

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS
UNIDADES SENTINELAS NO MUNICÍPIO DE RECIFE EM 2017**

ANA CARLA DE FREITAS CALDAS

RECIFE

2018

ANA CARLA DE FREITAS CALDAS

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS
UNIDADES SENTINELA NO MUNICÍPIO DE RECIFE EM 2017**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Co-orientadora: Adriana Guerra Campos

RECIFE

2018

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-033/2018
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

C145s Caldas, Ana Carla de Freitas

Saúde do trabalhador: análise de implantação das unidades sentinela no município de Recife em 2017 / Ana Carla de Freitas Caldas. Orientadora: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa. Coorientadora: Adriana Guerra Campos – Recife: Do Autor, 2018.

63 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2018.

1. Avaliação em saúde. 2. Saúde do trabalhador. 3. Vigilância em saúde do trabalhador. I. Costa, Juliana Martins Barbosa da Silva, Orientadora. II. Campos, Adriana Guerra, Coorientadora. III. Título.

CDD 362.1072

ANA CARLA DE FREITAS CALDAS

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS
UNIDADES SENTINELA NO MUNICÍPIO DE RECIFE EM 2017**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
como requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018

BANCA EXAMINADORA

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel – IAM/FIOCRUZ

Dra. Isabella Samico – IMIP

Dra. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa – IMIP

*Dedico esse trabalho a minha
filha, que representa a minha
maior força e inspiração para a
vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e imensamente à Deus por me guiar em caminhos de Luz e me fortalecer quando foi necessário, por tantas vezes em que supliquei sua ajuda.

À minha querida e amada mãe, com muito carinho, amor e apoio, nunca mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu esposo e companheiro de toda uma vida, pela sua compreensão em meus dias ausentes e pelo seu colo e abraço apertado em tantos momentos difíceis.

A todos os meus familiares que me estimularam, em especial aos meus irmãos, cunhadas e cunhado que são mestres na arte de acolher.

Ao meu Pai, meu anjo da guarda, meu guia espiritual.

Ao meu sogro, meu incentivador, que nos momentos finais, assistiu lá de cima essa conquista.

Às amigas da turma do Mestrado (“50 reais”), pelos momentos de troca de experiências, incentivos e pelo carinho que cuidamos umas das outras. É claro que nossos momentos foram os mais maravilhosos.

Aos nossos mestres, e todos que fazem parte do IMIP, em especial a nossa coordenadora Isabella Samico pela brilhante forma na arte de conduzir esse mestrado e, à Paulo Frias, pelas orientações, junto às aulas de SEMP.

À minha orientadora Juliana Martins, pela paciência, ensinamentos e empenho dedicado na elaboração deste estudo, como também a minha co-orientadora Adriana Guerra, pelas correções e contribuições neste estudo, assim como as palavras de incentivo.

Aos colegas do Cerest Estadual por compartilhar comigo essa realização, e da Apevisa pelo apoio e compreensão.

A todos com quem dividi esse sonho...

RESUMO

Introdução: As unidades sentinelas (US) constituem a rede de serviços sentinela em saúde do trabalhador (ST). Foram criadas em 2008 com o intuito de funcionar como retaguarda e suporte técnico para a rede de atenção e vigilância em saúde. **Objetivo:** Analisar a implantação das unidades sentinela em saúde do trabalhador em hospitais estaduais no município de Recife, no ano de 2017. **Método:** Pesquisa avaliativa de análise de implantação que objetiva determinação do grau de implantação (GI) por meio da estratégia de estudo de casos múltiplos a nível de análise municipal. Foi elaborado um modelo lógico e construídas matrizes específicas de indicadores. Foram utilizados dados primários e secundários obtidos por meio de questionários semiestruturados. Para o julgamento do GI foi utilizado um sistema de escores, arbitrado pela pesquisadora, adotando para classificação quatro parâmetros de acordo com estudos realizados anteriormente: Implantado (80 a 100%); Parcialmente implantado avançado (60 a 79%); Parcialmente implantado incipiente (40 a 59%) e Não implantado (< 40%). **Resultados:** Verificou-se que o GI das US em ST avaliadas variou de 15% a 68%, com média geral de 42,4%. Observou-se implantação parcial avançada em uma US (68%), implantação parcial incipiente em duas US (56% e 48%) e não implantadas em outras duas US (25% e 15%). **Conclusões:** O processo foi a dimensão que mais contribuiu para que obtenção do GI não fosse alcançado. A avaliação realizada poderá servir de referência para a gestão local, outros municípios e estados. As informações contidas neste sejam capazes de contribuir no processo de tomada de decisão e redirecionamento de ações pelos gestores como também referência para estudos posteriores com a mesma temática.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Saúde do Trabalhador; Vigilância de Evento Sentinela; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: The sentinel units (SU) constitute the network of sentinel services in worker health (ST). They were created in 2008 to work as background and technical support the health attention and security network. **Objective:** Analyze the implementation of the sentinel units in laborers' health within the state hospitals in the municipality of Recife, in the year 2017. **Method:** Evaluative research of the implementation analysis that aims to determine the degree of implementation (GI) through the strategy of study of multiple cases at the level of municipal analysis. A logical model was elaborated and specific indicators matrices were constructed. Primary and secondary data were obtained through semi-structured questionnaires. For the GI trial, a scoring system was used, researched by a researcher, searching for the sending of four indications to the ex - censor (80 to 100%); Partially deployed advanced (60 to 79%); Partially implanted incipient (40 to 59%) and Not implanted (<40%). **Results:** It has verified that the DI of the SU in ST evaluated varied from 15% to 68%, with a general average of 42.4%. We observed advanced partial implementation in one US (68%), partial incipient implementation in two SU (56% and 48%) and non-implementation in two other US (25% and 15%). **Conclusions:** The process was the dimension that most contributed to the fact that the DI had not acquired. The evaluation performed could serve as a reference for the local management, other municipalities and states. The information contained therein is capable of contributing to the decision-making process and the redirection of actions by managers as well as reference to later studies with the same theme.

Keywords: Health Evaluation, Laborer's Health, Sentinel Event Monitoring, Monitoring of the Laborer's Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEP- Comitê de Ética em Pesquisas

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CF- Constituição Federal

CIB- Comissão Intergestora Bipartite

CRESAT- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

GI- Grau de Implantação

LER/DORT- Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho

NEPI- Núcleo de Epidemiologia

OIT- Organização Internacional do Trabalho

PAIR- Perda Auditiva Induzida por Ruído

PNST- Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PNSTT- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

POPs- Protocolos operacionais padronizados

PST- Programa de Saúde do Trabalhador

RENAST- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

ST- Saúde do Trabalhador

SUS- Sistema Único de Saúde

US- Unidades Sentinela

VISAT- Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 01. Hospitais estaduais que são unidades sentinela em ST no município do Recife..	29
Quadro 02. Matriz de Análise e Julgamento - Grau de Implantação das Unidades Sentinela em saúde do trabalhador no município de Recife.....	34
Figura 01. Principais marcos da Saúde do Trabalhador no Brasil, 1988 a 2016.....	18
Figura 02. Modelo lógico das Unidades Sentinela em saúde do trabalhador no município de Recife, 2016.....	32
Tabela 01. Dimensões, subdimensões, pontuação esperada e pontuação alcançada para o grau de implantação por unidade de análise, Recife, 2017.....	39
Tabela 02. Grau de implantação da dimensão estrutura em relação à subdimensão - Recursos humanos em Unidades Sentinela em saúde do trabalhador, Recife, 2017.....	40
Tabela 03. Grau de implantação da estrutura em relação à subdimensão - Recursos materiais, técnicos e normativos em Unidades Sentinela em saúde do trabalhador, Recife, 2017.....	41
Tabela 04. Grau de implantação do Processo em Unidades Sentinela em saúde do trabalhador, Recife, 2017.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS.....	13
1.2 VIGILÂNCIA SENTINELA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	18
1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	21
1.3.1 Análise de implantação.....	22
2 JUSTIFICATIVA.....	25
3 PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	26
4 OBJETIVOS.....	27
4.1 OBJETIVO GERAL.....	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
5 MÉTODO.....	28
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	28
5.2 LOCAL DE ESTUDO.....	28
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	29
5.4 PERÍODO DO ESTUDO.....	30
5.5 ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO.....	30
5.6 ELABORAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO.....	36
5.7 INSTRUMENTOS E COLETA DOS DADOS.....	36
5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
5.8.1 Processamento dos dados.....	37
5.8.2 Aferição do grau de implantação.....	37
5.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
6 RESULTADOS.....	39
6.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES SENTINELA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	39
7 DISCUSSÃO.....	44
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
9 RECOMENDAÇÕES.....	48
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
APÊNDICES.....	53
Apêndice A: Questionário para Avaliação do Grau de Implantação da Unidade Sentinela em Saúde do Trabalhador do município de Recife.....	53

Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	55
ANEXOS.....	57
Anexo 1. Parecer Consubstanciado do CEP.....	57
Anexo 2. Carta de Anuência da Secretária Executiva de Vigilância a Saúde.....	60
Anexo 3: Carta de Anuência da Secretária Executiva de Atenção a Saúde.....	61

1 INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, o trabalho já era visto como causa e agente transformador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens, tornando-se um alicerce importante para a sustentação do ser humano¹.

Sendo assim, a depender do momento histórico e da organização dos trabalhadores, o trabalho pode ter benefícios ou malefícios, sendo um importante determinante de saúde. A Saúde do Trabalhador (ST) por meio de estudos, tecnologias e práticas de saúde visa promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo um instrumento da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, constituindo-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional².

Dessa forma, a abordagem interdisciplinar e pluri-institucional no campo da ST envolve a participação dos trabalhadores e tem como objetivo as mudanças nos processos produtivos, a fim de melhorar as condições e os ambientes de trabalho. O saber dos trabalhadores contribui para a compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde³.

A preocupação com a saúde do trabalhador tem seu início a partir de abordagens assistenciais da medicina do trabalho, visando a manutenção da força do trabalho, direcionadas ao ambiente e no posto de trabalho. A partir do século 20, foram focados outros aspectos como a higiene, ergonomia e segurança do trabalho, com uma abordagem multidisciplinar direcionadas apenas para o ambiente de trabalho. No final dos anos 70, no Brasil, a ST toma forma e apresenta como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde⁴.

