim, não é preciso viver ou trabalhar em uma área agrícola, agropecuária ou rural para estar exposto(a) a agrotóxicos. Ele está na nossa mesa, nos alimentos que ingerimos, no leite materno, ou na forma de venenos utilizados no combate a moscas, mosquitos, pernilongos, muriçocas ou carapanãs.

População potencialmente exposta a agrotóxicos:

- Trabalhadores(as) dos setores: agropecuário, silvicultura, madeireiro, empresas desinsetizadoras, de saúde pública (que atuam no controle de endemias e de zoonoses, incluindo portos, aeroportos e fronteiras), da capina química (embora proibida, continua existindo), produção, transporte, armazenamento e comercialização de agrotóxicos, de reciclagem de embalagem de agrotóxicos e extensionistas rurais.
- Moradores(as) em áreas vizinhas aos processos produtivos agrícolas e no entorno das unidades produtivas e ambientes contaminados pela utilização de agrotóxicos, incluindo a pulverização aérea.
- População geral, exposta pelo consumo de alimentos e água contaminados por agrotóxicos.

ATENÇÃO

A exposição a agrotóxicos não se limita aos(às) trabalhadores(as) agropecuários(as), mas atinge toda a população, em decorrência das diferentes formas de uso, da contaminação dos alimentos e do ambiente – água, solo e ar.

Os(as) trabalhadores(as) rurais são mais expostos(as) e, muitas vezes, vezes, a exposição ambiental soma-se à exposição ocupacional.

3.4.11 Classificação dos Agrotóxicos

O conhecimento da classificação dos agrotóxicos, segundo a toxicidade, o tipo de praga sobre o qual agem e o grupo químico ao qual pertencem, contribui para o diagnóstico das intoxicações agudas e crônicas, e auxilia a definição do plano terapêutico e o desenvolvimento de ações de vigilância e de promoção da saúde.

3.4.11.1 Quanto ao grupo toxicológico

O reconhecimento da toxicidade de um produto, considerando os efeitos agudos, baseia-se na Dose Letal 50 (DL 50). A classe toxicológica do agrotóxico é representada por uma faixa colorida na embalagem do produto comercial. O Quadro 14 relaciona as classes toxicológicas com a respectiva DL 50, a quantidade suficiente para matar um adulto e a cor da faixa no rótulo.

Quadro 14 – Classe toxicológica dos agrotóxicos, segundo a DL 50, a dose capaz de matar um adulto e a cor da faixa no rótulo do produto

Classe Toxicológica	Classificação	DL 50	Dose capaz de matar um adulto	Cor da faixa no rótulo do produto
I	Extremamente tóxico	<5 mg/kg	1 pitada a algumas gotas	Vermelha
II	Altamente tóxico	5-50 mg/kg	Algumas gotas a 1 colher de chá	Amarela

Continua

Conclusão

Classe Toxicológica	Classificação	DL 50	Dose capaz de matar um adulto	Cor da faixa no rótulo do produto
III	Medianamente tóxico	50-500 mg/kg	1 colher de chá a 2 colheres de sopa	Azul
IV	Pouco tóxico	>500 mg/kg	Acima de 2 colheres de sopa	Verde

Fonte: BRASIL. Anvisa. Cartilha sobre Agrotóxicos. Série Trilhas do Campo. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2011; OPAS/OMS. Representação do Brasil. Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Brasília, 1997.

3.4.11.2 Quanto ao tipo de praga sobre o qual agem

Os agrotóxicos mais utilizados são inseticidas, fungicidas e herbicidas,, além dos fumigantes, moluscicidas, nematicidas, raticidas etc. Quanto à composição química, os mais conhecidos são os organofosforados, carbamatos, piretroides, ácido fenoxiacético, etil bis-ditiocarbamatos. Os clorados tiveram seu uso proibido em meados dos anos 80, mas ainda podem ser identificados efeitos crônicos e contaminações ambientais.

Os inseticidas são utilizados no combate a insetos, larvas e formigas, compreendendo os seguintes grupos químicos: organofosforados, carbamatos e piretroides.

Os fungicidas são utilizados no combate aos fungos; e os principais grupos químicos são: Etileno-bis-ditiocarbonatos (Maneb, Mancozeb, Dithane, Zineb, Tiram); Trifenil estânico (Duter e Brestan); Captan: (Ortocide a Merpan) e Hexaclorobenzeno.

Os herbicidas são utilizados no combate às chamadas "ervas daninhas". Nas últimas duas décadas, este grupo tem tido uma utilização crescente na agricultura. Seus principais representantes são: Glifosato (Round-up); Paraquat (Gramoxone) e derivados do ácido fenoxiacético - 2,4 diclorofenoxiacético (2,4 D) e o 2,4,5 triclorofenoxiacético (2,4,5 T).

É importante lembrar-se de que essas substâncias e os princípios ativos estão presentes em muitas formulações e produtos comerciais, com diferentes nomes e fabricantes e essas informações devem ser facilmente acessível às eAB/eSF.

3.4.12 Absorção, vias de exposição ocupacional e efeitos à saúde

As principais vias de absorção dos agrotóxicos pelo organismo humano são a dérmica (pele) e a respiratória (inalatória). A absorção pela via oral e digestiva é pouco expressiva na situação de trabalho, exceto quando ingerido acidental ou intencionalmente.

A quantidade de agrotóxicos absorvida pela derme e/ou por inalação resulta da combinação entre a natureza e a quantidade do produto utilizado, a condição da pele e da respiração e de fatores ambientais externos. **Temperaturas elevadas e/ou esforço físico podem aumentar a absorção orgânica** dos produtos. Assim, no Brasil, as condições climáticas e de trabalho devem ser consideradas ao se avaliar a exposição e a intoxicação ocupacional pelos agrotóxicos.

Outros fatores e variáveis importantes na avaliação da exposição ocupacional para a absorção dos agrotóxicos e os efeitos sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as) são:

- Processo de trabalho e condições de exposição, destacando-se: a frequência de uso dos produtos; as doses utilizadas; as formas de exposição; os mecanismos de prevenção e proteção adotados no manuseio desses produtos.
- Toxicidade de cada produto, lembrando que, além do princípio ativo, grande parte dos agrotóxicos possui impurezas e veículos toxicologicamente ativos.
- Características dos indivíduos expostos: idade, sexo, escolaridade, peso, condição nutricional, entre outras.
- Utilização de mistura de produtos, prática muito comum entre os(as) trabalhadores(as) rurais brasileiros.

Os efeitos à saúde decorrentes da exposição a agrotóxicos manifestam-se de múltiplas formas e atingem praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo humano. Podem ser classificados em intoxicação aguda e intoxicação crônica.

3.4.13 O que é uma intoxicação aguda?

Caracteriza-se por alterações no estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo de pessoas resultante da interação nociva entre uma substância e o corpo humano. Manifesta-se por um conjunto de sinais e sintomas, que se apresentam de forma súbita, minutos ou horas após a exposição a um toxicante, no caso os agrotóxicos. Geralmente, a exposição é única e ocorre em um período de até 24 horas, acarretando efeitos rápidos sobre a saúde o que facilita a associação entre a exposição e o efeito (ALMEIDA, 1986; BRASIL, 2006).

Pode ocorrer de forma leve, moderada ou grave, dependendo da quantidade de veneno absorvido, do tempo de absorção, da toxicidade do produto e do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento médico.

O Quadro 15 apresentado a seguir propõe uma classificação geral das manifestações leves, moderadas ou graves de intoxicação aguda por agrotóxicos, lembrando que raramente os limites se apresentam bem definidos.

Quadro 15 – Classificação das intoxicações agudas segundo quadro clínico

Grau de intoxicação aguda	Sinais e sintomas
Leve	Cefaleia, acompanhada por irritação da pele e das mucosas, náusea e discreta tontura. Em geral, o(a) trabalhador(a) considera esses sintomas normais e não procura assistência médica. Quando o faz, o(a) médico(a) e/ou a equipe de saúde não investiga tal possibilidade.
Moderada	Cefaleia intensa, náusea, vômitos, cólicas abdominais, tontura mais intensa, fraqueza generalizada, formigamento nas pernas, falta de ar, salivação e sudorese aumentada.

Continua

Conclusão

Grau de intoxicação aguda	Sinais e sintomas
Grave	Hipotensão, arritmias cardíacas, insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão, pneumonite química, convulsões, alterações da consciência, choque, coma, podendo evoluir para óbito.

Fonte: Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos. Diretrizes para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_saude_trab_exp_agrotoxicos.pdf>.

3.4.14 O que é uma intoxicação crônica?

Caracteriza-se por alterações no estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo de pessoas decorrente da interação nociva de uma substância com o corpo humano, no caso os agrotóxicos, que se manifesta por danos à saúde, após exposições repetidas ao toxicante, por períodos prolongados de tempo (ALMEIDA, 1986; BRASIL, 2006).

Os efeitos tóxicos decorrentes da exposição crônica aos agrotóxicos ainda são pouco conhecidos, devido ao longo tempo de latência (sintomas aparecem meses ou anos após a exposição), às dificuldades de acesso e de capacidade técnica dos serviços de saúde para estabelecer relação entre o adoecimento e a exposição, entre outros fatores.. Os agravos podem se manifestar por alterações no sistema nervoso (central e periférico), hematológico, respiratório, cardiovascular, genito-urinário, gastrintestinal, pele e olhos, além de danos genéticos.