Como cita Mendes et al. (1993)⁵, no Sistema Único de Saúde (SUS) a vigilância à saúde não é “somente a produção de informação, mas, fundamentalmente, é a intervenção sobre determinantes e condicionantes de problemas em saúde”.

Definido na portaria GM/MS n° 3252 de 2009²², a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que tem por objetivo a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes. Sendo que a implantação de ações de VISAT desenvolvidas a partir do setor saúde no país é recente, no caso do estado de Pernambuco, são notáveis os investimentos econômicos para esse fim nos últimos anos^{5,6}.

Assim, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi criada como estratégia para superar os desafios da subnotificação no campo da Saúde do trabalhador, considerada como uma importante iniciativa capaz de oferecer suporte à organização dos fluxos de informação nos serviços de saúde. Somando-se ainda a notificação compulsória dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde, sobretudo em unidades integrantes da rede sentinela, fortalecendo o papel da vigilância epidemiológica como importante ferramenta para a organização das ações em saúde⁷

As Unidades Sentinela (US) constituem a rede de serviços sentinela em ST. Funcionam como retaguarda e suporte técnico para a rede de atenção à saúde, sendo estruturadas por serviços de média e alta complexidade já disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, são de grande importância estratégica para a garantia da qualidade das informações, pois são responsáveis por identificar, investigar e notificar, quando confirmados, os agravos e os acidentes relacionados ao trabalho. Além disso, devem viabilizar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância e intervenções em ST⁸.

Sabendo-se que a ausência de informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores dificulta a definição de ações prioritárias a serem desenvolvidas, é necessário utilizar abordagens que identifiquem as principais lacunas existentes na rede de assistência e vigilância⁹.

Com isso, a ST busca a explicação sobre o adoecer e o morrer dos trabalhadores, por meio do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideais, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na "moderna" civilização urbano-industrial⁴.

Apesar da relevância do tema, ainda há poucos estudos avaliativos com a temática de ST. As US em ST são intervenções relevantes como geração de informações reais e atuais, proporcionando qualidade na informação quando bem implantadas. Por isso, essa intervenção estabelece uma estratégia para o conhecimento da situação epidemiológica em ST. Em um estudo de avaliação de implantação de uma intervenção, pretende-se observar se os efeitos foram vulneráveis às mudanças de contexto existentes e a dinâmica em todo o processo de implantação, bem como os fatores explicativos para isto.

Dessa forma, se faz necessário conhecer a realidade das US's em ST, por meio de estudos avaliativos, para o desenvolvimento de ações eficazes para a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho e a possibilidade de contribuição na reorganização das US em ST.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Ao mesmo tempo em que o trabalho representa uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento do indivíduo quando executado com satisfação e saúde, ele também pode gerar sofrimento e adoecimento¹⁰.

Durante o processo de trabalho, o trabalhador relaciona-se de modo complexo e ativo com sua atividade e se confronta com dificuldades envolvendo o funcionamento biológico, fisiológico, perceptivo e mental. Esse confronto gera sofrimento que pode vir a comprometer a saúde, e tornando-se intolerável, ocasionando adoecimentos e até mortes¹⁰.

Os acidentes relacionados ao trabalho são frequentes e causam consequências sociais e psicológicas sobre o trabalhador acidentado, além de implicar gastos com serviços de saúde, indenizações e previdência. Além disso, as medidas de segurança para impedir a ocorrência de acidentes, não são suficientes, visto que muitas vezes suas exigências não são cumpridas. Portanto, o acidente de trabalho é um evento previsível e evitável¹¹.

No mundo, existe uma crescente tendência de acidentes e doenças relacionadas com o processo de trabalho. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho no mundo a cada ano, onde 2 milhões deles são fatais³ e os custos diretos e indiretos decorrentes de acidentes e doenças do trabalho giram em torno de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial. No Brasil, essa situação gerou um gasto orçamentário em torno de 11 milhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio acidente¹². Além disso, como consequência desses agravos, cerca de 2,3 milhões de pessoas no mundo morrem anualmente¹³.

O Brasil ocupa o 4º lugar mundial no *ranking* de acidentes de trabalho fatais. Esses dados mostram a magnitude desses eventos para a Saúde Pública³. Os Acidentes de Trabalho (AT) são considerados graves problemas socioeconômicos e de saúde pública e acometem grande parcela da população trabalhadora¹⁴.

Os dados da Previdência Social do Brasil, que abrange apenas trabalhadores formais, apontam para um total de 720 mil acidentes em 2010. Destes, mais de 2.500 resultaram em mortes e cerca de 15 mil afastamentos do trabalho devido às incapacidades permanentes por conta desses acidentes. No período de 2007 a 2013, o país registrou mais de cinco milhões de

acidentes. Pouco mais de 45% desses casos evoluíram para óbito, invalidez permanente ou afastamentos do emprego¹⁵.

Desde o século XVIII, com a Revolução industrial na Inglaterra, iniciou-se a necessidade de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores, devido à alta incidência de acidentes e adoecimentos oriundos das péssimas condições de trabalho e por consequência os prejuízos econômicos ocasionados pelo afastamento desses trabalhadores¹⁶.

No Brasil, com o fim da ditadura militar, em meados da década de 1970, o movimento dos trabalhadores, coordenado pelos sindicatos, passa a se organizar em torno de reivindicações comuns, como a defesa do direito de trabalho digno e saudável, a garantia de atenção integral à saúde e à participação dos trabalhadores na organização dos processos produtivos. Este movimento ganha força na década de oitenta, passando a ser um dos pilares da reforma sanitária brasileira, com uma nova proposta de saúde pública, nela incluída a ST¹⁶.

Este marco foi fundamental para a conquista social em ST, garantida na Constituição Federal (CF) de 1988 como competência do SUS¹. Neste contexto, a saúde tornou-se "um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas". A CF atribuiu ao SUS a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e coloca a importância do SUS em colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. O conceito ampliado de saúde da CF englobou a ST quando incluiu entre seus determinantes: as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e emprego¹⁷.

Posteriormente, a denominação "saúde do trabalhador" aparece, também, incorporada e consolidada na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990), que estabelece sua conceituação e define as competências do Sistema Único de Saúde neste campo:

“Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos

trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990, p.3)¹⁸.

Em Pernambuco, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) iniciou na década de 1990 com o Programa de Saúde do Trabalhador (PST) instituindo os Centros de Referência nas principais unidades hospitalares. A partir dos anos dois mil foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) com a portaria nº 1679 de 19 de setembro de 2002, sendo a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS. A rede organiza-se de forma regionalizada, buscando ampliar as ações intersetorialmente com foco na atenção básica e o retorno das discussões técnico-políticas de definição da PNST propriamente dita¹⁹.

Com a RENAST, foram implantados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Pernambuco foi contemplado com nove Cerest, sendo um Estadual e oito regionais¹⁹, com a perspectiva de prestação da retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS²⁰.

Em virtude da fragmentação das ações de saúde do trabalhador, a Renast foi uma nova tentativa de consolidar a política, sendo estruturada a partir da expansão dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), regionalizados, e de alguns municípios, denominados de municípios sentinela e das unidades sentinelas com a proposta de atuar enquanto referência para as doenças e acidentes de trabalho e organizar o fluxo de atendimento para os trabalhadores nas demais instâncias do SUS⁶.

Nesse sentido, a RENAST foi criada como uma nova tentativa de efetivar as ações preconizadas pela ST na rede do SUS, com a implantação e habilitação dos Cerest como a principal estratégia do governo para política de saúde do trabalhador, e as ações de vigilância permaneceram em segundo plano, sabendo-se que há uma reconhecida subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho⁶.

A portaria Nº 3.120 do Ministério da Saúde, aprovou em 1998 a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS, fornecendo subsídios básicos para as ações, direcionando a metodologia e definindo as estratégias para a execução das ações, levando em consideração as especificidades produtivas, bem como particularidades regionais²¹. Desta forma, a VISAT foi inserida no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde desde de 2009, definido a partir da Portaria GM/MS nº 3252, com o objetivo de analisar permanentemente a situação de saúde da população trabalhadora, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde desta população, para garantir a integralidade da atenção, de forma individual ou coletiva, por meio de ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo dentre outras a VISAT²².

Diferente de outras ações de vigilância, a VISAT precisa se realizar mediante um programa de ações contínuas intra e intersetoriais que permitam melhorias no âmbito social e laboral, articulando setores da saúde, controle social, em especial representantes dos trabalhadores e do processo produtivo em questão, como também o Ministério do Trabalho e Emprego, Previdência Social, dentre outros²³.

Em 2012, o Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST) que resgata linhas de políticas anteriores, como Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS e considera a RENAST, definindo as diretrizes e a estratégia da atuação do SUS nos diversos níveis de atenção reforçando a necessidade de desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde do trabalhador visando a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos²⁰.

Com intuito de alinhar-se ao conjunto de políticas de saúde do SUS, de forma descentralizada, em rede e linhas de cuidado, a PNSST recomenda com importante ênfase a

vigilância em saúde do trabalhador, ressaltando a identificação do trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença e o reconhecimento de todos os tipos de trabalho, garantindo direitos a todos os trabalhadores independentemente do sexo, localização do trabalho, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, de seu vínculo empregatício. Para a PNSTT é preciso que a identificação da situação do trabalho seja considerada tanto nas ações de saúde como no momento de cada intervenção em saúde²⁰. A figura 1 ilustra de forma resumida os marcos relevantes ligados à Saúde do Trabalhador no Brasil.