Os quadros clínicos polimórficos podem se expressar em reflexos diminuídos, polineuropatias, redução da concentração e atenção, diminuição da memória, depressão, ansiedade, irritabilidade, desordens de personalidade e psiquiátricas; parkinsonismo; depressão da medula óssea, anemia aplástica. Muitos produtos são alergênicos potentes, carcinogênicos, teratogênicos ou podem atuar sobre o sistema imunológico como disruptores endócrinos[3], além de reduzir a resistência a infecções, inibem a colinesterase e outras serinoproteases.

Com frequência os quadros clínicos são indefinidos, de difícil diagnóstico e estabelecimento da relação com o trabalho, principalmente quando envolvem a exposição repetida a múltiplos produtos, situação muito comum na agricultura brasileira.

Também pode ocorrer a superposição de quadros, quando um evento agudo se instala em um(a) usuário(a)-trabalhador(a) que apresenta sinais e/ou sintomas compatíveis com intoxicação crônica. Dessa forma, dependendo da história de exposição do(a) trabalhador(a), a equipe de saúde deve conduzir a investigação considerando a possibilidade de existir associação de quadros clínicos de intoxicação aguda e de intoxicação crônica.

[3] Disruptores endócrinos são produtos capazes de desequilibrarem o sistema endócrino, causando alterações comportamentais, anomalias na função reprodutiva e certos tipos de câncer que sofrem influência de hormônios. Vários agrotóxicos fazem parte da lista dos prováveis "Disruptores ou Desreguladores Endócrinos".

Quadro 16 – Principais efeitos da exposição prolongada a múltiplos agrotóxicos

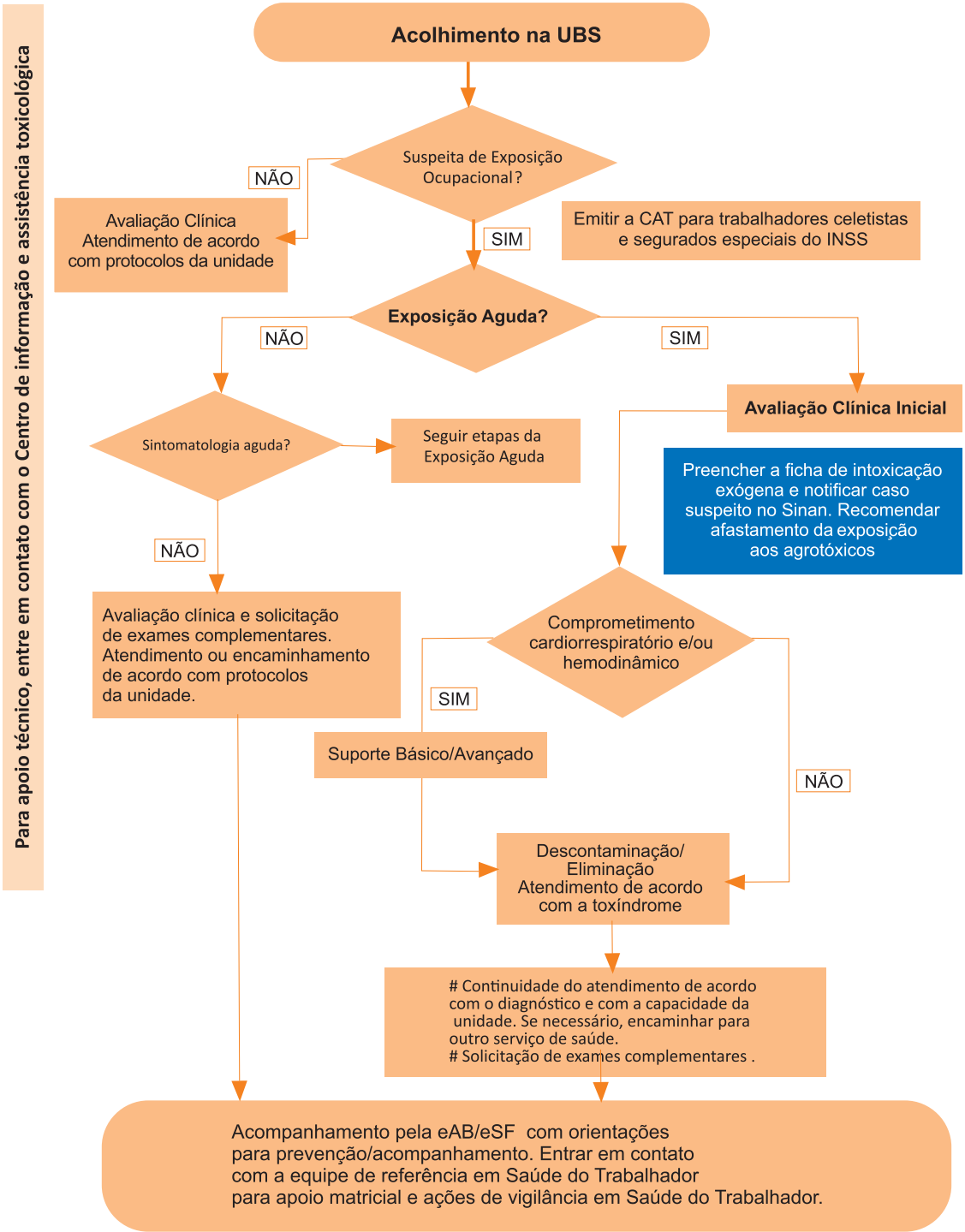
Sistema/órgão	Efeito
Sistema nervoso	Síndrome asteno vegetativa; polineurite, radiculite; encefalopatia; distonia vascular; esclerose cerebral; neurite retrobulbar; angiopalia da retina.
Sistema respiratório	Traqueíte crônica; pneumofibrose; enfisema pulmonar; asma brônquica.
Sistema cardiovascular	Miocardite tóxica crônica; insuficiência coronária crônica; hipertensão; hipotensão.
Fígado	Hepatite crônica; colecistite; insuficiência hepática .
Rins	Albuminúria; nictúria; alteração do clearance da ureia; nitrogênio e creatinina.
Trato gastrointestinal	Gastrite crônica; duodenite; úlcera; colite crônica (hemorrágica, espástica, formações polipoides); hipersecreção e hiperacidez gástrica; prejuízo da motricidade.
Sistema hematopoiético	Leucopenia; eosinopenia; monocitose; alterações na hemoglobina.
Pele	Dermatites, eczemas.
Olhos	Conjuntivite, blefarite.

Fonte: (KALOYANOVA; SIMEONOVA, 1977, adaptado).

A seguir, apresenta-se o Fluxograma 6 de manejo das intoxicações por agrotóxicos pelas equipes da Atenção Básica.

Figura 8 – Fluxograma 6 – Manejo das intoxicações por agrotóxicos pelas equipes de Atenção Básica

Fluxograma/ Atendimento – Suspeita de Intoxicação



Fonte: Elaboração própria.

PARA SABER MAIS, LEIA:

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Fluxograma para atenção integral à saúde de populações expostas a agrotóxicos**: atuação na atenção básica de saúde – SUS. Salvador: DIVAST, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes para atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada. **Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a Agrotóxicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 7. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_saude_trab_exp_agrotoxicos.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>.

Informações adicionais:

Na atualidade cerca de 50% da População Economicamente Ativa (PEA) brasileira, estimada em 100 milhões de trabalhadores(as), são segurados pela Previdência Social. Destes, apenas cerca de 30% são segurados pelo Seguro Acidente do Trabalho (SAT), que inclui os empregados registrados (contratados pela CLT) incluindo os domésticos e os segurados especiais (produtores, parceiros, meeiros, arrendatários rurais, pescadores artesanais e assemelhados, assim inscritos no INSS). Outros segurados da Previdência Social, como empresários, trabalhadores(as) autônomos(as) e trabalhadores(as) avulsos(as) não são cobertos pelo SAT do INSS (IBGE 2016).

É importante ressaltar que a cobertura previdenciária apresenta variações entre as regiões do País, em decorrência dos índices de formalização e informalidade e das taxas de emprego e do desemprego.

Os servidores civis ocupantes de cargos efetivos, os militares da União, estados, Distrito Federal ou municípios, bem como das respectivas autarquias e fundações, quando contratados por outros regimes, como, por exemplo, os funcionários civis federais regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) dos Servidores Públicos Civis da União (Lei Federal n.º 8.112/1990), também não são cobertos pelo SAT a cargo do INSS. Entretanto, estão cobertos pelos regimes de previdência próprios no âmbito federal, dos estados e dos municípios.

O benefício pode ser da espécie acidentária quando o evento que gerou a incapacidade tem relação com o trabalho e o(a) trabalhador(a) é segurado(a) pelo SAT ou da espécie previdenciária, pois a incapacidade não foi caracterizada como relacionada ao trabalho.

O critério legal para a caracterização da espécie acidentária do benefício é definido com base no nexo técnico previdenciário, que pode ser de três tipos:

- Nexo técnico profissional ou do trabalho fundamentado nas associações entre patologias e exposições ocupacionais de acordo com a profissiografia do segurado, descrito nas listas A e B do Anexo II do Decreto n.º 3.048/1999 (BRASIL, 1999).