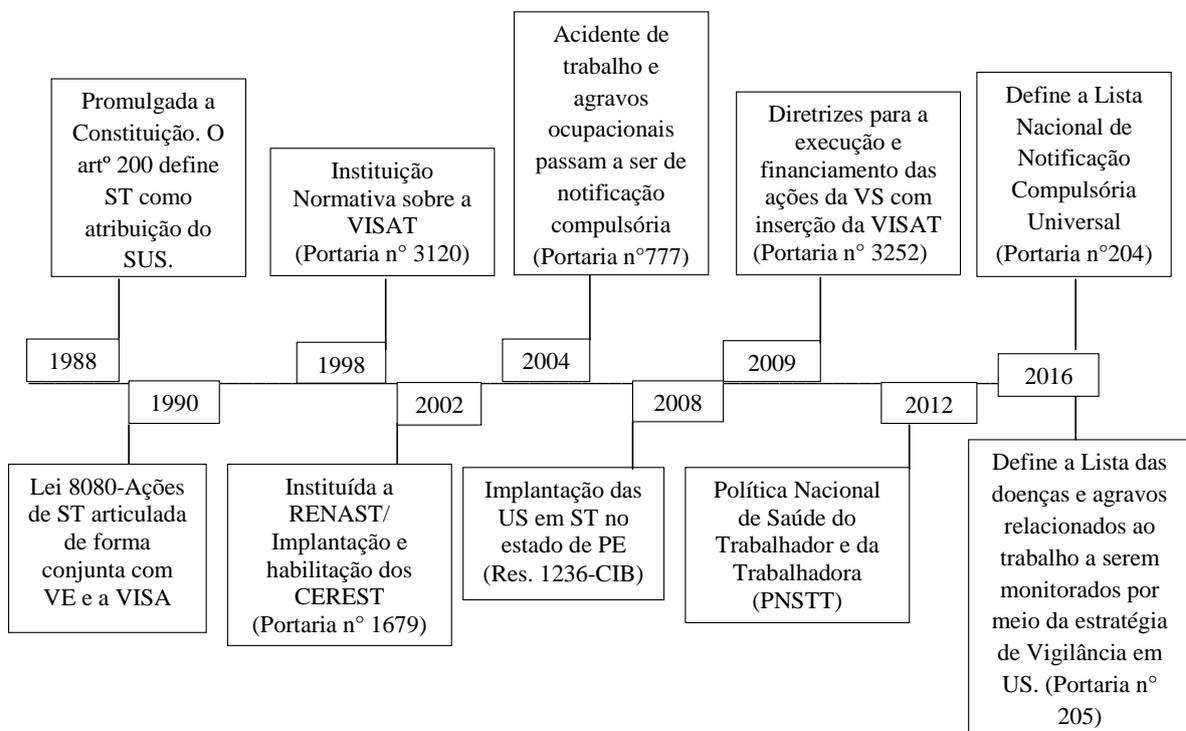


Figura 01. Principais marcos da Saúde do Trabalhador no Brasil, 1988 a 2016.

Fonte: Adaptado de Santana et al (2009)¹².

1.2 VIGILÂNCIA SENTINELA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Na Saúde Pública o termo "sentinela", vem sempre associado a substantivos como unidades, eventos, áreas, populações, partindo-se do princípio do alerta para coleta de

informações com o objetivo do monitoramento para serviços de saúde ou situações de saúde. Em 1976, Rustein e colaboradores, definiram como “eventos sentinelas”, doença prevenível, incapacidade ou óbito evitável²⁴.

A vigilância sentinela tem como objetivo a estratégia de monitorar indicadores-chave em unidades de saúde específicas, denominadas “unidades sentinelas”, que sirvam como alerta precoce para o sistema de vigilância e padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do SUS^{26,27}.

A Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, como prevê a RENAST, é utilizada para prestar assistência de retaguarda qualificada de média e alta complexidade, garantindo a informação para viabilizar a vigilância em saúde. Assim, o “serviço sentinela” é responsável pelo diagnóstico, tratamento e notificação, que darão subsídios para ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador⁹. A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho²⁸.

Conforme preconiza a RENAST, a Resolução nº 1236 de 05 de maio de 2008, aprovou o processo de regionalização e implantação de unidades sentinela em saúde do trabalhador no estado de Pernambuco, estabelecendo trinta unidades, com a pactuação das unidades de saúde, definido pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB)²⁸.

Visto que somente a pactuação das unidades de saúde não significa que efetivamente sejam notificados os agravos, neste sentido, é preciso realizar ações para a implantação dos protocolos clínicos e treinamentos para capacitar as unidades e os trabalhadores nos cuidados à saúde do trabalhador²³.

Dessa forma, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com a portaria nº 777/2004, os acidentes de trabalho e outros agravos relacionados

ao trabalho passaram a ser de notificação compulsória em rede de serviços sentinela específica por meio do instrumento das fichas de notificação^{29, 30, 31}.

Atualmente, a portaria nº 204 de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória Universal, tanto nos serviços públicos como nos serviços privados em território nacional. A portaria em vigor traz o acidente grave relacionado ao trabalho como de notificação compulsória imediata, devendo ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência e o acidente de trabalho com material biológico e intoxicação exógena como notificação compulsória semanal devendo ser realizada em até 7 dias a partir do conhecimento da ocorrência²⁶.

Ainda sobre a lista nacional de doenças e agravos, a portaria nº 205 de 2016, define as doenças e agravos relacionados ao trabalho a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em US e que sirvam como alerta precoce para o sistema de vigilância. A VISAT traz o câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), perda auditiva induzida por ruído (PAIR) relacionada ao trabalho, pneumoconioses relacionadas ao trabalho e os transtornos mentais relacionados ao trabalho como as doenças e agravos a serem monitorados em Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador²⁷.

Sabe-se que a qualidade das informações produzidas nas US's é de fundamental importância para o desenvolvimento de estratégias eficazes para a redução dos agravos relacionados ao trabalho, além de contribuir para um direcionamento das ações de VISAT. Apesar da relevância do tema, pouco tem se discutido sobre os fatores que contribuem para a notificação dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho nas US⁷.

Portanto, para garantir a efetiva atuação da PNSTT conforme preconiza a VISAT é fundamental a horizontalidade das ações com as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e outras instituições afins, como também se faz necessário o envolvimento do

controle social, a interdisciplinaridade de atores, considerando os municípios e distritos sanitários como loco das ações³².

Por fim, a VISAT propõe o conhecimento da realidade sanitária da população trabalhadora e de seus perfis históricos, dos riscos e cargas de trabalho, das novas formas de adoecer e morrer no trabalho; e a intervenção sobre os fatores determinantes de agravos, eliminando-os, atenuando-os ou controlando-os, por meio da fiscalização e da negociação coletiva, subsidiando ações nas esferas do governo mediante políticas públicas e aprimoramento das normas legais³².

1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O conceito de avaliação é bem amplo, porém existe um consenso sobre essa definição, que diz:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões³³.

Qualquer intervenção pode ser objeto de um processo avaliativo. Por implantação entende-se a transferência, em nível operacional, de uma intervenção³⁴.

Na área da saúde, a avaliação vem sendo uma alternativa de grande valia na produção de informações para gestores, orientando a tomada de decisão a partir da construção de um julgamento de valor sobre uma intervenção. Os questionamentos, respondidos por diferentes atores envolvidos, são produzidos por meio das ações individuais ou coletivas, tornando-os capazes de se posicionarem diante de uma intervenção em juízo³⁵.

Diante das mais variadas abordagens, a avaliação é capaz de estudar as relações de uma intervenção e seu contexto e, destes, com os efeitos observados. Em uma intervenção, os

fatores contextuais podem contribuir para o aumento dos efeitos por ela produzidos ou bloqueá-los³⁶. Entende-se por intervenção o “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”³⁷. O julgamento de valor de uma intervenção pode ser resultado de uma avaliação normativa (aplicação de critérios e de normas) ou de uma pesquisa avaliativa (como consequência de um procedimento científico)³³.

Na pesquisa avaliativa, os métodos científicos baseiam-se para analisar as relações existentes entre os componentes da intervenção, podendo ser decomposta em seis tipos de análises distintas:

- Estratégica: análise da adequação estratégica entre a intervenção e o problema que o originou (pertinência);
- Lógica: análise da adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingí-los;
- Produtividade: análise da relação dos recursos empregados e os serviços produzidos;
- Efeitos: análise da influência dos serviços sobre o estado de saúde de quem os utiliza (eficácia);
- Eficiência: análise da utilização de recursos e os efeitos alcançados (eficiência);
- Implantação³⁸.

1.3.1 Análise de implantação

A análise da implantação estuda as relações entre uma intervenção e seu contexto, tendo por objetivo traçar os fatores que facilitam ou dificultam sua implantação³⁵.

A análise da implantação subdivide-se em quatro componentes diferentes:

- Tipo 1a: análise de transformação da intervenção;
- Tipo 1b: análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção;
- Tipo 2: análise da influência da variação da implantação sobre os efeitos observados;
- Tipo 3: análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados³⁵.

É indispensável avaliar a implantação de uma intervenção para conhecê-la por completo, no que diz respeito à intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes, bem como os fatores explicativos das inconformidades observadas entre o planejamento e a execução das ações. Primeiramente, essa análise obriga a construir a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes e práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados³⁹.

A análise de implantação é um tipo de pesquisa avaliativa relevante para a avaliação de programas de saúde, uma vez que permite ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos referidos programas. É um tipo de pesquisa de grande utilidade quando existe uma ampla variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes^{37, 40}.

Sendo assim, as US em ST se constituem como uma intervenção com objetivos e metas bem definidos, utilizando recursos humanos, financeiros, físicos com a finalidade de interceder numa problemática, como os crescentes acidentes e agravos relacionados à saúde do trabalhador.

Não foram encontrados estudos que avaliaram a implantação dessa intervenção, observando quais fatores contextuais interferem na implantação da mesma e como esses fatores relacionam-se com a dinâmica de implantação.

Estudar a implantação das unidades sentinelas em saúde do trabalhador faz-se necessário para conhecer melhor as contribuições que foram efetivamente acertadas na intervenção escolhida servindo de modelo para futuras ações em outras intervenções.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- O trabalho é uma das principais causas de adoecimento na sociedade;
- Os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são em sua maioria evitáveis mediante conhecimento dos fatores de risco envolvidos nos mesmos;
- O aumento crescente de acidentes relacionados ao trabalho em Pernambuco;
- A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que devem identificar, investigar e notificar os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho;
- A vigilância sentinela é uma estratégia importante para a redução da morbimortalidade dos trabalhadores.
- A incipiência de estudos avaliativos com a temática de saúde do trabalhador.
- A contribuição dos estudos de avaliação para a melhoria dos serviços e sistemas de saúde.

Este estudo se justifica pela:

- Necessidade do conhecimento da influência dos fatores contextuais no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador em unidades sentinelas;
- Necessidade de estudos avaliativos com a temática de Saúde do Trabalhador em todo estado de Pernambuco;
- Possibilidade de contribuir na reorganização das Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador do estado de PE.

3 PERGUNTAS AVALIATIVAS

Desta forma, a presente pesquisa pretende responder as seguintes perguntas avaliativas:

1. Qual o grau de implantação das unidades sentinela em saúde do trabalhador nos hospitais estaduais do município do Recife?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a implantação das unidades sentinela em saúde do trabalhador em hospitais estaduais no município de Recife.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar o grau de implantação das unidades sentinela em saúde do trabalhador em hospitais estaduais no município de Recife.

5 MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, que objetiva determinar o grau de implantação das unidades sentinela em ST nos hospitais estaduais no município de Recife.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Recife, capital do Estado de Pernambuco, com aproximadamente 220 km² de extensão territorial e uma população estimada para 2016 de 1.625.583. Limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico⁴¹.

O município do Recife foi eleito como local do estudo, uma vez que cinco hospitais estaduais que são unidades sentinelas em saúde do trabalhador localizam-se nessa região, sendo o município que possui a maior quantidade de unidades sentinelas em saúde do trabalhador, além dos mesmos serem referências tanto para a rede de saúde do Recife, como também para o estado como um todo (Quadro 01).

Hospital	Nº de Leitos	Emergências	Especialidades	Referência
Agamenon Magalhães	416	Clínica, Cardiológica, Otorrinolaringologia e Maternidade de Alto Risco	Ginecologia, obstetrícia, pediatria, clínica médica, pneumologia, cardiologia, endocrinologia e plástica	Nacional em alta complexidade Cardiológica e saúde auditiva
Barão de Lucena	332	Obstetrícia e Pediatria	Ginecologia, obstetrícia, pediatria, clínica médica, nefrourologia e oncologia	Estadual de alta complexidade materno-infantil
Getúlio Vargas	444	Cirurgia Geral, Cirurgia vascular, Cirurgia de Bucomaxilofacial, Clínica médica, Cirurgia Traumatológica e Ortopédica e Neurologia	Ortopedia, traumatologia, cirurgia geral, plástica, neurocirurgia, neurologia, geriatria e pediatria	Estadual em ortopedia
Otávio de Freitas	591	Cirurgia Geral Clínica médica Traumatologia-ortopedia Pediatria Urologia	Cirurgia geral, pneumologia, ortopedia, traumatologia, nefrourologia, clínica geral e pediatria	Estadual para pneumologia, traumatologia-ortopedia, clínica médica, urologia, cirurgia geral e pediatria.
Governador Paulo Guerra (Restauração)	830	Cirurgia bucomaxilofacial Cirurgia Geral Cirurgia vascular Clínica médica Clínica pediátrica Intoxicações Neurocirurgia Neurologia Queimaduras Traumatologia-ortopedia	Neurologia, ortopedia, traumatologia, cirurgia geral, plástica, queimado e pediatria	Estadual para atender queimaduras graves, intoxicação exógena e por animais peçonhentos, vítimas de violência – agressões por arma de fogo e arma branca - e acidentes de trânsito; Nacional em Centro de Tratamento de Queimados

Quadro 01. Hospitais estaduais que são unidades sentinela em ST no município do Recife.

Fonte: CNES

Dados referentes a novembro de 2017

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo constituíram-se por atores-chave envolvidos com a implantação das unidades sentinelas em ST do nível central (três profissionais) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) conforme a Resolução nº 1236 de 05 de maio de 2008²⁷, os diretores (cinco

profissionais) dos hospitais estaduais onde as unidades sentinelas foram implantadas no município de Recife e os responsáveis pelo núcleo de epidemiologia (cinco profissionais) dessas unidades, totalizando 13 profissionais.

Para validar os instrumentos da pesquisa, foram selecionados quatro especialistas de instituições de ensino e pesquisa (IES), três profissionais vinculados à gestão no nível central da SES-PE e um responsável pelo núcleo de epidemiologia de cada US.

5.4 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de março de 2016 a setembro de 2017.

5.5 ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO

O modelo lógico é um esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados) ^{1, 2, 12, 36, 39}.

A construção do modelo lógico das Unidades Sentinela em ST no município do Recife se deu em duas etapas. A primeira etapa objetivou a elaboração de um modelo lógico preliminar e foi realizada por meio de consulta a documentos oficiais ^{9, 19, 20, 21, 22, 26, 30} e pesquisa bibliográfica sobre a vigilância sentinela e agravos de notificação compulsória em ST ^{7, 23, 25, 42, 43, 44}.

Com base nesse material, identificou-se o componente da vigilância epidemiológica, atividades, produtos, resultados intermediários e, por fim, o resultado final, constituindo-se o modelo lógico inicial.

O modelo lógico inicial foi submetido à consulta de atores-chaves, com intuito de opinarem sobre a completude e relação causal de seus elementos. Para este momento, foram selecionados quatro especialistas de IES, três profissionais vinculados à gestão no nível central da SES-PE e um profissional responsável pelo núcleo de epidemiologia de cada US, totalizando doze atores-chave. Os profissionais selecionados receberam o modelo lógico inicial por meio de endereço eletrônico e realizaram as sugestões. Essas sugestões foram consolidadas preservando o anonimato dos profissionais. Neste consolidado, enviaram as sugestões todos os profissionais ligados à gestão no nível central da SES, três profissionais das IES e dois profissionais responsáveis por duas US distintas. Os pontos de maior discordância foram debatidos em uma oficina de validação resultando no Modelo Lógico final (Figura 02)

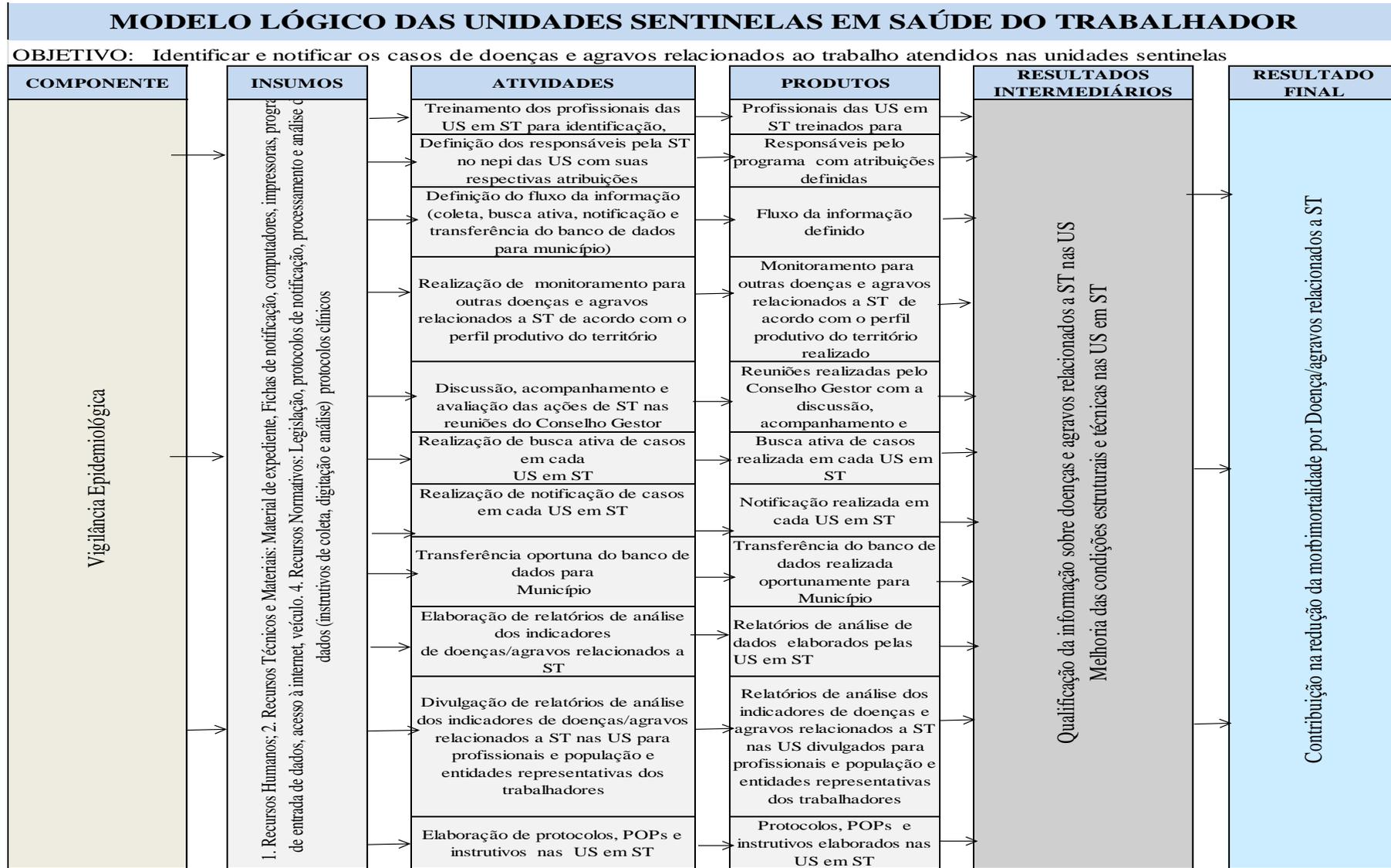


Figura 02. Modelo lógico das Unidades Sentinelas em saúde do trabalhador no município de Recife, 2016.

5.6 ELABORAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO

A matriz de análise e julgamento para o grau de implantação foi elaborada com base no modelo lógico das US em ST e validada pelos especialistas na mesma oficina em que foi validado o modelo lógico. Nela constam os critérios, os indicadores, parâmetros, pontuação esperada, bem como a fonte de verificação, considerando as dimensões de estrutura e processo das US em vigilância em ST.