- Nexo técnico por doença equiparada a acidente de trabalho ou nexo técnico individual decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei n.º 8.213/1991 (BRASIL, 1991).
- Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) aplicável quando houver significância estatística da associação entre a entidade mórbida motivadora da incapacidade e a atividade econômica da empresa na qual o segurado é vinculado. Essas relações constam na Lista C do Anexo II do Decreto n.º 3.048/1999 (BRASIL, 1999), alterado pelo Decreto n.º 6.042/2007 (BRASIL, 2007). No caso do NTEP, a legislação instituiu que o ônus da prova é da empresa, pois cabe a ela demonstrar a inexistência de riscos para a saúde no trabalho que possam levar ao agravo incapacitante em análise (BRASIL, 2007).

A legislação previdenciária em vigor estabelece que todos os segurados pelo Regime Geral da Previdência Social, **no caso de doenças comuns e acidentes não decorrentes do trabalho**, têm direito aos seguintes benefícios e serviços, entre outros:

- auxílio-doença **(B31)**: benefício em espécie, pago a partir do 16º dia de incapacidade laborativa temporária;
- aposentadoria por invalidez.

Para o recebimento do benefício, no caso de incapacidade para o trabalho decorrente das denominadas doenças comuns (que não guardam relação com o trabalho), o(a) trabalhador(a) necessita comprovar a qualidade de segurado(a) e ter um tempo mínimo de contribuição à Previdência Social – tempo de carência, que varia conforme o tipo de benefício e situação de saúde.

Nos casos de invalidez ou incapacidade temporária ou permanente para o trabalho **decorrente de Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho**, o(a) trabalhador(a) tem direito a receber os benefícios acidentários:

- auxílio-doença acidentário **(B91)**: benefício em espécie, pago a partir do 16º dia de incapacidade laborativa temporária decorrente de agravo relacionado ao trabalho;
- auxílio-acidente **(B94)**: benefício pago, até a aposentadoria, após cessar o afastamento por incapacidade, quando há sequela grave permanente;
- aposentadoria por invalidez acidentária;
- auxílio-acidente;
- pensão por morte;
- outros serviços (serviço social e reabilitação profissional) devidos quando ocorre morte ou incapacidade para o trabalho.

O Decreto Presidencial n.º 8.691, publicado em 2016, trouxe mudanças na concessão do auxílio-doença e perícia médica do INSS. O(a) segurado(a) que necessitar se afastar do trabalho por período superior a 15 dias poderá ser submetido à avaliação pericial por profissional médico(a) tanto da Previdência Social quanto do SUS. Assim, o benefício é concedido com base no atestado

do(a) médico(a) assistente. Também, o(a) empregado(a) pode retornar ao trabalho no dia seguinte à data indicada para sua recuperação, independentemente de realização da perícia médica.

A concessão ou prorrogação do auxílio-doença será dada após a realização de avaliação pericial ou recebimento da documentação médica do do(a) segurado(a), sendo que o benefício será concedido com base no período de recuperação indicado pelo médico assistente. O INSS poderá convocar o segurado em qualquer hipótese e a qualquer tempo para avaliação pericial. O INSS poderá ainda estabelecer, com base na avaliação pericial ou da documentação médica, o prazo que entender suficiente para a recuperação da capacidade para o trabalho do(a) segurado(a). No caso do prazo concedido para a recuperação ser considerado insuficiente, o segurado poderá solicitar sua prorrogação.

Desde a publicação da Lei Federal n.º 8.213/1991, que dispõe sobre os benefícios da Previdência Social muitas alterações têm sido feitas nos critérios de avaliação e concessão de benefícios, com repercussões sobre os direitos dos(as) trabalhadores(as). Sendo assim, é necessária a atualização periódica dos profissionais do SUS.

IMPORTANTE

O reconhecimento da relação do agravo ou doença com o trabalho é importante para garantir ao(à) trabalhador(a) o acesso aos benefícios de natureza acidentária, pois sua concessão independe do tempo de contribuição e tempo de carência. Além disso, neste caso, o(a) trabalhador(a) tem assegurado o direito à estabilidade no emprego por um ano, ao retornar ao trabalho após a alta do benefício pago pelo INSS.

A apresentação da CAT é a principal ferramenta para caracterização do nexo entre o acidente/doença apresentada pelo(a) trabalhador(a) e o trabalho, quando o(a) segurado(a) se apresenta à perícia médica do INSS. A emissão da CAT é de responsabilidade da empresa contratante, mas também pode ser feita pelos profissionais dos serviços de saúde, incluindo a Atenção Básica, pelo sindicato da categoria, pelo(a) próprio(a) trabalhador(a) ou familiar.

O(a) médico(a) que assistiu o(a) trabalhador(a) e diagnosticou o acidente de trabalho, de trajeto ou doença profissional ou do trabalho é responsável pelo preenchimento da segunda parte do documento, que corresponde ao Laudo de Exame Médico. Ele também deve registrar sua opinião, mesmo que preliminar, quanto à necessidade ou não de afastamento do trabalho. Segundo a Instrução Normativa do INSS n.° 45, de agosto de 2010 no artigo 357, a CAT deve ser emitida em quatro vias, sendo destinada para: 1° INSS; 2° Segurado (empregado) ou dependente; 3° Sindicato dos(as) Trabalhadores(as); 4° Empresa.

Referências

ALMEIDA, M. S. et al. Silicose em trabalhadores de quartzito da região de São Thomé das Letras – Minas Gerais: dados iniciais indicam um grave problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 177-184, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100518631018>. Acesso em: 22 out. 2014.

ALMEIDA, W. F. Fundamentos toxicológicos de los plaguicidas. In: CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA Y SALUD ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plaguicida, salud y ambiente**: memorias de los tallers de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. México: Lilia A. Albert, 1986. p. 61-78.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS**. Org.: E. C. Sales e J. C. L. Ramos. Salvador: DIVAST, 2014.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Fluxograma para atenção integral à saúde de populações expostas a agrotóxicos: atuação na atenção básica de saúde – SUS. Salvador: DIVAST, 2017.

_____ BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 maio 1999. Republicado em 12 maio 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 fev. 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. Decreto Presidencial nº 8.691, de 14 de março de 2016. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, ano 153, n. 50, 15 mar. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8691.htm>. Acesso em: 28 out. 2016.

_____. **Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989**. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7802.htm>. Acesso em: 11 dez. 2015.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 11 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017b. p. 61-192.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017a. p. 360-568.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes para atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada. **Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a Agrotóxicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_saude_trab_exp_agrotoxicos.pdf> Acesso em: 4 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Notificação de Acidentes do Trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Brasília, 2006. Saúde do Trabalhador. (Protocolos de Complexidade Diferenciada, n. 20). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Pneumoconioses**. Brasília, 2006. Saúde do Trabalhador. (Protocolos de Complexidade Diferenciada, n. 6). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_pneumoconioses.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Dermatoses Ocupacionais**. Brasília, 2006. Saúde do Trabalhador. (Protocolos de Complexidade Diferenciada, n. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_dermatoses.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho**: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) Brasília, 2012. Saúde do Trabalhador. (Protocolos de Complexidade Diferenciada, n. 10). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Diretrizes nacionais para a vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 26 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos**. Brasília, 1997.

CARNEIRO, F. F. (Org.). **Dossiê Abrasco**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. 624 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. **Protocolo de Avaliação das Intoxicações Crônicas por Agrotóxicos**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CEST/Protocolo_AvaliacaoIntoxicacaoAgrotoxicos.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2016.

SILVA, J. M. et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência e saúde coletiva**, v.10, n. 4, p.891-903, out./dez. 2005.

Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a): elementos para a ação da Atenção Básica

4

Neste capítulo, serão abordados elementos teórico-conceituais e práticos sobre Visat, no contexto da Vigilância em Saúde na Atenção Básica, destacando as possibilidades de atuação e contribuições das eAB/eSF e considerando as características do perfil epidemiológico da população e das atividades produtivas no território.

4.1 Compreendendo a Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é uma importante área da Saúde Pública e compreende, entre outras, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, em saúde do(a) trabalhador(a) (BRASIL, 2013). A Visat é, portanto, um dos seus componentes.

A vigilância em saúde é compreendida como:

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

A descentralização das ações e serviços do SUS permite o exercício da integralidade levando o cuidado o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. A integralidade da atenção à saúde é um dos princípios do SUS e abrange a articulação de ações voltadas para o cuidado individual e coletivo "por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde" (BRASIL, 2011).

A realização das ações de vigilância em saúde nas práticas das eAB/eSF permite ampliar o conhecimento sobre as realidades sanitárias, epidemiológicas, demográficas, políticas econômicas, sociais e culturais no território adscrito, contribuindo para a tomada de decisão e as intervenções necessárias e para a efetivação dos princípios e das diretrizes do SUS, especialmente o da integralidade.

Por outro lado, é importante ressaltar que as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações são atendidas não somente no âmbito das RAS; mas dependem também de ações intersetoriais que envolvem além da rede do SUS, outras instituições e órgãos responsáveis por políticas públicas que impactam a saúde.