A pontuação máxima para a matriz foi de 100 pontos, que foram distribuídos com pesos diferentes de acordo com cada dimensão, sendo peso maior para os processos (60 pontos) e para estrutura 40 pontos, conforme demonstrado no Quadro 02.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Descrição ou método de cálculo	Parâmetros	Descrição ou ponto de corte	Fonte de verificação
ESTRUTURA	RECURSOS HUMANOS (20 pontos)	% de profissionais treinados das US em ST	Nº total de profissionais treinados/ nº total de profissionais responsáveis pela identificação, diagnóstico, notificação e análise dos dados x100	>80 % de profissionais treinados	10 pontos se = ou > 80% dos profissionais treinados 5 pontos se > 50% e < 80% 0 ponto se < 50%	Entrevista
		Definição de responsável pela ST na US com suas atribuições	Pelo menos 1 técnico (sem que seja necessário que atue exclusivamente em ST)	Sim	Sim= 5; Não =0	Entrevista
		Definição de responsável pela ST no nepi pelo período de 40h semanais	Pelo menos 1 técnico	1	Sim= 5; Não =0	Entrevista
	RECURSOS MATERIAIS, TÉCNICOS e NORMATIVOS (20 pontos)	Disponibilização das fichas de notificação de doenças/agravos em ST- impresso ou em meio eletrônico	Disponibilidade sempre que houver a demanda	Sim	Sim= 5; Não =0	Observação direta
		Conhecimento de protocolos e/ou Portarias sobre as doenças/agravos em ST- impresso ou em meio eletrônico	Pelo menos 1 documento técnico conhecido	1	Sim= 5; Não =0	Observação direta
		Disponibilização de recursos materiais (papel, tinta, caneta) e equipamento (computador/ impressora/ telefone)	Papel, cartucho, caneta, computador, impressora e telefone	> ou = a 4 itens existentes	5 pontos > ou = a 4 itens existentes 2 pontos < ou = a 3 itens 0 pontos = ausência de todos os itens	Entrevista e observação direta
		Definição de espaço físico específico para guarda de materiais	Local definido para guarda de materiais de expediente e de fichas de notificação	Sim	Sim= 2; Não =0	Entrevista e observação direta
		Nº de linhas telefônicas habilitadas para realizar ligações	Pelo menos 1(uma) linha telefônica habilitada para ligações externas	1	Sim= 3; Não =0	Entrevista e observação direta

Quadro 02. Matriz de Análise e Julgamento- Grau de Implantação das Unidades Sentinelas em saúde do trabalhador no município de Recife.

Fonte: Elaboração própria

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Descrição ou método de cálculo	Parâmetros	Descrição ou ponto de corte	Fonte de verificação
PROCESSO	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (60 pontos)	Treinamento dos profissionais com a temática de ST	Nº de treinamentos realizados com a temática ST por ano	Pelo menos 1 treinamento realizado por ano	10 pontos = pelo menos 1 treinamento por ano 0 pontos = nenhum treinamento realizado por ano	Entrevista com informante chave - Observação direta; Registros frequência dos presentes
		Realização de monitoramento para outras doenças e agravos relacionados a ST de acordo com o perfil produtivo do território	Monitoramento para outras doenças e agravos relacionados a ST de acordo com o perfil produtivo do território realizado	Sim/Não	Sim= 5; Não =0	Entrevista, observação direta e Verificação de prontuários e livro de registro
		Discussão, acompanhamento e avaliação das ações de ST nas reuniões do Conselho Gestor	Nº de reuniões realizadas pelo Conselho Gestor com a discussão, acompanhamento e avaliação das ações de ST	Pelo menos 1 reunião semestral	2 pontos= mais de 1 reunião(ões) por semestre; 1 pontos= 1 reunião por semestre; 0= Nenhuma reunião	Primária-entrevista Registro: atas, frequências
		Busca ativa de casos realizadas em cada US em ST	Realização de busca ativa por meio de prontuários, visita ao leito ou livro de registro	Sim/Não	Sim= 10; Não =0	Entrevista, observação direta e Verificação de prontuários e livro de registro
		% de notificações oportunas em ST realizadas	Notificação oportunamente de 80% dos casos atendidos na US em ST	>80 % de notificações oportunas	10 pontos se = ou > 80% das notificações realizadas oportunamente 5 pontos se > 50% e < 80% 0 ponto se < 50%	Entrevista, observação direta e Verificação de relatórios ou registro (informações do sistema de cadastro/triagem)
		%de notificações de doenças/ agravos em ST realizadas	Notificação de 80% dos casos atendidos na US em ST	>80 % de notificações dos casos de doenças/ agravos atendidos na US em ST	5 pontos se = ou > 80% das notificações dos casos de doenças/ agravos atendidos na US em ST 3 pontos se > 50% e < 80% 0 ponto se < 50%	Entrevista, observação direta e Verificação de relatórios ou registro (informações do sistema de cadastro/triagem)

Quadro 02. Matriz de Análise e Julgamento- Grau de Implantação das Unidades Sentinelas em saúde do trabalhador no município de Recife. (continuação)

Fonte: Elaboração própria

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Descrição ou método de cálculo	Parâmetros	Descrição ou ponto de corte	Fonte de verificação
PROCESSO	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (60 pontos)	Transferência oportuna do banco de dados para Município	Transferência do banco de dados realizada oportunamente para Município	Sim/ Não	10 pontos = Sim-Registro de transferência oportuna do banco de dados para o município; 0=Não- Sem transferência em qualquer mês	Entrevista com informante chave, observação direta - Análise do fluxo do banco de dados, e-mails de transferência/ comunicações de transferência.
		Nº de análises das doenças/agravos relacionados a ST realizadas	Análise de doenças/agravos em ST nas US	1 análise (relatório)/ mensal	2= 1 relatório mensal 1= Relatórios sem periodicidade mensal; 0= Nenhum relatório no período de um ano	Entrevista com informante chave, observação direta - Relatórios de análise realizados com base nos respectivos indicadores.
		Elaboração de Protocolos/POPs e ou instrutivos com a temática de ST	Protocolos/POPs e/ou instrutivos elaborados	Sim/ Não	Sim=2 Não=0	Entrevista com informante chave - Observação direta
		Definição do fluxo da informação (coleta, busca ativa, notificação e transferência do banco de dados para município)	Fluxo da informação definidos	Sim/ Não	Sim=2 Não=0	Entrevista com informante chave - Observação direta
		Divulgação de relatórios de análise dos indicadores de doenças/agravos relacionados a ST nas US para profissionais e população e entidades representativas dos trabalhadores	Relatórios de análise de indicadores de doenças/agravos relacionados a ST nas US divulgados	Sim/ Não	2= 1 relatório mensal divulgado 1= Relatórios divulgados sem periodicidade mensal; 0= Nenhum relatório divulgado no período de um ano	Entrevista com informante chave - Observação direta

Quadro 02. Matriz de Análise e Julgamento- Grau de Implantação das Unidades Sentinelas em saúde do trabalhador no município de Recife. (continuação)

Fonte: Elaboração própria

5.7 INSTRUMENTOS E COLETA DOS DADOS

Os dados primários foram coletados pela pesquisadora por meio da aplicação de questionários (Apêndice A) com base nos indicadores descritos na Matriz de Análise e Julgamento do GI, como também, através da comprovação de evidências a partir da verificação/observação direta das informações citadas pelos entrevistados. Os dados secundários por meio de consulta de documentos oficiais disponíveis (atas de reuniões, declarações de cursos de capacitações, fichas de notificações, relatórios e boletins epidemiológicos).

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

5.8.1 Processamento dos dados

Os dados coletados foram inseridos no programa Excel e analisados posteriormente.

5.8.2 Aferição do grau de implantação

A classificação do grau de implantação foi obtida por meio da análise da pontuação alcançada obtida nas dimensões de estrutura e processo, de acordo com os indicadores selecionados. As respostas dos questionários foram consolidadas em um banco de dados no programa Excel (versão compatível com 97-2003), viabilizando a comparação com os parâmetros e a pontuação esperada e alcançada de cada indicador.

Em seguida, realizou-se a soma da pontuação alcançada em cada dimensão, sendo atribuídos pesos diferentes às dimensões: quatro à estrutura e seis ao processo; visto que, uma estrutura em situação ideal, não garante a implantação satisfatória de uma intervenção sem que o processo seja também satisfatório. Por outro lado, o empenho no processo asseguram, por vezes, resultados satisfatórios, mesmo diante de uma estrutura precária⁴⁵.

Após a soma da pontuação obtida em cada dimensão foi calculado o percentual em relação à pontuação máxima esperada:

$$GI = \frac{\Sigma \text{ Pontuação obtida} \times 100}{\Sigma \text{ Pontuação máxima}}$$

Para o julgamento do GI foi utilizado um sistema de escores, arbitrado pela pesquisadora, adotando para classificação quatro parâmetros de acordo com estudos realizados anteriormente^{46, 47}.

- ■ Implantado: 80 a 100%;
- ■ Parcialmente implantado avançado: 60 a 79%;
- ■ Parcialmente implantado incipiente: 40 a 59%.
- ■ Não implantado: < 40%

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) de acordo com a resolução 466/2012 e parecer de nº 2.057.712 (Anexos 1). Aos participantes foram apresentados os objetivos do estudo, a confidencialidade das informações, a garantia do anonimato e a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus ou constrangimento. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Essa pesquisa não conferiu risco à integridade física do participante, podendo ter gerado apenas o risco de constrangimento aos entrevistados, por questões que não sabiam responder. Não existem potenciais conflitos de interesse nesta pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES SENTINELA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Na análise do grau de implantação das cinco unidades sentinelas avaliadas, verificou-se que vigilância em ST está parcialmente implantada avançada (GI=68%) em apenas uma unidade sentinela (US C). Em outras duas unidades, o GI foi de 56% e 48%, classificadas como parcialmente implantadas incipiente (US D e US B, respectivamente.), enquanto nas duas não implantadas, a proporção variou de 15% a 25% (US E e a US A, respectivamente). A média geral do GI alcançada foi de 42,4% (Tabela 1).