4.2 Compreendendo a Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a)

A Visat compreende um conjunto de práticas sanitárias, intra e intersetoriais, que consideram as relações da saúde com os ambientes e os processos de trabalho e se articulam com as ações de assistência em saúde (BRASIL, 2017). Trata-se de:

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

Constituem princípios da Visat: universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos(as) trabalhadores(as) e controle social; equidade; precaução; hierarquização; descentralização; pluri-insitucionalidade; interdisciplinaridade; pesquisa-intervenção e caráter transformador (BRASIL, 1998; 2012).

A PNSTT enfatiza que as ações de vigilância visam "à promoção e à proteção da saúde de trabalhadores(as) e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos" (BRASIL, 2012).

Para isso, recomenda-se a integração da Visat com os demais componentes da vigilância em saúde e com a Atenção Básica, considerando, entre outros pontos, o planejamento comum entre as vigilâncias e a AB para a definição de prioridades; a produção conjunta de metodologias de ação e de investigação; a participação dos(as) trabalhadores(as), da comunidade e de suas organizações; o monitoramento e avaliação da situação de saúde; a identificação da população trabalhadora, das situações de risco e das atividades de trabalho no território (BRASIL, 2017).

A organização das atividades das eAB/eSF segundo uma base territorial facilita as ações de Visat, pois possibilita a identificação das atividades de trabalho e das situações de risco presentes na área adscrita. Esta ação é fundamental para a priorização do cuidado a grupos populacionais vulneráveis.

A Visat constitui-se num conjunto de ações e práticas sanitárias integradas que realiza intervenções sobre os fatores determinantes e condicionantes dos riscos e agravos à saúde. Contempla ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho; vigilância epidemiológica de agravos e doenças relacionadas ao trabalho; vigilância da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as), que inclui análise da situação de saúde de trabalhadores(as) e monitoramento de indicadores; e articulação de ações de assistência com as de prevenção e promoção da saúde.

SAIBA MAIS:

CORREA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**: Teorias e Práticas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 388 p.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

NOBRE, L. C. C. A Política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In: NOBRE, L.; PENA, P.; BAPTISTA, R. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Bahia: história**, conquistas e desafios. Salvador: SESAB, CESAT, 2011. 642 p.

4.3 A Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica

As ações de Visat na AB devem ser organizadas considerando-se as características do território. Conforme definido na PNAB, disposta no Anexo XXII, da Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), é fundamental que as ações desenvolvidas pelas eAB/eSF tenham o território como organizador do processo de trabalho, de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando elementos ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. Nesse contexto, a vigilância em saúde é essencial para a identificação dos problemas de saúde e agravos que incidem sobre a saúde da população e para o planejamento de estratégias de intervenção.

O planejamento e o desenvolvimento de ações de Visat devem compreender os seguintes eixos de atuação:

- Identificação e levantamento das atividades de trabalho e situações de risco à saúde dos(as) trabalhadores(as), compondo o perfil produtivo no território.
- Identificação da população trabalhadora no território.
- Elaboração da análise de situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no território.
- Desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica em saúde do(a) trabalhador(a) e de prevenção de agravos relacionados ao trabalho.
- Desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis.
- Reconhecimento e articulação com as RAS no território, em âmbito municipal, regional e estadual.
- Reconhecimento da rede de apoio institucional e articulação com entidades de interesse à saúde dos(as) trabalhadores(as) no território.
- Identificação e articulação de redes de apoio e de participação social de interesse à saúde dos(as) trabalhadores(as) no território.

4.3.1 Identificação e levantamento das atividades de trabalho e situações de risco à saúde dos(as) trabalhadores(as), compondo o perfil produtivo no território

As eAB/eSF devem buscar parcerias no mapeamento das diferentes atividades de trabalho e estabelecimentos instalados no território sob sua responsabilidade, identificando os riscos decorrentes dessas atividades, tanto para a saúde dos(as) trabalhadores(as), como para a população do entorno e para o meio ambiente.

Na elaboração desse mapeamento, as equipes devem considerar que as atividades de trabalho se desenvolvem em espaços e estabelecimentos públicos e privados, em zonas urbanas e rurais, com vínculos formais e informais. Destaca-se a importância do mapeamento das atividades desenvolvidas nos domicílios (dentro das próprias moradias) ou no peridomicílio (no entorno das residências, fundos dos quintais), que podem ser por conta própria, familiar ou prestando serviço a uma empresa.

Em um mesmo território, podem ser encontradas atividades de trabalho e estabelecimentos tão diferentes como, por exemplo, uma grande pedreira, uma pequena empresa ou famílias trabalhando com extração e beneficiamento de pedras ornamentais, oficinas mecânicas, fábricas, criação de animais, plantações, lanchonetes, serviços de saúde, doceiras, manicures, pedreiros etc. Essa diversidade de atividades de trabalho implica em diferentes ambientes e processos de trabalho que se expressam em riscos e danos diferentes, tanto para a saúde dos(as) trabalhadores(as), como para o meio ambiente e, muitas vezes, para a saúde da população que reside no entorno do empreendimento.

O mapeamento das atividades de trabalho do território adscrito às eAB/eSF pode ser feito utilizando-se as seguintes estratégias e fontes de informações:

- Levantamento das atividades de trabalho e dos estabelecimentos existentes no território, realizado durante as atividades de rotina dos ACS, como cadastramento e recadastramento das famílias, visitas domiciliares etc.
- As informações sobre as atividades de trabalho e estabelecimentos existentes no território podem ser obtidas a partir de registros administrativos públicos de Secretarias e órgãos municipais (Fazenda, Administração, Vigilância Sanitária etc.) e de outras fontes secundárias (IBGE, Rais). Essa sistematização pode ser obtida pelas análises de situação de saúde do(a) trabalhador(a) e documentos produzidos pelos setores de Vigilância em Saúde e pelo Cerest de sua respectiva área.
- Outras possíveis fontes de dados: informações dos moradores, de membros das equipes de saúde, de representantes de trabalhadores(as), de associação de moradores(as), da mídia etc.

O mapeamento das informações sobre as atividades de trabalho do território é construído de forma gradual e sistemática, devendo ser periodicamente atualizado. Essas informações devem ser incorporadas ao mapa do território – ecomapa, cartografia ou outro instrumento similar utilizado pelas equipes em seu processo de trabalho.

4.3.2 Identificação da população trabalhadora no território

Para o reconhecimento da população trabalhadora no território, é importante levantar e sistematizar as informações básicas sobre o(a) trabalhador(a) disponíveis nas fichas do Cadastro Individual do e-SUS AB, entre elas:

- características sociodemográficas: data de nascimento, sexo, escolaridade, raça/cor etnia;
- características ocupacionais: ocupação e situação no mercado de trabalho.

Para coletar a variável ocupação, facilitando a atribuição do seu respectivo código da CBO, recomenda-se perguntar ao(à) trabalhador(a) o que ele(a) faz, registrando a informação da forma mais completa e específica possível, complementando com dados sobre o tipo de atividade, ramo produtivo ou estabelecimento em que ele(a) trabalha. No caso de desempregado(a) ou aposentado(a), perguntar e registrar o que fez durante a maior parte de sua vida de trabalho.

Exemplo 1:

professor(a): é necessário perguntar em que tipo de estabelecimento trabalha, (escola primária, ensimo médio, universidade, etc)

servente: pode ser servente de pedreiro; servente de escola ou outro;

auxiliar de serviços gerais: auxiliar de serviços gerais em unidade de saúde; auxiliar de serviços gerais em fábrica de biscoito etc.

Informações sobre ocupação e ramo de atividade econômica são dados que se complementam. São fundamentais para a identificação de situações e fatores de risco aos quais estão expostos os(as) trabalhadores(as) em seus cotidianos laborais. Observe o exemplo 2 e entenda como para uma mesma ocupação os riscos laborais potenciais serão diferentes em função do setor produtivo onde o(a) trabalhador(a) realiza suas atividades de trabalho.

Exemplo 2:

Trabalhador(a) de serviços gerais de um hospital x Trabalhador(a) de serviços gerais de uma fábrica de biscoito

Observe que em ambas as situações de trabalho alguns riscos são comuns, a exemplo de sobrecarga postural. Mas, enquanto no hospital existe o risco de acidente com exposição a materiais biológicos, o risco praticamente inexiste para aquele inserido na fábrica de biscoitos. Nessa, poderá haver exposição a níveis elevados de ruído, poeiras (farinha de trigo e outras), acidentes no manuseio de máquinas e equipamentos, que poderão resultar em perdas auditivas, asma ocupacional e cortes e amputações de dedos.

No Cadastro Individual do e-SUS AB, constam as seguintes especificações: empregador; assalariado com ou sem carteira de trabalho; autônomo com ou sem previdência social; aposentado/pensionista; desempregado; não trabalha; servidor público/militar; outro.

Em relação aos(às) trabalhadores(as) que moram e trabalham em territórios distintos, recomenda-se que as equipes de AB/SF realize o registro em prontuário eletrônico que possibilitem repassar informações e situações identificadas. Do mesmo modo, que acionem a rede de apoio em ST, incluindo os Cerests e outros setores de vigilância em saúde, sempre que necessária sua intervenção.

4.3.3 Elaboração da análise da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no território

Após coletar e conhecer as informações referentes às atividades de trabalho e da população trabalhadora no território, que reunidas compõem o mapeamento do território, a elas devem ser acrescidas as informações sobre os principais problemas de saúde identificados ou esperados, considerando-se o perfil produtivo do território.

Para chegar nesse diagnóstico ou análise da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no território, as eAB/eSF devem contar com o apoio das equipes de vigilância em saúde, do Cerest ou das referencias técnicas em saúde do(a) trabalhador(a) nas diversas etapas do processo de produção de informação: busca e coleta de dados em diversas fontes; sistematização de informações coletadas ou daquelas já produzidas; discussão, compreensão e análise das informações; formas de registro dos resultados obtidos da análise – mapas do território, cenários de risco ou outras estratégias adotadas pela AB/SF.

Muitas informações já são sistematizadas e disponibilizadas por outros setores e instâncias da rede; por exemplo, informações sobre população e perfil epidemiológico que são produzidas ou gerenciadas pelos setores de vigilância em saúde, de informação, de planejamento, de regulação, ou pelo próprio Ministério da Saúde.

Destacam-se as seguintes fontes para a obtenção de informações sobre situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) para compor esse diagnóstico:

- Fichas de Cadastro Individual do e-SUS AB: situações e patologias especiais identificadas em trabalhadores(as), sejam ou não relacionadas ao trabalho, em gestantes trabalhadoras, portadores de asma, câncer, internações hospitalares etc.
- Informações geradas no atendimento aos(às) usuários(as)-trabalhadores(as) na própria unidade de saúde: número de trabalhadores(as) atendidos(as), queixas mais comuns, tipos de patologias e agravos relacionados ao trabalho, perfil de morbidade etc.
- Informações dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS): agravos relacionados ao trabalho notificados no Sinan; óbitos por acidentes de trabalho registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); acidentes e outros agravos relacionados ao trabalho que levaram a hospitalizações, registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH); resultados de inquéritos específicos, informes e boletins epidemiológicos elaborados por equipes de vigilância em saúde, por grupos de pesquisa etc.

A construção do perfil epidemiológico dos(as) trabalhadores(as) inclui e articula informações sobre agravos relacionados ao trabalho com aquelas oriundas dos mapeamentos das atividades de trabalho e do perfil da população trabalhadora do território.

De posse do conjunto de dados e informações relacionados anteriormente, a eAB/eSF, com apoio do Nasf, do Cerest e demais setores da vigilância em saúde, está em condições de compor a análise da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) do território sob sua responsabilidade, incluindo-a no mapa de saúde do território e do município. A equipe terá elementos para elaborar projetos terapêuticos singulares, planejar e desenvolver ações de promoção e vigilância em saúde e acionar os atores sociais e outras instituições públicas pertinentes a cada situação.

4.3.4 Desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica em saúde do(a) trabalhador(a)

A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

A produção e a análise das informações são atividades essenciais para o processo de Vigilância Epidemiológica, possibilitando o monitoramento do quadro epidemiológico do município, a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

Os objetivos da vigilância epidemiológica são: acompanhar o comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância; detectar epidemias e eventos de relevância epidemiológica; propiciar a adoção oportuna de medidas de controle; avaliar as medidas, programas, intervenções de prevenção, controle e erradicação (BRASIL, 2014).

A vigilância de agravos relacionados ao trabalho tem por objetivos: determinar a magnitude das doenças e agravos relacionados ao trabalho; traçar tendências de sua magnitude ao longo do tempo; apontar ocupações, empresas, atividades econômicas prioritárias para inspeção e intervenção; identificar agravos cuja ocorrência sinalize a necessidade de adoção ou fortalecimento das ações de prevenção (evento sentinela); monitorar e avaliar êxito das medidas de prevenção adotadas; identificar novas doenças ou doenças ocupacionais ainda não reconhecidas como tal; fornecer informações para subsidiar a tomada de decisão em relação aos riscos encontrados.

A suspeita e o diagnóstico de doenças e agravos à saúde relacionados ao trabalho, seguidas da notificação e registro nos SIS (especialmente Sinan e SIM), são etapas importantes do processo e os serviços de saúde têm um papel fundamental na identificação e na investigação dos casos que constituem o início do processo de vigilância epidemiológica em ST.

O conhecimento das doenças, agravos e eventos de notificação compulsória relacionados ao trabalho é parte importante do perfil de morbimortalidade da população trabalhadora de um determinado território e subsidia o planejamento e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção desses agravos pelas equipes em todos os âmbitos do sistema.

Além dos eventos de notificação compulsória, outros problemas de saúde relacionados ao trabalho surgem no cotidiano das eAB/eSF. Pode-se dizer que não existe um único sistema de informação de saúde capaz de dar conta do quadro epidemiológico relativo à saúde dos(as) trabalhadores(as). Por isso, para responder à pergunta de que adoecem e morrem os(as) trabalhadores(as), é preciso analisar informações de diversas fontes de dados, considerando as muitas possibilidades de contato do(a) trabalhador(a) com o sistema de saúde, assim como sua forma de inserção no mundo do trabalho. Para efeito deste Caderno, destacam-se os seguintes:

o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o eSUS AB – Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) interessa à saúde do trabalhador(a), em função do registro dos óbitos por acidentes de trabalho, intoxicações exógenas e outras patologias que podem estar relacionadas ao trabalho a exemplo de alguns tipos de cânceres e pneumoconioses. Nesse sentido, a equipe de saúde local poderá contribuir no processo de investigação das causas do óbito.

Outra fonte de informações sobre acidentes e doenças do trabalho são os registros da Previdência Social. Nos casos em que o(a) trabalhador(a) é empregado(a) segurado(a) da Previdência Social, com vínculo regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho devem ser registrados na CAT, cuja emissão é de responsabilidade da empresa contratante, mas também pode ser feita pelos profissionais dos serviços de saúde, incluindo a Atenção Básica, pelo sindicato da categoria, pelo(a) próprio(a) trabalhador(a) ou familiar.

São apresentados, a seguir, dois casos de trabalhadores(as) em diferentes situações e vínculos de trabalho, em que são identificados agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória, com os encaminhamentos propostos pelas eAB/eSF.

CASO 10: Trabalhador em agronegócio acidentado no trabalho

Ao realizar uma visita domiciliar, um ACS identificou a seguinte situação: Sr. José, tratorista, 36 anos, negro, com ensino fundamental completo assalariado com carteira de trabalho assinada numa empresa de Agronegócio, sofreu um acidente de trabalho, que resultou numa fratura exposta da perna direita. Precisou ser internado no hospital regional, onde passou por cirurgia. Recebeu alta, com recomendação de ficar afastado do trabalho por, no mínimo, 90 dias. Sr. José informou ainda que, entre 30 colegas, outros dois também tinham sofrido acidente de trabalho nos últimos meses.

O ACS apresentou essa situação para discussão na reunião semanal da eSF, sendo acordados os seguintes encaminhamentos: acompanhar a evolução do trabalhador acidentado; verificar se houve notificação no Sinan e emissão da CAT; reunir com a equipe de vigilância em saúde e do Cerest regional para programar e planejar uma investigação deste e de outros acidentes de trabalho ocorridos na empresa.

CASO 11 Trabalho em domicílio contratado por empresa

A Srª Joana, 34 anos de idade, branca, com ensino fundamental completo, chega à UBS queixando-se de dor e inchaço no joelho direito. Informa que os sintomas começaram há cinco dias e que, nos últimos dois dias, houve piora do quadro, estando com dificuldades para subir e descer escadas. O médico a examina e constata que o joelho direito da Srª Joana está com edema, eritema, limitação de movimentos e dor. Na anamnese, não é identificado histórico de doenças reumáticas ou osteoarticulares, mas ela referiu que há alguns anos, volta e meia sente uma "dorzinha no joelho direito". Ao perguntar o que faz piorar a dor, a Srª Joana informou ao médico que notou seu aparecimento desde que sua máquina de costura quebrou e ela teve que acabar um lote de uniformes para entregar à empresa que a contratou utilizando uma máquina de costura antiga, movida a pedal. A Srª Joana informou que é costureira há 15 anos; que trabalhava em casa, com máquina fornecida pela empresa fabricante de uniformes; que pega encomendas

de empresas, com maior quantidade de roupas para costurar em algumas épocas do ano, como no início e no final do ano. Frequentemente, fica sentada à máquina por mais de 12 horas diárias.

Discutindo o caso com a equipe, foi concluído que se tratava de um caso de LER/Dort, sendo então feita notificação no Sinan. Além disso, como é uma situação de trabalho em domicílio contratado por uma empresa, a equipe sentiu necessidade de acionar o apoio do Cerest para realizar inspeção na empresa contratante e apoiá-la nas ações de promoção e de prevenção.

IMPORTANTE

Ao notificar um caso suspeito ou confirmado de agravo relacionado ao trabalho, certifique-se que todos os campos da ficha de notificação e investigação estejam corretamente preenchidos.

A completude e a qualidade da informação são muito importantes para a compreensão do perfil de saúde da população e para o planejamento das ações de saúde no território, especialmente para a vigilância e intervenções nos ambientes e processos de trabalho.