Tabela 01. Dimensões, subdimensões, pontuação esperada e pontuação alcançada para o grau de implantação por unidade de análise, Recife, 2017.

Dimensão/ subdimensão	Pontuação esperada		Pontuação Alcançada										GI	%
	Nº	USA		USB		USC		USD		USE				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
ESTRUTURA/ Recursos humanos	20	0	0%	15	75%	15	75%	15	75%	0	0%	42,4	42,4%	
ESTRUTURA/ Recursos materiais	20	20	100%	20	100%	18	90%	18	90%	13	65%			
PROCESSO/ Vigilância epidemiológica	60	5	8,3%	13	21,6%	35	58,3%	23	38,3%	2	3,3%			
TOTAL	100	25	25%	48	48%	68	68%	56	56%	15	15%			

Fonte: Elaboração própria

GI = Grau de Implantação

- ■ Implantado: 80 a 100%;
- ■ Parcialmente implantado avançado: 60 a 79%;
- ■ Parcialmente implantado incipiente: 40 a 59%.
- ■ Não implantado: < 40%

Na **dimensão estrutura**, subdimensão - Recursos humanos, evidencia-se que as US A e US E não pontuaram por não apresentar profissional treinado em ST e definição de responsável pela ST na US com suas atribuições definidas, o que contribuiu para o GI = 0 (não implantado) nesta subdimensão nas duas US referidas. Vale ressaltar, que nenhuma US pontuou na definição de responsável pela ST no NEPI pelo período de 40h semanais (Tabela 02).

As US B, C e D obtiveram pontuação de 75%, equivalente a grau de implantação parcialmente avançado neste critério. A média do grau de implantação foi de 45%, correspondendo a grau de implantação parcialmente implantado incipiente. (Tabela 02).

Tabela 02. Grau de implantação da dimensão estrutura em relação à subdimensão - Recursos humanos em Unidades Sentinelas em saúde do trabalhador, Recife, 2017.

Indicadores	Pontuação máxima esperada	US A		US B		US C		US D		US E		GI	%
		Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%		
% de profissionais treinados das US em ST	10	0	0% 	10	100% 	10	100% 	10	100% 	0	0% 	9	45% 
Definição de responsável pela ST na US com suas atribuições	5	0	0% 	5	100% 	5	100% 	5	100% 	0	0% 		
Definição de responsável pela ST no nepi pelo período de 40h semanais	5	0	0% 	0	0% 	0	0% 	0	0% 	0	0% 		
TOTAL	20	0	0% 	15	75% 	15	75% 	15	75% 	0	0% 		

Fonte: Elaboração própria.

GI = Grau de Implantação

-  Implantado: 80 a 100%;
-  Parcialmente implantado avançado: 60 a 79%;
-  Parcialmente implantado incipiente: 40 a 59%.
-  Não implantado: < 40%

Ainda na **dimensão estrutura**, subdimensão – *Recursos materiais, técnicos e normativos*, o indicador que diferenciou dos demais em relação à pontuação alcançada nas US C, US D e US E foi a disponibilização de recursos materiais (papel, tinta, caneta) e equipamentos (computador/ impressora/ telefone) por ser verificado em loco a ausência de um dos itens relacionados. A US E não pontuou no item conhecimento de protocolos e/ou portarias sobre as doenças/agravos em ST- impresso ou em meio eletrônico por não apresentar

o material no momento da verificação, o que contribuiu para o menor GI nesta subdimensão, destacando-se das demais com o GI parcialmente implantado avançado (65%). As demais US obtiveram o GI implantado (US A/US B/US D= 100%; US C=90%). A média do GI nessa dimensão-subdimensão foi de 89% (GI implantado) (Tabela 03).

Tabela 03. Grau de implantação da estrutura em relação à subdimensão - Recursos materiais, técnicos e normativos em Unidades Sentinelas em saúde do trabalhador, Recife, 2017.

Indicadores	Pontuação máxima esperada	US A		US B		US C		US D		US E		GI	%
		Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%		
Disponibilização das fichas de notificação de doenças/agravos em ST	5	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%		
Conhecimento de protocolos e/ou Portarias sobre as doenças/agravos em ST	5	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	0	0%		
Disponibilização de recursos materiais	5	5	100%	5	100%	3	60%	3	60%	3	60%		
Definição de espaço físico específico para guarda de materiais	2	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%		
Nº de linhas telefônicas habilitadas para realizar ligações	3	3	100%	3	100%	3	100%	3	100%	3	100%		
TOTAL	20	20	100%	20	100%	18	90%	18	100%	13	65%	17.8	89%

Fonte: Elaboração própria

GI = Grau de Implantação

- Implantado: 80 a 100%;
- Parcialmente implantado avançado: 60 a 79%;
- Parcialmente implantado incipiente: 40 a 59%.
- Não implantado: < 40%

Na **dimensão processo**, a US C obteve pontuação máxima alcançada nos indicadores treinamento de profissionais com a temática de ST, busca ativa de casos, transferência oportuna do banco de dados para o município, elaboração de Protocolos/POPs e ou instrutivos com a temática de ST e definição do fluxo da informação, estabelecendo a essa US a maior pontuação (GI=58.3%), definindo-se com parcialmente implantada incipiente. As demais US's obtiveram pontuação (GI) menor que 40%, definindo-se como não implantada (Tabela 04).

Vale ressaltar que os indicadores realização de monitoramento para outras doenças e agravos relacionados à ST de acordo com o perfil produtivo do território, discussão/acompanhamento e avaliação das ações de ST nas reuniões do Conselho Gestor, realização de notificação oportuna em ST e notificações de doenças/ agravos em ST e realização de análises das doenças/agravos relacionados à ST não obtiveram pontuação (0%) em todas as US avaliadas. A média do GI obtida nessa dimensão/subdimensão foi de 26%, definindo-se como não implantada (Tabela 04).

Sendo assim, as condições como se apresentaram os referidos indicadores acima citados contribuíram diretamente para que os resultados não fossem alcançados na dimensão processo (60 pontos), interferindo diretamente no GI final das US em ST (Tabela 04).

Tabela 04. Grau de implantação do Processo em Unidades Sentinelas em saúde do trabalhador, Recife, 2017.

Indicadores	Pontuação máxima esperada	US A		US B		US C		US D		US E		GI	%
		Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%	Pontuação	%		
Treinamento dos profissionais com a temática de ST	10	0	0%	0	0%	10	100%	10	100%	0	0%		
Realização de monitoramento para outras doenças e agravos relacionados a ST de acordo com o perfil produtivo do território	5	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Discussão, acompanhamento e avaliação das ações de ST nas reuniões do Conselho Gestor	2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Busca ativa de casos realizadas em cada US em ST	10	0	0%	0	0%	10	100%	10	100%	0	0%		
% de notificações oportunas em ST realizadas	10	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
%de notificações de doenças/ agravos em ST realizadas	5	5	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Transferência oportuna do banco de dados para Município	10	0	0%	10	100%	10	100%	0	0%	0	0%		
Nº de análises das doenças/agravos relacionados a ST realizadas	2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Elaboração de Protocolos/POPs e ou instrutivos com a temática de ST	2	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%		
Definição do fluxo da informação	2	0	0%	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%		
Divulgação de relatórios de análise dos indicadores de doenças/agravos relacionados a ST nas US	2	0	0%	1	50%	1	50%	1	50%	0	0%		
TOTAL	60	5	8.3%	13	21.6%	35	58.3%	23	38.3%	2	3.3%	15.6	26%

Fonte: Elaboração própria

Implantado: 80 a 100%; Parcialmente implantado avançado: 60 a 79%;

Parcialmente implantado incipiente: 40 a 59%; Não implantado: < 40%

7 DISCUSSÃO

A análise de implantação das US em ST evidenciou a identificação de diferentes níveis de implantação nas cinco unidades sentinela no município do Recife que fizeram parte desse estudo, assim como achados importantes para a gestão e os serviços (US), em especial relacionados aos processos.

É notado que mesmo as US em ST terem sido criadas desde 2008, não foram encontrados documentos com definições claras das atribuições e normatizações para o funcionamento das mesmas. Em virtude desta lacuna, o modelo teórico-lógico foi construído e validado por experts para aproximar a teoria da prática realizada nas US em ST.

Cabe salientar que o modelo lógico necessita de revisões, por saber que o contexto e a intervenção são dinâmicos, fica clara a necessidade de aperfeiçoamento do mesmo ao longo do tempo⁴⁸. A construção do modelo lógico da intervenção deve servir de instrumento para o conhecimento, favorecendo a implantação, desta forma a proposta do modelo lógico deste presente estudo se constitui uma contribuição à intervenção avaliada⁴⁹.

Assim como a revisão do modelo lógico, as capacitações realizadas para os profissionais das US em ST e a definição de responsável pela ST no NEPI precisam ser readequadas para a realidade atual, pois como no estudo de Ferreira em 2017⁶, a maioria dos profissionais considera que não foi capacitado para identificar e notificar de forma correta os agravos relacionados à saúde do trabalhador. Esta foi uma fragilidade identificada que contribuiu para que o GI não atingisse a pontuação esperada.

Em relação aos recursos materiais, técnicos e normativos, o desconhecimento sobre o preenchimento das fichas de notificação de doenças e agravos relacionados à ST é um alerta, sobretudo por se tratar de profissionais lotados em unidades sentinela. Sempre que se fala em ST, dentro das US em ST, logo relaciona-se a acidente de trabalho por exposição a material

biológico, comumente notificado em profissionais de saúde, facilitando sua identificação quando ocorre nas US¹³. Muitas dessas US tem dificuldade de compreender que as notificações abrangem outros trabalhadores expostos a outros riscos^{7,50}.

Apesar de todas as US disponibilizarem as fichas de notificação em ST para doenças e agravos relacionados à ST, em meio impresso ou eletrônico, a grande maioria não faz as devidas notificações, ficando notável a ausência ou pouca prioridade para a temática de ST nessas US. A notificação é uma estratégia da vigilância sentinela considerada rápida, de baixo custo e de grande validade dentro das US⁴³, devendo ser revisto esse processo nas US em ST, adequando-as em relação à capacidade de notificação e ao monitoramento de informações epidemiológicas relacionadas a ST⁷.