A notificação de agravos relacionados ao trabalho segue os mesmos fluxos dos demais agravos no Sinan – se necessário, consulte a equipe de vigilância em saúde do seu município.

4.3.5 Desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho

A vigilância de ambientes e processos de trabalho é uma das ações da Visat e tem por finalidade a promoção e a proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as), mediante a intervenção, nos ambientes e nos processos de trabalho. Com essa intervenção busca-se a melhoria das condições de trabalho e, em consequência, a melhoria das condições de saúde. Essa intervenção se efetiva mediante inspeções nos locais de trabalho, nas quais se busca identificar os fatores e as situações de risco à saúde a que estão expostos(as) os(as) trabalhadores(as), bem como avaliar as tecnologias, produtos e matérias-primas; os modos, os processos e a organização do trabalho; as atividades desenvolvidas pelos(as) trabalhadores(as); suas estratégias de proteção; a utilização, ou não, das medidas de proteção coletiva e individuais e as políticas de gestão do trabalho e de gestão de saúde e segurança desenvolvidas pelas empresas e/ou pelos próprios trabalhadores(as). Também se busca identificar os impactos à saúde deles(as), o perfil de morbidade e mortalidade, as doenças e os agravos relacionados ao trabalho.

Os fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e nos processos de trabalho são classicamente organizados em cinco grandes grupos: mecânicos, físicos, químicos, biológicos e aqueles decorrentes da organização do trabalho, por vezes denominados de "ergonômicos". Na atualidade, fatores psicossociais têm sido apontados como outro grupo de risco relevante. É importante considerar que raramente os agravos à saúde são causados ou determinados pela exposição a um único fator de risco. Geralmente, os(as) trabalhadores(as) são expostos(as) concomitantemente a vários fatores que podem ter efeitos cumulativos, sinérgicos ou aditivos. Também é importante considerar que, com frequência, os(as) trabalhadores(as) são duplamente expostos: em situação de trabalho, na denominada exposição ocupacional, e enquanto moradores de áreas contaminadas – exposição ambiental. Assim, é importante identificar o conjunto e a dinâmica das exposições nos ambientes e nos processos de trabalho.

Tais ações desenvolvidos pelo SUS têm amparo na Constituição Federal de 1988, nas Constituições dos estados e municípios, na Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990), nos Códigos de Saúde dos estados e municípios e em portarias federais, estaduais e municipais específicas.

As ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho são complexas e devem ser executadas pelas equipes de Vigilância em Saúde (sanitária, saúde do trabalhador, Cerest), especialmente pela diversidade, amplitude e aprofundamento requerido pela intervenção a ser proposta. Entretanto, há diversas possibilidades de atuação e participação da AB/SF nessas ações.

Uma vez que as eAB/eSF realizam o mapeamento ou cartografia do território, nele reconhecendo as atividades de trabalho e o perfil da população trabalhadora, e mantêm acompanhamento sistemático das famílias, sua primeira contribuição para a Visat consiste em identificar as situações potenciais de risco à saúde dos(as) trabalhadores(as), para a saúde da população circunvizinha, assim como os casos de agravos e de adoecimentos (o perfil de morbimortalidade) relacionados ao trabalho.

A partir daí, é necessário estabelecer se a situação identificada pode ser enfrentada pela eAB/eSF ou se é necessário acionar a rede de apoio da vigilância em saúde, seja a Visat, inclusive o Cerest ou referências técnicas em saúde do(a) trabalhador(a) de sua região, a vigilância sanitária, a vigilância em saúde ambiental ou a epidemiológica do município ou do estado. Também é importante envolver a equipe do NASF-AB.

Outra contribuição fundamental consiste no desenvolvimento de ações de promoção e de educação em saúde. Em algumas situações, as eAB/eSF podem atuar na orientação das famílias e dos(as) trabalhadores(as) de sua área de abrangência quanto às medidas de proteção da saúde e de prevenção dos principais agravos relacionados ao trabalho, conforme o perfil de atividades produtivas, o perfil da população trabalhadora e as prioridades definidas.

Sendo definida a necessidade de levantamentos ou inspeções em ambientes de trabalho, recomenda-se que a eAB/eSF acione a vigilância em saúde e/ou o Cerest e referencias técnicas em Saúde do(a) Trabalhador(a), seja para discutir a situação e obter orientação e apoio técnico, seja para realizar essa ação conjuntamente. Essas ações podem ser planejadas e ou motivadas por:

a. inspeções programadas e realizadas para cumprimento das metas pactuadas, planejada pela equipe, segundo os critérios técnicos estabelecidos e o reconhecimento do território;

b. inspeções para investigação de situações de risco identificadas, a qualquer tempo, pela eAB/eSF ou pelos ACS em visita domiciliar;

c. inspeções para auxiliar na investigação diagnóstica de problemas de saúde atendidos na AB/SF, para identificar possíveis exposições associadas ao quadro clínico; por exemplo, a investigação de um caso de asma que não melhora com a terapia, identificando exposição a poeiras de costureiras que trabalham em domicílio; de conjunto de sintomas (astenia, dispneia, desânimo) em trabalhador(a) agrícola com possível exposição a agrotóxicos;

d. inspeções conjuntas planejadas com os setores de vigilância em saúde (vigilância em saúde do(a) trabalhador(a), sanitária, epidemiológica e em saúde ambiental);

e. inspeções motivadas por denúncia de trabalhadores(as), sindicatos, comunidade, representações de movimentos sociais.

Estabelecimentos e empresas de menor porte, em atividades de comércio e serviços, ou de categorias de trabalhadores(as) inseridos(as) em atividades informais ou por conta própria, são campos de trabalho em domicílio ou no peridomicílio que devem ser observados e acompanhados pelas eAB/eSF. Já alguns ramos de atividade econômica, pelas características de seus processos produtivos ou pelo seu porte (grandes empresas, com muitos trabalhadores, com alto investimento de capital, com alta densidade tecnológica), são mais complexos e demandam ações de Visat e intervenção mais aprofundadas. Por exemplo, processos industriais em geral, empresas do ramo Químico, Petroquímico, Siderurgia, Extração de petróleo, Metalurgia, Indústria naval, Construção Civil, Transporte, setor Bancário, Agroindústria, Agronegócio, entre outros. Nesses casos, recomenda-se que a eAB/eSF acione de imediato as equipes de vigilância em saúde e/ou o Cerest e referencias técnicas em Saúde do(a) Trabalhador(a) do município ou região.

4.3.6 Planejando e desenvolvendo ações de vigilância e de promoção da saúde dos(as) trabalhadores(as) no território

A partir das informações já construídas, as eAB/eSF têm condições para planejar as atividades de Visat no território, definindo as prioridades para sua intervenção, assim como aquelas que deverão ser encaminhadas para outro nível de vigilância em saúde. Para esta ação, será necessário:

a. realizar planejamento das ações de promoção da saúde, considerando a capacidade de atuação das eAB/eSF;

b. identificar as demandas existentes no território;

c. definir critérios de prioridade para as ações de vigilância considerando as atividades produtivas, locais de trabalho e/ou empresas existentes no território;

d. avaliar em que situações deverão ser acionadas as equipes de vigilância em saúde e/ou do Cerest ou referencias técnicas em saúde do(a) Trabalhador(a), onde houver;

e. avaliar em que situações outras instâncias e órgãos deverão ser acionados;

f. definir como a equipe irá se relacionar com os(as) trabalhadores(as) e suas entidades de representação;

g. definir estratégias de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.

Dessa forma, as eAB/eSF podem selecionar junto à Visat as atividades produtivas prioritárias, considerando critérios epidemiológicos e sociais, como magnitude dos impactos à saúde, relevância social e vulnerabilidades identificadas no levantamento feito pelas equipes na etapa do reconhecimento do seu território e da população trabalhadora.

A identificação de demandas dos(as) trabalhadores(as) e dos movimentos sociais é muito importante. Frequentemente populações vulneráveis têm mais acesso às ações das eAB/eSF do que às demais instâncias das redes. Por exemplo, populações ribeirinha, pescadora, marisqueira, comunidades tradicionais, quilombolas, indígenas, trabalhadores(as) em atividades informais e em domicílio. Ações de promoção da saúde, de educação em saúde e orientações básicas de

prevenção para esses grupos de trabalhadores(as) são bastante factíveis de serem implementadas por essas equipes.

Os seguintes critérios podem ser utilizados para definir as ações de Visat prioritárias pelas eAB/eSF:

a. atividades produtivas domiciliares e peridomiciliares; pequenos empreendimentos e atividades informais;
b. crianças e adolescentes em situação de trabalho, gestantes e idosos(as);
c. ocorrência de acidente de trabalho, principalmente os graves e/ou com óbito;
d. identificação de doenças relacionadas ao trabalho prevalentes no território;
e. atividades produtivas que estejam contaminando o meio ambiente e colocando em risco a saúde da população circunvizinha.

As eAB/eSF podem identificar diversas atividades em domicílios e peridomicílios, com diferentes potenciais de risco à saúde e que envolvem, não apenas membros da família, mas outras pessoas da comunidade, inclusive crianças e adolescentes, passíveis de intervenções e ações de promoção e educação em saúde. Por exemplo:

a. produção, em pequena escala, de alimentos para venda, tais como refeições, doces, balas, bolos, picolés etc;

b. atividades de empresas que contratam mão de obra familiar para trabalhar em seus próprios domicílios, executando diversos serviços e tarefas, tais como: colagem e acabamento de calçados; corte e costura; fabricação de fogos de artifício, entre outras. Essas atividades podem acarretar exposição a substâncias e agentes perigosos para a saúde, não só de quem está diretamente trabalhando, mas para os demais membros da família que convivem naquele ambiente, em especial crianças, adolescentes e idosos. É o caso de alergias respiratórias, de rinites, asma em adultos e crianças, provocadas por exposição a poeiras produzidas nos processos de corte e costura. Nessas situações, as eAB/eSF podem avaliar quantos casos estão relacionados a essas exposições, além de desenvolverem ações de prevenção, proteção e promoção da saúde.

c. atividades no peridomicílio, como oficinas mecânicas e de pintura de veículos, serrarias, marmorarias, hortas e plantações peridomiciliares etc, implicam em exposição a diferentes riscos ocupacionais e ambientais, tais como exposições a ruído, a solventes orgânicos, óleos, sílica, agrotóxicos, entre outros.

No caso de acidentes de menor gravidade, as eAB/eSF podem atuar esclarecendo, investigando e orientando os(as) trabalhadores(as) e suas famílias em relação a ações de prevenção e proteção.

Para os acidentes graves e com óbito, pode fazer a primeira identificação e a investigação epidemiológica do caso, entrevistando o(a) trabalhador(a) acidentado(a), seu colega ou familiar, preenchendo a ficha de notificação e investigação do Sinan. Após isso, recomenda-se que acione a equipe de Vigilância em Saúde e o Cerest ou referência técnica em saúde do (a) trabalhador(a),

conforme os fluxos da rede definidos e pactuados em seu território. Nesses tipos de acidente, será necessário que a equipe de vigilância investigue as circunstâncias de ocorrência do evento no ambiente de trabalho, identificando sua rede de causalidade, elabore relatório ou documento técnico contendo recomendações para a prevenção de novos episódios e acompanhe a implantação das medidas recomendadas. Essa é uma tarefa mais complexa; entretanto, as eAB/eSF devem participar e acompanhar a equipe de vigilância.

ATENÇÃO

Um acidente de trabalho de pequena gravidade é um alerta (um evento sentinela) para a possibilidade de que a qualquer tempo pode ocorrer um evento de maior gravidade ou, até mesmo, casos de óbito. Por isso, a identificação desses pequenos e contínuos eventos pelas eAB/eSF, com orientações para sua prevenção e a sinalização deles para as equipes de vigilância em saúde pode fazer a diferença e evitar novas e mais graves ocorrências.

Para os casos de trabalho no domicílio, é importante que a equipe converse com clareza e abertamente com os(as) moradores(as), sempre buscando orientar e, junto com eles(as), identificar situações críticas e possibilidades de melhorias nas condições de produção visando à proteção da saúde.

Para lidar com essas questões e adquirir capacidade e conhecimentos técnicos para desenvolver ações de Visat, de promoção e educação em saúde dos(as) trabalhadores(as), é importante planejar e estabelecer uma agenda conjunta de capacitação e de apoio institucional e matricial entre as eAB/eSF do NASF-AB, das vigilâncias, do Cerest e referências técnicas em saúde do(a) trabalhador(a).

PARA SABER MAIS, CONSULTE:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador** – SUS. Org.: E. C. Sales e J. C. L. Ramos. Salvador: DIVAST, 2014.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador: **Orientações Técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho. Salvador**: DIVAST, 2012.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações Técnicas para a Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho Agrícola**. Salvador: DIVAST, 2013. 55 p.

DIAS, E. C. et al. **Diretrizes para a Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**. Belo horizonte, 2016.

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador**. Orientações Técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho. Salvador: DIVAST, 2012. 56 p.il.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações Técnicas para a Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho Agrícola**. Salvador: DIVAST, 2013. 55 p.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS**. Org.: E. C. Sales e J. C. L. Ramos. Salvador: DIVAST, 2014.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <shttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017a. p. 360-568.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017b. p. 61-192.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2017c. p. 288-360.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CORREA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**: Teorias e Práticas. Belo Horizonte: Coopmed. 2013. 388 p.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L (Org.). Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: MIUNAYO-GOMEZ, C. et al. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 67-85.

NOBRE, L. C. C. A Política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In: NOBRE, L.; PENA, P.; BAPTISTA, R. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Bahia**: história, conquistas e desafios. Salvador: SESAB, CESAT, 2011. 642 p.

PINHEIRO, T. M. M. **Vigilância da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 1996.

Participação e controle social em Saúde do(a) Trabalhador(a) na Atenção Básica

5

A participação dos(as) trabalhadores(as) e o controle social são inerentes às práticas de saúde no SUS. Inicialmente, a presença de usuários(as) foi assegurada pelos sindicatos, confederações, federações e centrais sindicais que tiveram participação ativa no processo de reforma sanitária e de construção e consolidação do SUS.

Entretanto, as mudanças em curso no mundo do trabalho, com o processo de globalização e flexibilização, responsáveis pela ampliação do trabalho informal e mesmo o formal precarizado, enfraqueceram o modelo de representação sindical e acarretaram a necessidade de buscar outras formas de organização e participação dos(as) trabalhadores(as) em todas as instâncias de formulação e implementação de políticas públicas, em particular no SUS.

Entre os novos arranjos produtivos, aparecem, por exemplo, as cooperativas e outras formas de organização, trabalho domiciliado, formal ou informal, entre outros, que facilitam a invisibilidade do trabalho e dos(as) trabalhadores(as) e dificultam a organização destes e o acesso ao poder público responsável pelas ações de inspeção, fiscalização dos processos de trabalho e a proteção e promoção da saúde dos(as) trabalhadores(as).

O exercício da cidadania é fundamental para a construção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros. No contexto do Estado Democrático de Direito, garantido a partir da Constituição Federal de 1988, os espaços e mecanismos oficiais de participação da sociedade civil nas decisões governamentais, como por exemplo, os conselhos de saúde, conselhos da Previdência e da Assistência Social, as audiências públicas e ouvidorias devem atuar de forma articulada com as representações dos(as) trabalhadores(as): associações, sindicatos, federações, confederações e centrais sindicais, e com outras formas de organização do movimento social.

A participação dos(as) trabalhadores(as) nas políticas de saúde pode ocorrer de forma individual e/ou coletiva. Individualmente, o(a) trabalhador(a) identifica e questiona as condições de trabalho que colocam em risco a sua integridade física, mental, afetiva ou moral. Quando necessário, o(a) trabalhador(a) aciona seu sindicato ou outra instância de representação, para denunciar irregularidades às instâncias de vigilância em saúde e fiscalização do trabalho.

A participação coletiva dos(as) trabalhadores(as) acontece a partir de associações, sindicatos, federações, centrais sindicais e outras formas de organização, que estabelecem uma agenda prioritária de interlocução junto às instâncias públicas responsáveis pelas políticas de saúde, com vistas a cobrar o desenvolvimento de ações preventivas e de intervenções sobre as condições e ambientes de trabalho, visando à proteção e à promoção da saúde dos(as) trabalhadores(as).

Sempre que identificarem problemas de saúde relacionados ao trabalho, as eAB/eSF devem buscar articulação com as organizações de trabalhadores(as) e instâncias do poder público.

5.1 Dispositivos legais que asseguram a participação de trabalhadores(as) nas políticas de saúde

A Constituição Federal de 1988 garantiu a participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas. Diversas leis, decretos, portarias e resoluções asseguram a participação dos(as) trabalhadores(as) nas políticas públicas. As principais instâncias formais de participação social em saúde são: conselhos e conferências de saúde, nas esferas municipal, estadual e nacional. Os(as) gestores(as) de saúde devem estimular, garantir e respeitar a participação da sociedade civil nas decisões sobre a política de saúde adotada. No âmbito da saúde do(a) trabalhador(a) é necessário assegurar a participação efetiva dos(as) trabalhadores(as) nos conselhos, comissões Intersetoriais e ouvidoria, entre outras instâncias.

As Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990(BRASIL, 1990a; 1990b), também chamadas de Leis Orgânicas da Saúde (LOS), dispõem, respectivamente, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a participação da comunidade na gestão SUS. Ressalte-se que a participação da comunidade é compreendida como um dos princípios norteadores do SUS (inciso VIII do artigo 7º da Lei n.º 8.080/1990). No capítulo "da Organização, da Direção e da Gestão", está prevista a criação de comissões intersetoriais, entre elas a de Saúde do Trabalhador, de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Essas comissões têm a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

Quadro 17 – Atribuições e objetivos de instâncias intersetoriais e de controle social no âmbito do SUS[4]

Instância	Características
Conselho de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal)	Os Conselhos de Saúde, nos três níveis de gestão, constituem as instâncias máximas de deliberação do SUS, têm caráter permanente e deliberativo, com a missão de deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde.
	É competência do Conselho, entre outras, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno dos Conselhos a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano de Saúde, conforme o nível de gestão.
	Os(as) trabalhadores(as) das eAB/eSF podem assumir o papel de conselheiros e defender os interesses dos(as) trabalhadores(as) neste colegiado.