A indisponibilidade de recursos materiais nas US, apresentou-se como um critério importante, visto que mais da metade das US tem alguma dificuldade neste critério. Assim, os indicadores relacionados ao processo foram influenciados diretamente apresentando mais dificuldades do que aqueles relacionados à estrutura. Conseqüentemente, o GI obteve maior pontuação na estrutura do que em relação ao processo⁴⁶.

A dimensão processo foi a que apresentou resultados piores. Essa foi a dimensão que menos contribuiu para que as referidas US em ST atingissem graus mais avançados de implantação, possibilitando assim uma reflexão da sua capacidade de atingir, por influência do processo de trabalho dos profissionais que estão à frente nas US em ST. Esses resultados estão em consonância com os de Vasconcelos⁴² que cita ser a capacidade técnica em saúde pública e vigilância epidemiológica e o comprometimento dos profissionais como uma potencialidade no processo de uma intervenção.

Observou-se um déficit no monitoramento, análise de dados, notificações oportunas, discussão e acompanhamento pelo conselho Gestor, em relação aos dados relacionados à ST, além disso, quando há elaboração de boletins relacionados com a temática em ST, os mesmos

não tem periodicidade para divulgação e não abrange todos os agravos e doenças relacionados à ST. Essa capacidade reduzida de avaliar os dados gerados nos sistemas de informação e produzir informes epidemiológicos e boletins também foi encontrada em estudo avaliativo sobre a gestão da vigilância epidemiológica em municípios baianos⁵¹.

As Unidades Sentinela devem assumir um papel estratégico para a garantia da qualidade das informações, orientando os serviços de saúde sobre a realidade epidemiológica de cada território. Por sua vez, faz-se necessário repensar as subnotificações ocorridas nas US em ST decorrentes de fatores identificados por este estudo⁷.

Estudos apontam que recursos humanos insuficientes influenciam a estrutura da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. A rotatividade de profissionais gera a descontinuidade do trabalho e, a depender da frequência que isto ocorre, principalmente na gestão, pode interferir negativamente na condução de um programa⁴².

Pereira⁴⁷ identificou como fator limitador na implantação do Sinasc a nível Estadual, especialmente aspectos estruturais (computador, internet, veículo, manuais, etc), igualmente no presente estudo.

Vale ressaltar as possíveis limitações deste estudo, como a falta de autonomia e entendimento sobre a temática de alguns dos responsáveis pelo núcleo de epidemiologia e o diretores das respectivas US em ST.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização de pesquisas avaliativas no âmbito do SUS necessita ser incorporada nas gestões federais, estaduais e municipais como rotina e percebida como uma trajetória para avanço do sistema de saúde.

Não havendo muitos estudos avaliativos de implantação de US em ST, o presente estudo poderá servir de referência para a temática em outros municípios e estados, como também a própria gestão local.

Neste estudo objetivou-se estimar o grau de implantação das unidades sentinela em saúde do trabalhador em hospitais estaduais no município de Recife, sendo alcançado o GI parcialmente implantado avançado apenas em uma US.

Observou-se que o processo foi o maior entrave para a obtenção do GI. Sendo a dimensão de maior pontuação esperada foi o que obteve a menor pontuação alcançada. Este fato nos faz refletir e apontar direcionamentos sobre o que se propõe a vigilância sentinela e a realidade que se encontra a VISAT.

Ao término deste trabalho, acredita-se que as informações nele contidas sejam capazes de contribuir no processo de tomada de decisão e redirecionamento de ações pelos gestores das US em ST e nível central da SES, em busca da excelência no serviço, como também referência para estudos posteriores com a mesma temática.

9 RECOMENDAÇÕES

Algumas recomendações podem ser feitas para o aprimoramento da VISAT:

- Discussão do modelo lógico, voltado para o estado como todo, que possam ser aplicado a contextos organizacionais variados.
- Discussão dos perfis das US em ST em relação às especialidades existentes nos hospitais que são US em ST.
- Capacitação dos profissionais com um olhar diferenciado de acordo com o perfil produtivo local.
- Maior articulação entre gestão estadual de ST e a gestão das US em ST .
- Efetivação do suporte técnico e o papel de matriciamento dos Cerests regionais e estadual, no sentido de uma vigilância sentinela mais consistente.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frias JR. A saúde do trabalhador no Maranhão: diagnóstico e proposta. Rio de Janeiro, 1999.
2. Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 175-204.
3. Costa D. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. bras. saúde ocup., 2013; 38(127): 11-21, jun.
4. Mendes R, Dias EC. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista de Saúde Pública, 1991; 25(5): 341.
5. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública, 1997; 13 (Suppl 2): 33-45.
6. Melo LA. Os caminhos da política nacional de saúde do trabalhador em Pernambuco. Recife; 2013.
7. Ferreira MJM, LRKS, Silva AMC, Bezerra Filho JG, Cavalcanti LPG. Vigilância dos acidentes de trabalho em unidades sentinela em saúde do trabalhador no município de Fortaleza, nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2017 [citado 2018 Fev 27]; 22(10): 3393-3402.
8. Medina FS, Maia MZB. A subnotificação de LER/DORT sob a ótica de profissionais de saúde de Palmas, Tocantins. Rev. bras. saúde ocup. 2016 [cited 2017 Nov 15]; 41: e8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST. 1ª Ed-Brasília, 2006. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de gestão e gerenciamento. Brasília: RENAST; 2006.
10. Laerte IS, Seiji U, Lancman S. A subjetividade no trabalho em questão, Tempo Social, revista de sociologia da USP, 2011; 23(1).
11. Campos A, Gurgel AM. Acidentes de trabalho graves e atividades produtivas nas regiões administrativas de saúde em Pernambuco: uma análise a partir da identificação de aglomerados produtivos locais. Rev. bras. saúde ocup. . 2016 [cited 2018 Feb 28] ; 41: e15.
12. Zinet C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. Caros Amigos, 187: 16-9, out.2012.
13. International Labour Office (Suíça). Transição da economia informal para a economia formal. Genebra: Conferência Internacional do Trabalho; 2014.
14. Cavalcante CAA, Cossi MS, Costa RRO, Medeiros SM, Menezes RMP. Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil. Rev. De Atenção à Saúde, 2015; 13(44): 100 - 109.

15. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV). Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: MTPS, DATAPREV; 2014.
16. Dias EC. A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 1994.
17. Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, 2007; 17(1): 77-93, Apr.
18. Brasil. Lei nº 8.080, 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. Presidência da República: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Publicado no Diário Oficial da União em 20 de setembro de 1990.
19. Brasil. Portaria nº 1679, de 18 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 2002.
20. Brasil. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília; 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.120. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da União 1998; 2 jul.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.252. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União em de 22 de dezembro de 2009.
23. Nelli BR. A rede sentinela de notificação de agravos em saúde do trabalhador/sus segundo a visão de gestores e trabalhadores da regional de saúde. Rondonópolis/MT, 2013.
24. Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *New England Journal of Medicine* 1976; 294:582-588.
25. Teixeira MG et al. Áreas sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2003; 12(1): 21-28, mar.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União em 17 de fevereiro de 2016.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 205. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Diário Oficial da União em 17 de fevereiro de 2016.
28. Comissão Intergestores Bipartite (CIB-PE). Resolução nº 1236 de 05 de maio de 2008. Secretaria Estadual de Saúde; 2008.

29. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005, 10(4): 817-827, Dec.
30. Sinan. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
31. Brasil. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2004.
32. Vasconcellos LCF, Almeida CVB, Guedes DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. *Trab. educ. saúde*, 2009; 7(3): 445-462, Nov.
33. Quinino LRM, Barbosa CS, Samico I. O programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco: uma análise de implantação. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010 Nov [cited 2018 Feb 24]; 10(Suppl 1): s119-s129.
34. Patton MQ. *How to use qualitative methods in evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1987.
35. Champagne F, Contrandopoulos AP. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Broussele A. et al. *Avaliação em saúde conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
36. Denis J, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz Z. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 49-88.
37. Contrandopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. [internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. [acesso em 2016 jun 01]. p. 29-48. Disponível em Scielo books <<http://books.scielo.org>>.
38. Minho CE. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011
39. Hartz ZMA et al. Avaliação do programa materno infantil: Análise da implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste brasileiro. In: _____. **Avaliação em saúde - Dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 4, p. 89 – 131.
40. Champagne F, Broussele A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Broussele A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. *Avaliação conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p.61-74.
41. Gawryszewski VP et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc. saúde coletiva*, 2006; 11(supl): 1269-1278.
42. Vasconcelos CS, Frias PG. Avaliação da Vigilância da Síndrome Gripal: estudo de casos em unidade sentinela. *Saúde debate*. 2017 Mar [cited 2018 Jan 13]; 41(spe): 259-274.

43. IBGE. Censo demográfico de 2010. [acesso em: 15 maio 2016].Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2010.shtm>.
44. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica. Vigilância Sentinela: uma breve revisão conceitual. Pernambuco: Secretaria de Saúde, 2015.
45. Vuori H. A qualidade da saúde. *Divulg. saúde debate*. 1991; 5(3): 17-24.
46. Barreto IC. Avaliação do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos em âmbito municipal, Recife, 2013.
47. Pereira CCB, Vidal AS,Carvalho PI,Frias PG. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2013 jan-mar; 13(1): 39-49.
48. Bezerra LCA et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(4): 827-839.
49. Souza SLB. Acidentes de transporte terrestre: avaliando a implantação da vigilância sentinela, Recife, 2014.
50. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(1): 145-159, jan, 2012.
51. Santos SSBS et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da VE no Estado da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(4): 873-882, abr.

APÊNDICES

Apêndice A: Questionário para Avaliação do Grau de Implantação da Unidade Sentinela em Saúde do Trabalhador do município de Recife.



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM
AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES
SENTINELAS NO MUNICÍPIO DE RECIFE
2017**

Informante-chave: Coordenador do Núcleo de epidemiologia da Unidade Sentinela em Saúde do Trabalhador

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome da Unidade de Saúde: Endereço: Telefone da unidade: Nome do entrevistador: Email para contato: Data da Entrevista:

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA
Recursos humanos
1. Quantos profissionais foram treinados em Saúde do Trabalhador nesta Unidade Sentinela? () 2. Quantos profissionais existem responsáveis pela identificação, diagnóstico, notificação e análise dos dados? () 3. Existe algum profissional responsável pela ST com suas respectivas atribuições nesta US? () Sim () Não Se sim, qual a carga horária?.....

Recursos materiais, financeiros, técnicos e normativos

1. Há disponíveis fichas de notificação de doenças / agravos em ST em meio impresso ou eletrônico? () Sim () Não
Se sim, comprovar.
2. É de conhecimento dos técnicos algum protocolos/portarias sobre doenças/ agravos em ST em meio impresso ou eletrônico?
Se sim, citar quais.
3. Existe disponibilização de recursos materiais?
Papel () Sim () Não
Tinta () Sim () Não
Caneta () Sim () Não
Computador () Sim () Não
Impressora () Sim () Não
Telefone () Sim () Não
4. Existe um espaço destinado à guarda de materiais de expediente e fichas de notificação? Sim () Não()
5. Existe linhas telefônicas habilitadas para realizar ligações externas?
() Sim () Não

AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Vigilância Epidemiológica

1. Foram realizados treinamentos para os profissionais da US foram com a temática de ST no ano? () Sim () Não Se sim, quantos?.....
2. Foram realizadas reuniões do Conselho Gestor com a temática de ST?
Se sim, quantas?.....
3. Há realização de busca ativa? () Sim () Não
4. Foram realizadas notificações oportunas em ST? Se sim, especificar o período:.....
5. Foram notificados casos atendidos de doenças/ agravos em ST na US?
Se sim, especificar o período:.....
6. A transferência mensal do banco de dados para o município é realizada no prazo estabelecido? () Sim () Não Se sim, qual o prazo?.....
7. Realiza análise de doenças/ agravos em ST na US? Sim () Não()
Se sim, qual a periodicidade?.....

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar as contribuições que foram efetivamente acertadas na intervenção escolhida servindo de modelo para futuras ações em outras intervenções. Neste estudo pretendemos **Avaliar a implantação das Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador do município de Recife**. Para isto, utilizaremos a aplicação de questionário estruturado durante a entrevista.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Este estudo não provocará danos e/ou riscos ao entrevistado. O único desconforto que o entrevistado poderá sentir é achar que não sabe responder a alguns questionamentos. Entretanto, para evitar este desconforto, o entrevistado será esclarecido pelo pesquisador previamente sobre os objetivos e benefícios da pesquisa (qualificação do serviço da Vigilância Epidemiológica), e ainda, reforçando o sigilo da identificação do sujeito.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES SENTINELAS DO MUNICÍPIO DE RECIFE** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Em caso de dúvidas e/ou considerações, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (**CEP-IMIP**), pois este defende os interesses dos participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e contribui no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Demais dúvidas sobre o estudo, entrar em contato com:

Pesquisador responsável: Ana Carla Caldas

E-mail: anacarla.caldas@hotmail.com

Telefone: 81-99458309

Endereço: Rua Geraldo José dos Santos, nº 07, Aldeia, Camaragibe-PE

Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do IMIP: (81) 2122-4756

Endereço: Rua dos Coelhoos, nº 300 – Boa Vista, Recife.

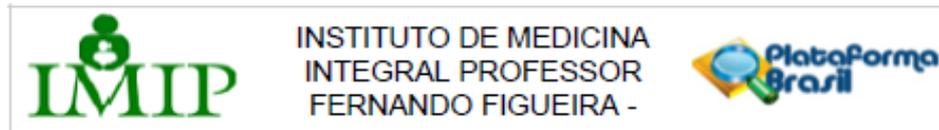
Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º andar.

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

Funcionamento: De segunda a sexta-feira, das 07:00 às 11:30 (manhã) e das 13:30 às 16:00 (tarde).

ANEXOS

Anexo 1: Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES SENTINELAS DO MUNICÍPIO DE RECIFE.

Pesquisador: ANA CARLA DE FREITAS CALDAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65065517.8.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

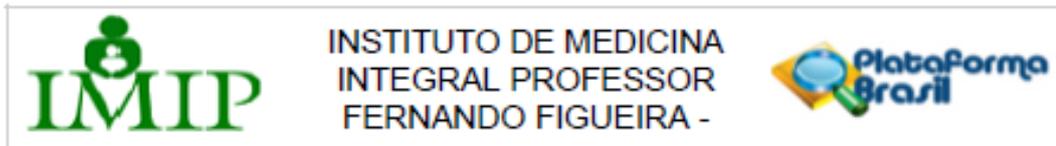
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.057.712

Apresentação do Projeto:

Este projeto visa analisar a implantação das Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador em hospitais estaduais do município de Recife. É composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que devem identificar, investigar e notificar os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. A Vigilância Sentinela é uma estratégia importante para a redução da morbimortalidade dos trabalhadores. O Brasil ocupa o 4º lugar mundial no ranking de acidentes de trabalho fatais. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, que objetiva analisar a influência dos determinantes contextuais no grau de implantação das unidades sentinelas em Saúde do Trabalhador (ST) nos hospitais estaduais, do município de Recife. O estudo será desenvolvido em Recife, capital do Estado de Pernambuco, eleito como local do estudo, uma vez que seis hospitais estaduais que são unidades sentinelas em saúde do trabalhador concentram-se nessa região, sendo o município que possui a maior quantidade de unidades sentinelas em saúde do trabalhador, além dos mesmos serem referências na rede de saúde da região metropolitana (Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital Geral Otávio de Freitas, Hospital Getúlio Vargas, Hospital da Restauração e Hospital Geral de Areais) . O estudo será realizado no período de março de 2016 a setembro de 2017. A população será composta pelos diretores dos hospitais estaduais onde as unidades sentinelas foram

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 2.057.712

implantadas no município de Recife e os responsáveis pelo núcleo de epidemiologia dessas unidades, totalizando 13 profissionais. Os dados primários serão coletados pela pesquisadora por meio da aplicação de questionários, os dados secundários por meio de consulta de documentos oficiais disponíveis e comprovação de evidências a partir da verificação/observação direta das informações citadas pelos entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a implantação das unidades sentinela em saúde do trabalhador em hospitais estaduais do município de Recife.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa em questão não oferece riscos ao entrevistado. O único desconforto que o entrevistado poderá sentir é achar que não sabe responder a alguns questionamentos. Entretanto, para evitar este desconforto, o entrevistado será esclarecido pelo pesquisador previamente sobre os objetivos e benefícios da pesquisa (qualificação do serviço da Vigilância Epidemiológica), e ainda, reforçando o sigilo da identificação do sujeito. Como benefícios dessa avaliação será contribuir na reorganização das Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador, do estado de PE. Para a comunidade, gera satisfação estudos que fortaleçam a vigilância sentinela, que é uma estratégia importante para reduzir a morbimortalidade dos trabalhadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora apresenta a Declaração de Anuência da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da SES/PE, para utilização dos dados nas dependências da citada Secretaria, pela Diretora Geral de Educação na Saúde. No IMIP, a responsável é a Coordenadora do Grupo de Estudo de Gestão e Avaliação em Saúde -GEAS/IMIP Isabella Chagas Samico

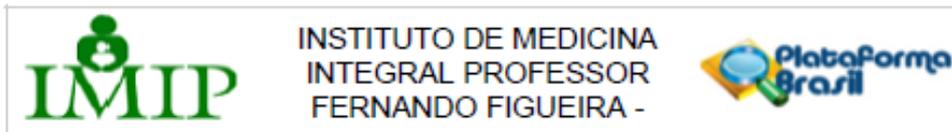
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE, está escrito de forma clara em linguagem apropriada aos sujeitos em estudo. Estão explícitos os objetivos, garantia do sigilo assegurando a privacidade e anonimato de todos os sujeitos envolvidos e que esta é voluntária, podendo haver recusa e desistência, sem prejuízo para o participante. Conforme solicitado foi anexado o questionário.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 2.057.712

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme solicitado foi anexado o questionário.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_861977.pdf	25/04/2017 20:59:04		Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_Dados_CONTEXTO_CEP.doc	24/04/2017 21:20:41	ANA CARLA DE FREITAS CALDAS	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_Estrut_processo_CEP.doc	24/04/2017 21:16:07	ANA CARLA DE FREITAS CALDAS	Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	18/02/2017 20:22:41	ANA CARLA DE FREITAS CALDAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Anacarlacaldas.docx	14/02/2017 19:23:24	ANA CARLA DE FREITAS CALDAS	Aceito
Outros	Lattes_anacarladefreitascaldas1.pdf	13/02/2017 15:05:43	ANA CARLA DE FREITAS CALDAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ANACARLADEFREITAS_PROJETO.docx	12/02/2017 21:32:52	ANA CARLA DE FREITAS CALDAS	Aceito
Folha de Rosto	Scan0001.pdf	10/02/2017 22:17:37	ANA CARLA DE FREITAS CALDAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Maio de 2017

Assinado por:
Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imp.org.br

Anexo 2: Carta de Anuência da Secretária Executiva de Vigilância a Saúde.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
 DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
 GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 16 de fevereiro de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES SENTINELAS DO MUNICÍPIO DO RECIFE 2017**, da pesquisadora: **Ana Carla de Freitas Caldas**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob a orientação de Juliana Martins Costa e Co-orientador Adriana Guerra Campos, nas dependências da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa

Juliana Siqueira
 Juliana Siqueira

Juliana Siqueira
 Diretora Geral de Educação
 na Saúde - SES/PE
 Matrícula nº 363.975-4

Diretora Geral de Educação na Saúde

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongi – Recife – PE
 CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

Anexo 3: Carta de Anuência da Secretária Executiva de Atenção a Saúde.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 04 de julho de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **Saúde do Trabalhador: Análise de Implantação das Unidades Sentinelas do Município do Recife 2017**, da pesquisadora: **Ana Carla de Freitas Caldas**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob a orientação de **Juliana Martins Barbosa da Silva Costa** e Co-orientadora: **Adriana Guerra Campos**, nas dependências da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira
Diretora Geral de Educação na Saúde
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongá - Recife - PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongá – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033