Continua

[4] Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Continuação

Instância	Características
Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt)	A Cistt é subordinada ao Conselho de Saúde, em cada esfera de governo, de forma articulada com as respectivas instâncias de controle social, com os seguintes objetivos e finalidades[5] : – Participar da construção ou sugerir ações no Plano de Trabalho dos Cerest. – Acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Cerest observando seus planos de trabalho. – Articular políticas e programas de interesse para saúde do(a) trabalhador(a), cuja execução envolva áreas compreendidas e não compreendidas no âmbito do SUS. – Propor às instituições e entidades envolvidas que, no âmbito de suas competências, atuem no sentido de eliminar ou reduzir os riscos à saúde do(a) trabalhador(a). – Propor e acompanhar a implantação de medidas que objetivem a melhoria dos serviços de saúde do(a) trabalhador(a) público e privado. – Integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em saúde do(a) trabalhador(a) em torno de um projeto comum, visando à efetivação dos princípios do SUS. – Avaliar/analisar os projetos e plano de saúde apresentados pela Secretaria de Saúde por meio de seus técnicos, focando nas ações relacionadas à saúde do(a) trabalhador(a), recomendando ao pleno do conselho de saúde alterações, complementações que se fizerem necessárias, bem como sua aprovação ou rejeição. – Acompanhar a implantação/implementação dos projetos e planos de saúde, recomendando ao Conselho de Saúde que fiscalize e tome as providências cabíveis caso verifique questões que não estejam de acordo com o aprovado.

Continua

[5] Resolução nº 493, de 07 de novembro de 2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Conclusão

Instância	Características
Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt)	– Contribuir para a promoção da Sensibilização e da Educação Permanente de gestores(as), prestadores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) do SUS sobre a importância da discussão sobre saúde do(a) trabalhador(a). – A composição da Cistt é definida pelo pleno do conselho de saúde em cada esfera, de forma mais representativa possível, garantindo a presença de conselheiros(as) de saúde (titulares e/ou suplentes), dos órgãos/gestores(as) e entidades ligadas à política de Saúde do(a) Trabalhador(a), tais como: centrais sindicais, sindicatos, associação de moradores/bairros, representação de empregadores(as), universidades etc.
Conferências de Saúde	Realizadasa a cada quatro anos, com representantes dos vários segmentos sociais (governo, prestadores de serviços, usuários(as) e profissional de saúde), com o objetivo de avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.
Conselhos Locais de Saúde (CLS)	OS CLS são colegiados que possuem uma condição privilegiada, em relação aos conselhos estaduais ou municipais de saúde, para defender as necessidades dos(as) trabalhadores(as) pelo fato de que, em geral, são compostos por profissionais da saúde e lideranças comunitárias que trabalham e/ou residem na comunidade. Esta situação faz com que os membros dos CLS conheçam e vivenciem cotidianamente os fatores de riscos; as condições de trabalho, de renda, de moradias, de saneamento; o engajamento político; as crenças populares; o acesso à educação, e outros fatores que definem a situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) naquele território de abrangência.

Fonte: (BRASIL, 1990). Lei Orgânica da Saúde; (BRASIL; CNS, 2014).

ATENÇÃO

Ouvidorias de Saúde

A Ouvidoria é o setor responsável por receber manifestações como reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados por determinado órgão. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) recebe as manifestações dos usuários do SUS por meio de vários canais como: carta, internet, telefone e atendimento presencial.

Um dos canais para o cidadão entrar em contato com a Ouvidoria do SUS é o Disque-Saúde 136, onde o usuário pode manifestar suas reclamações, sugestões e elogios, além de solicitar informações sobre saúde, doenças, medicamentos e campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde. As ligações são gratuitas e podem ser efetuadas de qualquer parte do País. Em vários estados e municípios existem também as ouvidorias do SUS ou ouvidorias-gerais que atendem a estas demandas.

SAIBA MAIS

Em maio de 2014, o governo federal instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), que endossam a participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia e a complementaridade entre mecanismos da democracia representativa, participativa e direta. A PNPS intensifica e amplia os espaços de diálogo por meio do ambiente virtual de participação social, que permite a qualquer trabalhador se comunicar com os gestores e manifestar sobre as políticas públicas (BRASIL, 2014).

O ambiente virtual de participação social diz respeito ao mecanismo de interação social que utiliza tecnologias de informação e de comunicação, em especial a internet, para promover o diálogo entre administração pública federal e sociedade civil.

Considerando que a participação dos(as) trabalhadores(as) e o exercício efetivo do controle social requerem capacidade de analisar criticamente a realidade, para tomada de decisões, buscando resolver problemas e modificar situações de risco, as eAB/eSF têm a oportunidade de contribuir para o acesso ao conhecimento e a conscientização sobre os direitos e deveres dos(as) trabalhadores(as) e o papel do trabalho no processo saúde-doença.

PARA SABER MAIS, LEIA:

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Participação social em saúde do trabalhador: Entre o instituído e o instituinte. In: _____. **Documento Orientador da 4ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Documento_Orientador.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2017.

Muitas vezes, as equipes buscam garantir ou defender os direitos dos cidadãos-trabalhadores frente ao sistema de Seguridade Social, em um exercício de advocacia na perspectiva da Promoção da Saúde. Entre as dimensões a serem desenvolvidas estão:

- Ações educativas.
- Produção e difusão de informação.
- Busca de estratégias para responder às necessidades concretas de saúde dos(as) trabalhadores(as).
- Fomento à organização dos(as) trabalhadores(as).

A identificação e o levantamento das redes de serviços, de apoio institucional e de apoio social, de representações dos(as) trabalhadores(as) e da comunidade, bem como o estabelecimento de diálogo e articulação das eAB/eSF com essas instâncias e redes é fundamental para a compreensão e manejo de diversos problemas de saúde e demandas dos(as) trabalhadores(as).

A rede de apoio institucional no território pode ser identificada a partir do levantamento das instituições públicas e entidades que tenham interface com a área de saúde do(a) trabalhador(a).

As eAB/eSF podem mapear as diversas instituições e órgãos públicos responsáveis por políticas setoriais afins à saúde do(a) trabalhador(a), além da própria saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal, com representação, sediadas ou não, no território, a exemplo de: SRTE; agências do INSS; Secretarias do Trabalho, Ministério Público, Defensoria Pública, Cras e Creas, Conselho Tutelar, secretarias de: meio ambiente, agricultura, segurança pública, transportes, serviços, educação, cultura etc.

5.2 Identificação e articulação de redes de apoio e de participação social de interesse à saúde dos(as) trabalhadores(as) no território

A rede de apoio social aos(às) trabalhadores(as) é composta por :

- Entidades sindicais (sindicatos, federações, confederações e centrais sindicais).
- Associações e cooperativas de trabalhadores.
- ONG que têm por finalidade garantir direitos de cidadania, que prestam apoio social a crianças, a adolescentes, a pessoas com deficiência.
- Associações de trabalhadores(as) expostos(as) e/ou portadores(as) de agravos relacionados ao trabalho.
- Associações de bairro comunitárias.
- Representações de movimentos sociais, a exemplo do Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e do Movimento de Trabalhadores Sem Teto (MTST).

Também podem ser incluídas no levantamento as entidades e as organizações patronais, a exemplo de: Serviço Social da Indústria (Sesi); Serviço Social do Comércio (Sesc); Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (Senat); Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar), entre outras.

Na saúde, as instâncias gestoras e de Controle Social do SUS – Conselhos de Saúde (municipal, estadual e federal), Cistt, Conselho Gestor dos Cerest, conselhos locais e distritais de saúde, entre outros atores institucionais, têm um papel fundamental na implementação da política de saúde, inclusive no apoio às ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pela Atenção Básica.

Nas ações de participação e comunicação, as eAB/eSF deve envolver os movimentos sociais e as representações de trabalhadores(as) que são sujeitos na ação. A partir desse entendimento, recomenda-se que as eAB/eSF, por meio dos(as) técnicos(as) responsáveis pela ação, busquem no território, outras informações sobre a situação-problema objeto da ação de vigilância e assistência à saúde dos(as) trabalhadores(as).

Os(as) trabalhadores(as) e os movimentos sociais do território são atores fundamentais na elaboração das propostas de intervenção sobre os problemas identificados, assim como, aquelas relacionadas à promoção da saúde e devem participar do processo de planejamento da ação de vigilância e assistência à saúde dos(as) trabalhadores(as).

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS. Org.: E. C. Sales e J. C. L. Ramos. Salvador: DIVAST, 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. Decreto Nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm>. Acesso
em: 23 set. 2016.

_____. Lei nº 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Ouvidoria Portal Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/872-sgep-raiz/doges-raiz/ouvidoria-geral-do-sus/l1-ouvidoria-g-sus/12221-conheca-a-ouvidoria-geral-do-sus>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Participação social em saúde do trabalhador: Entre o instituído e o instituinte. In: _____. Documento Orientador da 4ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Documento_Orientador.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2017.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148 p.

_____P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 213 p.

ISBN 978-85-334-2685-6

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL