

A PRIORIDADE DA SAÚDE MENTAL E TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Leonardo Alexandrino de Almeida
Universidade Federal do Espírito Santo

Roberta Belizário Alves
Universidade Federal do Espírito Santo

Thiago Drumond Moraes
Universidade Federal do Espírito Santo

Monica de Fátima Bianco
Universidade Federal do Espírito Santo

Recebido em: 03/02/2022

1ª revisão em: 09/02/2023

Aceito em: 03/04/2023

RESUMO

A incidência de problemas de saúde mental relacionada ao trabalho desperta interesse de pesquisadores e profissionais da saúde, embora a temática não seja prioritária na atenção básica. Poucas pesquisas descrevem os processos subjacentes à determinação das prioridades de saúde. Objetivou-se verificar a prioridade dada ao tema, e a sua relação com razões e concepções de profissionais de saúde subjacentes aos processos de implementação de políticas e ações de saúde do trabalhador e saúde mental relacionada ao trabalho na atenção básica. Trata-se de estudo qualitativo realizado com utilização de entrevistas com gestores e profissionais de saúde, analisado por meio de análise de conteúdo. Identificou-se que a saúde mental relacionada ao trabalho não é prioridade. Isto se deve, em parte, à escassez de informações, divisão rígida entre planejamento e execução de ações, e precarização das condições de trabalho. Os resultados indicam caminhos para aprimoramento das ações nesta área em nível municipal.

Palavras-chave: trabalho; saúde ocupacional; saúde; serviços de saúde.

WORK-RELATED MENTAL HEALTH ACTIONS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT

The incidence of work-related mental health problems arouses the interest of researchers and health professionals, although the issue is not a priority in primary care. Little research describes the processes underlying the determination of health priorities. The objective was to verify the priority given to the theme, and its relationship with reasons and conceptions of health professionals underlying the processes of implementation of policies and actions of workers' health and mental health related to work in primary care. This is a qualitative study carried out using interviews with managers and health professionals, analyzed using content analysis. It was identified that work-related mental health is not a priority. This is due, in part, to the scarcity of information, rigid division between planning and execution of actions, and precarious working conditions. The results indicate ways to improve actions in this area at the municipal level.

Keywords: labor; occupational health; health; health care services.

ACTUACIONES DE SALUD MENTAL RELACIONADA CON EL TRABAJO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

La incidencia de problemas de salud mental relacionados con el trabajo despierta interés de investigadores y profesionales de salud, aunque el tema no sea prioridad en atención primaria. Pocas investigaciones describe los procesos subyacentes a la determinación de prioridades de salud. El objetivo fue verificar la prioridad otorgada al tema y su relación con razones y concepciones de profesionales de salud que fundamentan los procesos de implementación de políticas y acciones de salud de trabajadores y salud mental relacionadas con el trabajo en atención primaria. Se trata de estudio cualitativo realizado con gestores y profesionales de la salud, analizado mediante análisis de contenido. Se identificó que la salud mental relacionada con el trabajo no es prioridad. Esto se debe a la escasez de información, rígida división entre planificación y ejecución de acciones y precarias condiciones laborales. Los resultados indican formas de mejorar las acciones en esta área a nivel municipal.

Palabras clave: trabajo; salud ocupacional; salud; servicios de salud.

INTRODUÇÃO

Já fazem alguns séculos que se identificam efeitos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (Vasconcellos & Gaze, 2013). Nessa trajetória, que engloba diferentes modos político-epistemológicos de abordar essa temática, se encontram diversas disciplinas e práticas, dentre as quais a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional, e, particularmente no Brasil, a Saúde do Trabalhador (ST). A medicina do trabalho tem como um dos principais objetivos a avaliação da condição física do trabalhador para execução da tarefa planejada, ao passo que a abordagem multiprofissional da saúde ocupacional tem no controle dos riscos à saúde e à segurança do trabalho seu principal foco de intervenção (Minayo-Gomez, Vasconcellos, & Machado, 2018). A ST se configura como uma intercessão, ao mesmo tempo política, programática, prática, epistemológica e ética, de diversos campos de saber e de cuidado da saúde dos trabalhadores em situação de sofrimento relacionados ao trabalho. Visa promover saúde nos espaços socioprofissionais, transformar processos produtivos que acarretam danos à saúde dos trabalhadores, bem como ampliar a noção de saúde a partir da compreensão do trabalho como um determinante social da saúde. Sustenta-se em debates críticos sobre as relações entre saúde e trabalho e no modelo biopsicossocial em relação aos determinantes dos processos de saúde e doença. A partir deste referencial, possibilitou-se o desenvolvimento de ações preventivas e o acesso à benefícios previdenciários por parte de inúmeros grupos de trabalhadores (Oliveira, Portela, Corrêa Filho, & Souza, 2021).

Nos últimos anos, a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) tem despertado a atenção de pesquisadores e profissionais, entre outros motivos, devido à importância dos agravos à Saúde Mental como causa de afastamento do trabalho e aos impactos destes nas organizações (Bernardo, Souza, Pinzón, & Kawamura, 2015; Brasil, 2017; Oliveira et al., 2021; Ribeiro, Santos, Silva, Medeiro, & Fernandes, 2019). Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que poucos países possuem políticas de promoção ou prevenção em SMRT (World Health Organization, 2021). No Brasil, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do princípio de integralidade do cuidado (Lei nº 8.080/1990), coloca a atenção básica (AB) como espaço adequado para a promoção, prevenção e assistência em SMRT. Porém, as áreas de ST e Saúde Mental ainda enfrentam desafios para consolidação na AB (Araújo, Palma, & Araújo, 2017; Bernardo & Garbin, 2011; Mori & Naghettini, 2016; Santos & Bosi, 2021), como, por exemplo, a dificuldade de diagnóstico e identificação donexo causal entre Saúde Mental e atividades laborais, o mascaramento do adoecimento psíquico devido a queixas inespecíficas que incluem predominantemente sintomas físicos, as falhas na formação e no desenvolvimento de competências para a investigação e o acompanhamento clínico de casos dessa natureza, entre outros (Araújo et al., 2017; Cardoso & Araújo, 2018; Merlo, Bottega, & Perez, 2014). Isto incide negativamente na produção de dados sobre SMRT como importante instrumento para dar visibilidade a esta questão, principalmente na AB, sendo isto observado, por exemplo, na subnotificação como um problema persistente

(Araújo et al., 2017), embora a notificação compulsória dos casos de SMRT esteja prevista desde 2004 (Portaria nº 777/2004).

Estudos indicam que a AB ainda não apresenta uma condição suficientemente satisfatória para lidar com a saúde mental do trabalhador (Bernardo & Garbin, 2011). Destaca-se neste processo o desenvolvimento das competências como um dos elementos cruciais na qualidade da atenção dispensada aos trabalhadores na rede do SUS (Mori & Naghettini, 2016). Porém, como a competência relaciona-se também a concepções que os trabalhadores possuem sobre suas atribuições, as prioridades necessárias para o desenvolvimento de ações e as condições para realizá-las, verifica-se que são ainda insuficientes as pesquisas que descrevam as concepções de profissionais de saúde subjacentes à produção, implementação e avaliação de políticas e ações de ST e SRMT nos serviços de saúde. A fim de contribuir com esse debate, realizou-se a presente pesquisa, que tem como objetivo investigar em que medida a ST e a SMRT são priorizadas no planejamento e nas ações desenvolvidas na AB e quais são as razões apontadas para o estado atual da área no conjunto de ações desenvolvidas no município pesquisado.

MÉTODOS

CONTEXTO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa, analítico-descritiva (Flick, 2007) empreendida em um município de grande porte do Espírito Santo. A pesquisa contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que autorizou sua realização. No âmbito da gestão foram identificadas como áreas de interesse para a pesquisa as de Formação em Saúde (FS), Vigilância em Saúde (VS) e Assistência à Saúde (AS), por terem relação com a temática investigada.

Adicionalmente, foram selecionadas duas UBS do município, considerando critérios de acessibilidade e diferentes perfis socioeconômicos do território atendido. A UBS01 atende a um território de grande vulnerabilidade socioeconômica, com alta taxa de desemprego e informalidade. A UBS02 atende a um território com elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), taxas de desempregos menores e maior formalização do emprego. Objetivou-se analisar UBS com diferentes perfis para verificar como essas diferenças territoriais poderiam influenciar o delineamento das práticas de saúde nas UBS. Em relação aos serviços ofertados, as duas unidades possuem características semelhantes.

PARTICIPANTES

Foram entrevistados 21 profissionais de saúde, dos quais nove ocupavam cargos de gestão ou de responsabilidade técnica na SEMUS, quatro deles vinculados à área de FS, três à VS e dois à AS. Nas unidades foram entrevistados sete profissionais de saúde da UBS01 e cinco da UBS02.

Os entrevistados das UBS possuíam formação técnica e/ou superior em enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, educação física e farmácia. Não foi possível entrevistar profissionais médicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devido às dificuldades encontradas no período da pesquisa para acessar tais profissionais. Em relação aos médicos a principal dificuldade foi a indisponibilidade de agenda, devido à elevada demanda de atendimento desses profissionais no período de produção de dados da pesquisa que coincidiu com período de aumento dos casos de Covid-19 no Brasil. Em relação aos ACS, a dificuldade mencionada pelos profissionais contactados foi em relação ao uso de ferramentas de comunicação para realização da entrevista, que seriam online. A fim de manter o anonimato dos participantes, não são descritas características específicas do município e são utilizados nomes fictícios nas citações.

INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Nas entrevistas foram utilizados roteiros semiestruturados com pequenas adaptações para contemplar as diferentes áreas de atuação dos gestores e a realidade das UBS. Os roteiros foram compostos por aproximadamente 18 questões norteadoras, abordando as atribuições dos setores e dos profissionais; questões relacionadas à ST e SMRT; as competências e o desenvolvimento de competências em SMRT. Como exemplos de questões temos: Como é abordada a saúde do trabalhador nas ações dessa gerência (ou UBS)? O que essa gerência (ou você) entende por competências profissionais?

PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após identificação dos cargos de gestão e responsabilidade técnica relacionados à temática de interesse da pesquisa, os dez gestores responsáveis foram contactados, por telefone, para realização da entrevista. Um dos gestores não pôde participar devido à indisponibilidade de agenda. Os demais foram entrevistados, presencialmente, entre novembro de 2019 e março de 2020. Os participantes vinculados as UBS foram convidados, por telefone, após a obtenção dos contatos junto à secretaria e as gerências das unidades. Em decorrência das restrições impostas pela pandemia de Covid 19, as entrevistas com os profissionais das UBS foram mediadas por tecnologias de comunicação (Google Meet). Quanto ao número de entrevistados, foram observados os sinais de saturação, ou seja, constatando-se a repetição de informações, interrompeu-se a busca por novos participantes (Sim, Saunders, Waterfield, & Kingstone, 2018).

As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos e foram gravadas em áudio, com consentimento dos entrevistados. Após transcritas, foram submetidas à análise de conteúdo temática (Gibbs, 2009). Realizou-se a leitura exploratória das transcrições para criar uma grade de codificação utilizada no processo (Gibbs, 2009). Para organização e codificação das transcrições foi utilizado o software Atlas TI, que oferece suporte para pesquisas qualitativas, facilitando a criação de códigos e agrupamento em categorias.

CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo, sob Parecer nº 3.378.498. Todos os participantes manifestaram concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados sobre os objetivos e riscos da participação. Em relação às entrevistas presenciais o consentimento foi manifesto por meio de assinatura em via física do TCLE e, para as entrevistas realizadas à distância, o termo foi enviado antecipadamente por e-mail aos entrevistados e eles responderam confirmando a leitura e o consentimento em participar da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da análise, foram codificados 297 trechos sobre gestão e organização dos serviços de saúde como assunto principal, sendo 168 trechos das entrevistas dos gestores e 129 dos profissionais das UBS. Este grande conjunto de dados foi subdividido em 3 categorias, cada uma com seus respectivos temas, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Categorias temáticas sobre Gestão e Organização dos Serviços de Saúde entre profissionais das UBS e gestores.

Categoria	Tema	UBS (129)	Gestão (168)	Total (297)
Atribuições e papéis (da gestão ou da UBS)	Promoção/prevenção em saúde	37	17	54
	Formação (educação permanente) e pesquisa	0	31	31
	Avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde	1	10	11
	Assistência ambulatorial	13	0	13
	Outros	0	5	5
	Subtotal	51	63	114
Instrumentos, informações, normativas e indicadores de gestão	Critérios de definição de prioridades	16	42	58
	Sistemas de Informação em saúde	2	12	14
	Qualidade e adequação dos indicadores	0	9	9
	Tipos/exemplos de indicadores	4	4	8
	Subtotal	22	67	89

	Precarização das condições de financiamento do SUS	14	20	34
Desafios da gestão e organização dos serviços de saúde	Integração intersetorial e interprofissional	18	14	32
	Emergência em saúde pública, incluindo Covid	24	4	28
	Subtotal	56	38	94

A partir das discussões das categorias nos tópicos a seguir, será demonstrado que as ações em ST e SMRT não são priorizadas nas políticas e ações de saúde na AB do município em que a pesquisa foi realizada, e que algumas concepções dos trabalhadores contribuem para a manutenção desse quadro. Demonstrar-se-á que tais concepções estão relacionadas a determinados contextos de trabalho e de organização do trabalho que contribuem para a situação atual.

ATRIBUIÇÕES E PAPÉIS

Nessa categoria, que é a mais citada pelos entrevistados, conforme a Tabela 1 (114 vezes), agrupam-se temas relacionados aos diferentes papéis exercidos pelos entrevistados, bem como as atribuições profissionais por eles enumeradas. As atribuições e papéis mais relatados entre os profissionais das UBS foram as categorizadas sob o tema prevenção e promoção à saúde, citado 37 vezes, e assistência ambulatorial, citado 13 vezes. As ações, categorizadas no tema prevenção e promoção à saúde, referem-se àquelas consideradas pelos pesquisadores como não clínicas, e usualmente relacionadas a atividades grupais, de formação e discussão de casos, de educação em saúde para a comunidade, entre outros. Os trabalhadores alegam que comumente tais ações são realizadas de forma coordenada com a participação de diferentes profissionais de saúde: “é reuniões de equipes, estudos de caso, matriciamentos, visitas domiciliares, projetos de educação em saúde, trabalho com grupos de pais que eu atuo junto com a psicologia” (Ester UBS01). As ações categorizadas no tema assistência ambulatorial, referem-se às atividades realizadas em contexto de consultório clínico, como parte das atividades de rotina das UBS e inclui atendimentos diversos aos usuários: “olha na unidade eu faço curativo, faço muito curativo. [...] Sempre chega pessoa para medir pressão, essas coisas assim” (Neiva, UBS02). Chama a atenção que tanto as ações categorizadas no tema promoção e prevenção, quanto as relativas à assistência ambulatorial são concebidas como ações de equipe, como um trabalho coletivo:

Lá na hora que faz, na recepção já vai entrar para passar a pessoa para sala de preparo, a gente fala que é a sala da escuta né. Porque ali ele vai falar o que ele está sentindo e tudo ali a técnica de enfermagem vai designar aquela pessoa para o

médico ou para o dentista [...] É um trabalho realmente muito lindo; é um trabalho e em equipe (Sueli, UBS02).

Dentre os gestores também há menção sobre promoção e prevenção em saúde como suas atribuições, dentre as quais também se encontram prevenção e promoção relacionadas com ST ou Saúde Mental:

A gente tenta reconhecer os riscos naquele ambiente e propor medidas que reduzam, minimizem ou eliminem aqueles riscos [...] se a gente pega um acidente de trabalho grave, por exemplo, relacionado a saúde e segurança do trabalhador a gente vai nesse ambiente entender como aquilo se dá para propor medidas para que outros acidentes não ocorram (Iracema, VS).

Por outro lado, o tema assistência ambulatorial não foi mencionado pelos entrevistados gestores, nem de forma indireta, indicando existir uma percepção de divisão de atribuições de papéis entre gestores e profissionais, sendo os gestores os que concebem, orientam e monitoram as práticas organizacionais e as tarefas, e os profissionais, como aqueles a quem compete a execução dessas práticas e tarefas elaboradas pelos gestores. Essa divisão poderia parecer evidente e inevitável, haja vista a divisão de tarefas existentes em quaisquer organizações humanas. Contudo, o modo como é concebida e internalizada produz efeitos que parecem relacionar-se aos desafios para a inserção da SMRT na AB, como ficará ainda mais evidente com os temas a seguir.

Não se pode, no entanto, afirmar que não haja alguma forma de planejamento e acompanhamento das atividades realizadas por parte dos profissionais das UBS:

Eu trabalho no PSF [...]. Você tem que fazer pesquisa de quais são as, a situação, o diagnóstico situacional eu faço para poder levantar as demandas e fazer os planejamentos. Só que o planejamento é mais feito junto também com pessoal da saúde mental: a psicóloga, a assistente social e o médico. É o que tem na nossa equipe. E a gente faz a programação, faz essa discussão. Depois quando leva para equipe, você leva a ideia - vamos botar assim para equipe -, aí você já vai expor para toda equipe, aí já vai entrar os agentes de saúde e todo mundo que eu falei para você aí (José, UBS01).

Verifica-se que tal planejamento é mais focado no que o entrevistado denomina de "diagnóstico situacional", calcado em "demandas", ou seja, nos casos e necessidades locais e muito frequentemente amparado em percepções mais informais e subjetivas, por parte dos profissionais de saúde. Em outras palavras, parece que o planejamento em questão é mais voltado para a organização da assistência ambulatorial em vista da demanda espontânea do que para as políticas de promoção e prevenção da saúde no território, desenvolvidas a partir de dados mais formais e sistematizados. Esse trecho, em conjunto com os resultados gerais da pesquisa, permite supor que dentro das unidades haja

reproduções dos modelos entre os que planejam, mais usualmente os profissionais de nível superior (“só que o planejamento é mais feito junto também com pessoal da saúde mental”), e os que executam, quando se incluem os profissionais de nível médio (“aí você já vai expor para toda equipe, aí já vai entrar os agentes de saúde”).

Entre os gestores, as atribuições e papéis mais citados se relacionam à área de Formação em Saúde (FS), tema citado 31 vezes, embora tais citações tenham sido observados mais frequentemente no discurso das gestoras ligadas à área de formação da SMS. Estas falas abordam atribuições de Formação em Saúde de forma geral e as suas contribuições para a questão da ST e SMRT, tais como a realização de cursos e eventos, e fomento a pesquisas que contribuam para despertar o olhar dos profissionais de saúde para a ST:

seria atuar na formação desse olhar do psicólogo, do médico, do enfermeiro para tentar, vamos dizer assim, ficar atento... não só uma coisa orgânica, mas que tentar fazer esse nexos com trabalho, com o que eu faço, o que a pessoa desenvolve (Bruna, FS).

É relevante que a FS não tenha sido mencionada nas falas dos profissionais das UBS, dando a entender que na sua formação profissional não se reconhece suficientemente a produção de conhecimento que se dá pelo exercício da atividade profissional. Ao mesmo tempo, reforça a concepção de que é atribuição da gestão a produção e divulgação de conhecimentos, e dos profissionais, a fonte de recepção desses conhecimentos.

Outro elemento de destaque é que as atribuições relacionadas à avaliação e monitoramento de indicadores aparecem apenas em falas de gestores vinculados à área de Vigilância em Saúde (VS). Os indicadores mencionados buscam acompanhar o número de casos de arboviroses, doenças transmissíveis e imunopreveníveis e mortalidade infantil a fim de subsidiar as intervenções em saúde: “as nossas funções estão relacionadas a vigilância de doenças e agravos transmissíveis, por exemplo: dengue, Chikungunya, sífilis, AIDS, hanseníase, tuberculose e todas as outras que constituem a portaria de notificação compulsória” (Marcia, VS).

O acompanhamento de dados ou indicadores relacionados à saúde do trabalhador também é citado entre profissionais da VS, até porque alguns desses agravos também são de notificação compulsória. Na fala de Iracema (VS), observa-se que há uma busca pela compreensão das relações entre o trabalho e o perfil de morbimortalidade no território: “Então, nós da [VS], temos uma responsabilidade, uma atribuição, de tentar compreender as questões do trabalho, relacionadas ao perfil de morbimortalidade”. Destaca-se, uma vez mais, a marcante divisão entre os que concebem (gestores) e os que executam (profissionais das UBS), como se a formação em saúde, e a avaliação e monitoramento não fossem atividades cotidianas dos trabalhadores das UBS. Por

outro lado, verifica-se que nem entre gestores das áreas de AS e de FS encontram-se discursos sobre avaliação e monitoramento em saúde, indicando grande compartimentalização da prática de gestão das políticas de saúde. Os efeitos de tal condição da organização da gestão, em nível central, nas ações na UBS é assunto que merece ser investigado mais amplamente em pesquisas futuras, mas pode-se supor que contribua para o modo como os profissionais da AB concebem tal tarefa profissional, conforme a seguir.

No caso da avaliação e monitoramento dos indicadores em saúde, é interessante observar a ausência dessa atribuição nas falas dos profissionais da AB. Contudo, ainda que promoção e prevenção tenham sido citadas de modo relevante entre esses profissionais, a orientação de tais ações aparece descolada de uma avaliação sistemática sobre os indicadores territoriais. Deduz-se daí, conforme dito anteriormente, que as ações de promoção e prevenção em saúde tenham como eixo norteador menos a avaliação dos dados e indicadores formais de saúde produzidos nas unidades – visto que a avaliação e monitoramento dos dados territoriais de saúde não são mencionados – e mais as percepções intuitivas, informais produzidas ao longo do tempo, ou as orientações provenientes de níveis mais gerenciais cuja origem vem, de um lado, dos setores de Vigilância em Saúde, e, em última instância, das determinações do Ministério da Saúde, conforme será melhor discutido adiante. Tem-se, portanto, nessas diferentes concepções de atribuições uma das justificativas que poderiam explicar o porquê de possíveis demandas em ST e SMRT observadas no cotidiano não acarretarem ações de ST nas UBS.

Assim, evidencia-se que a gestão concebe e organiza suas práticas e ações a partir de monitoramento e avaliação de indicadores, incluindo os de saúde do trabalhador, mas os profissionais de saúde parecem organizar tais ações mais a partir das orientações da gestão ou para atender às demandas dos usuários, sem uma sistematização dessas demandas em torno de indicadores ou avaliando de maneira mais subjetiva essas demandas, conforme o trecho a seguir:

E, aí, por conta desse grupo de pais que foi uma iniciativa nossa, a gente pegou um gancho com a referência técnica em saúde do escolar, a gente foi até ela pedir um socorro para como que a gente deveria lidar com o aumento da demanda de crianças e adolescentes que estavam vindo para saúde encaminhadas pelas escolas (Patrícia, UBS01).

Deve-se ressaltar que a produção de dados nas UBS, conforme se verá mais adiante, não é uma tarefa considerada desnecessária. Aliás, parte expressiva da notificação de agravos é realizada nas UBS. O que se demonstra, por ora, é que se esses dados são produzidos em grande medida nas UBS, a atribuição de vigilância das condições e informações de saúde não são incorporadas com a mesma importância que a atribuição da notificação, ou seja, do registro das informações. Fica, portanto, atribuído à gestão, e particularmente à Vigilância em Saúde, o papel de acompanhamento sistemático dessas informações.

A partir da análise dessa categoria, algumas reflexões podem ser sugeridas: 1) o trabalho realizado é reconhecidamente de equipe; contudo, 2) há uma nítida compartimentalização na organização do sistema de saúde, de modo que o trabalho de gestão e o trabalho de execução são concebidos como atribuições de grupos distintos e mesmo internamente aos setores, há divisão relativamente rígidas das atribuições, e 3) a elaboração e responsabilidade pela formação profissional é compreendida como descendente – proveniente de níveis gerenciais – a despeito do fato do nível gerencial planejar formações a partir das informações coletadas em nível local, conforme demonstram dados da pesquisa. Disso, pode-se deduzir que embora em coletivo, se concebem territórios de saber e de atribuições muito distintos entre as diferentes instâncias organizacionais e, talvez, também entre as próprias categorias profissionais. Além disso, e no que tange aos objetivos do presente estudo, não se verificou entre os profissionais das UBS a atribuição muito demarcada na atuação sobre a ST ou, mais especificamente sobre a SMRT, não se reconhecendo de maneira tão evidente os usuários do SUS na condição de trabalhadores. Foi verificado que alguns gestores também partilham dessa concepção:

Mas eu não sei se esse foco é específico para saúde do trabalhador. Eu penso em você como um todo. Se esse seu problema vem do trabalho ou vem da sua cabeça, aí a gente parte do indivíduo, mas não tem o foco no trabalho (Joana, AS).

Todos esses pontos indicam que as políticas de ST enfrentam dificuldades para sua consolidação na rede de atenção à saúde do SUS por razões que se relacionam, entre outras coisas, às concepções dos profissionais de saúde, bem como à estruturação do trabalho no SUS (Almeida et al., 2021; Mori & Naghettini, 2016).

A análise das concepções identificadas sobre atribuições e papéis da gestão e da AB auxiliam a compreender a dificuldade de se priorizar e consolidar as ações de ST na AB ainda a partir de outro foco. Em relação à AB, conforme verificou-se, o planejamento e a organização das ações baseiam-se em grande medida na demanda percebida no cotidiano das UBS, e não tanto na análise dos mesmos indicadores utilizados pela gestão. A priorização a partir das demandas pode oferecer dificuldades para que questões de ST/SMRT sejam privilegiadas na AB visto que, como dito anteriormente, as relações entre saúde mental e trabalho não estão dadas a priori, de modo que os usuários trabalhadores dificilmente chegarão às UBS com esta demanda anunciada de forma tão explícita, cabendo aos profissionais de saúde o papel de estabelecer esta relação, o que também impõe dificuldades, pois exige instrumentos, orientações e formação específica nem sempre disponíveis. A tais dificuldades, somam-se as concepções ainda muito presentes dentre os profissionais de saúde quanto à saúde mental, nas quais se enfatizam questões individuais e familiares na gênese do adoecimento e sofrimento mental sem incluir a análise de fatores de ordem social, dentre eles o trabalho (Bernardo & Garbin, 2011).

Com relação à gestão, partindo do que é dito pelos próprios entrevistados, cumpre-lhe as atribuições de avaliação, monitoramento e formação para subsidiar as ações da AB, com base em indicadores específicos determinados externamente. Dentre estes indicadores, estão os de ST, que na disputa entre as áreas técnicas e ações programáticas, conforme será mais bem detalhado a seguir, parece não ocupar lugar de destaque dentre as ações consideradas mais “básicas” (nas palavras de um dos entrevistados) ou que requerem maior atenção por implicarem em contrapartidas financeiras para a rede de serviços de saúde do município.

Sendo assim, seja pela via da demanda espontânea, seja pela via de indicadores pactuados com o Ministério da Saúde, a ST/SMRT encontra dificuldades em se firmar como prioridade dentre as atribuições e papéis tanto da gestão quanto da AB. A estrutura compartimentalizada da organização da gestão e a divisão entre os níveis de atuação no sistema de saúde, aumentam ainda mais o desafio das definições das prioridades das ações na AB, dificultando assim, o desenvolvimento da área de ST/SMRT nesses serviços.

INSTRUMENTOS, INFORMAÇÕES, NORMATIVAS E INDICADORES DE GESTÃO

Nesta categoria agrupam-se temas relacionados aos instrumentos utilizados na gestão e ações de saúde, incluindo as razões das escolhas das prioridades de ação, as normas de gestão, os indicadores utilizados e as informações necessárias para as práticas gerenciais. Os temas encontrados nessa categoria, que foi citada 89 vezes conforme a tabela 1, são: critérios de definição de prioridades; sistemas de informação em saúde; qualidade e adequação dos indicadores; e tipos/exemplos de indicadores.

Observou-se, a partir das entrevistas, que as prioridades para os serviços municipais de saúde são definidas por meio de indicadores vinculados a recursos financeiros e critérios epidemiológicos locais. Os indicadores vinculados a recursos financeiros incluem as prioridades definidas pela própria SMS: “outro critério que a gente pode estar vendo é um critério institucional, aquilo que a instituição entende como prioritário” (Iracema, VS). Esses indicadores, as políticas a ele relacionadas e seu financiamento são elaborados e provenientes quase que exclusivamente do Ministério da Saúde: “na verdade, nós seguimos as diretrizes do Ministério da Saúde. Então, se tem uma demanda do Ministério, do SUS, a gente vai seguindo essa linha, a gente segue a política” (Mariana, FS). São diretrizes programáticas que envolvem planejamento, avaliação e monitoramento, comumente vinculados à destinação de recursos ou incentivos específicos, como o caso das políticas de saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso, sobretudo para ações na AB:

ele [Ministério da Saúde] quer garantir a saúde da criança, saúde da mulher e a saúde do idoso. Então ele está com incentivos maiores. Ele está cobrando cada vez mais

indicadores. [...] Então, as crianças estão vindo com repasse muito maior. Saúde da mulher, em relação à maternidade. Então, eles estão vindo com foco maior para assegurar as crianças e os idosos, que são os extremos. (Joana, AS).

Destaca-se que a SMRT não é necessária e inevitavelmente definida como uma prioridade a partir desse critério, como se observa no trecho a seguir:

saúde mental não é o foco do governo pro ano que vem[...]. O novo repasse da atenção básica está muito vinculado aos indicadores[...]. Aí você fala: Ah, está vindo alguma coisa do trabalho? Eu falo: No norte agora não, eu não vi isso (Joana, AS).

Como a ST e a SMRT não aparecem como prioridade neste momento, segundo as entrevistadas, as ações implementadas não induzem atenção sistematizada em torno dos efeitos do trabalho na saúde dos usuários do SUS: “não. A gente não tem essa abordagem [sobre SMRT] não. Hoje a gente faz o que é imediato, o que é mais grave” (Joana, AS). Em outro trecho a mesma entrevistada relata como exemplo de prioridade as demandas de saúde mental na adolescência: “Então, a gente tá tendo muito grande de relacionada a adolescentes que é muito grave [...] acaba que a gente começa a dar ênfase ao que mais aparece” (Joana, AS).

Em alguns trechos, os entrevistados apontam também a definição de prioridades a partir das pactuações dos conselhos e conferências de saúde, entretanto, a ST e a SMRT não parecem ser identificadas como uma prioridade a partir dessas instâncias:

a gente tem essa discussão, tem essas reuniões, o conselho local as conferências de saúde. Isso tudo vem gerando o foco e as necessidades do território, o que que é para fazer. Vem muito da conferência local (Joana, AS).

De todo modo, parece evidente que as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde parecem prevalecer: “no nosso caminhar... A gente está caminhando para um lado, aí ele [Ministério da Saúde] fala: olha... (Joana, AS). É...[os indicadores mencionados vêm do governo federal]... É o que a gente mais foca. Ainda mais agora...” (Joana, AS); “a gente vê as prioridades do SUS daquela programação, com base em indicadores do SUS” (Bruna, FS).

A despeito da existência de conselhos locais que, em tese, deveriam acompanhar e orientar o planejamento local, essa prática de indução de prioridades provenientes de níveis centrais limita substancialmente a determinação autônoma das prioridades pelo serviço de saúde em âmbito local das UBS. Aqui reforça-se a clivagem entre o planejamento e execução, complementada, ao que parece, com uma postura de quase subserviência ao atendimento das demandas provenientes dos níveis ascendentes, sobretudo as que vêm do Ministério da Saúde. De um lado encontra-se o campo da gestão das políticas e práticas de saúde, polo a quem se atribui a função de definir, em grande medida, quais ações

devem ser promovidas; e, de outro, o polo dos serviços, a quem compete a execução, a quem se responsabiliza para criar os meios de colocar em prática as diretrizes desenvolvidas.

Porém, o polo de produção das políticas de saúde – o polo da gestão – não elabora suas políticas exclusivamente a partir de critérios definidos externamente. Dentre os critérios para a definição das prioridades de ação em saúde, percebe-se a espaço para o uso de informações epidemiológicas produzidas localmente, identificadas no território. Dentre estas informações incluem-se o acompanhamento sistemático de determinados agravos à saúde a fim de subsidiar as ações desenvolvidas: “quando há aumento do número de câncer, de câncer de mama principalmente, câncer de colo. Então começa a se observar de acordo com crescimento com o aparecimento dessas doenças aí se desenvolve as ações” (Claudia, UBS01).

Aqui se verifica que são consideradas as características demográficas e socioeconômicas do território, mais do que unicamente as induções provenientes da SMS: “as nossas ações, as nossas atividades coletivas são baseadas em dados epidemiológicos. Então é uma população, como eu disse, carente e vulnerável, com elevado número de diabéticos e hipertensos. Então, a gente tenta focar nossas ações para esse público” (Patrícia, UBS01). Ora, pode-se supor uma incongruência entre esse trecho de entrevista e a afirmação acima de que não há menção, por parte de profissionais das UBS, a monitoramento e avaliação das ações em saúde. Porém, o que se verifica é que a menção à avaliação sobre as condições de saúde do território se dá menos por meio de análises sistemática dos dados formalmente estabelecidos e mais pela identificação das demandas que aparecem nos consultórios e reuniões de equipe. Em outra direção, outro profissional, nessa mesma unidade, revela que há dados e informações, embora não sejam todos acessíveis como o são para a gestão, e nem todos os profissionais da AB têm o mesmo acesso:

existem algumas estatísticas que estão disponíveis, né? Para todo mundo que é servidor que tem acesso [...] à nossa intranet lá, que tem acesso ao prontuário eletrônico. Dependendo do cargo está. Os meus assistentes da farmácia não têm acesso, mas eu tenho acesso a alguns indicadores. O farmacêutico assim não participa tão diretamente do processo de decisão, mas em alguns momentos, a gente está inserido sim (Priscila, UBS01).

O que se pretende demonstrar é justamente o fato de que a gestão baseada em dados é um desafio inevitável o qual se deve enfrentar. Isso porque é necessário compatibilizar as demandas locais, com as prioridades provenientes do nível central, acarretando numa ambivalência entre planejamento baseado em dados sistematizados, respostas programáticas às induções provenientes de nível central e atendimento às demandas do cotidiano, percebidas no atendimento assistencial-ambulatorial.

Essa compatibilização seria um desafio saudável, caso as diferentes demandas não fossem vistas como concorrentes, entre si, dos recursos disponíveis, mas como complementares para a tomada de decisões. Ressalta-se, porém, que esse pêndulo não é necessariamente equilibrado, visto a grande força mobilizadora dos níveis centrais na organização das ações em saúde sobre os serviços de saúde, inclusive pelas pressões financeiras, decorrentes das políticas de saúde determinadas e financiadas pelo Ministério da Saúde. Ainda assim, se reconhece e observa um zelo na necessidade de registro das informações visando retroalimentar o planejamento em saúde, reconhecido como calcado em informações fundamentais para o planejamento da ação. Isso tanto pela abertura, em ambos os níveis do sistema – gestão e AB – às informações locais, quanto pelo reconhecimento e valorização que é dado à disponibilidade de ferramentas operacionais e sistemas informatizados na rede, tema esse que foi citado 14 vezes nas entrevistas, conforme a tabela 1. Tais instrumentos são apontados como importantes para o acompanhamento da situação de saúde dos moradores do território:

o município ... tem um sistema informatizado que nos ajuda muito como ferramenta de cuidado e também de gestão Ali dentro você tem tanto os prontuários eletrônicos, você tem os meios de comunicação entre os diferentes profissionais. Esse sistema nos ajuda muito nesse sentido de produção de relatórios, visualização dos processos que são implementados junto aos usuários, junto aos sujeitos que acessam a rede (Elton, AS).

Ou seja, partilha-se da concepção da importância dos dados, dos sistemas de informação e das próprias informações em saúde. Contudo, conforme discutido anteriormente, a despeito da preocupação na produção e utilização de dados, independente de seu uso ou não no cotidiano, não houve menção, por parte dos profissionais das UBS, ao uso de dados como instrumento de avaliação e monitoramento das ações, mas tão somente como instrumentos do planejamento ou acompanhamento das ações prestadas para usuários em específico. Aliás, o termo “monitoramento”, “monitorar”, “monitora” foi citado 79% das vezes em que apareceu durante as entrevistas entre gestores, ao passo que apareceu apenas 21% das vezes entre profissionais da UBS. Ressalta-se, também, que o valor sobre os dados, por parte da UBS, engloba também tomadas de decisão calcadas em dados mais informais, produzidos e mobilizados no acumulado da experiência profissional e coletiva. Como correlato, nem sempre tais decisões permitem transformar tais dados em indicadores formais, o que pode ter efeitos na retroalimentação necessária dos dados para níveis gerenciais da SMS e do próprio Ministério da Saúde, como veremos um pouco mais adiante.

Se a gestão local da saúde transita entre demandas locais e exigências provenientes de nível central, e não tanto em planejamento que se ancora no tripé diagnóstico situacional, planejamento das ações e avaliação e

monitoramento dos resultados, pode-se colocar uma questão em relação à priorização do tema ST na AB: se a demanda local é uma das dimensões que orientam as ações locais na AB, e considerando-se o fato de que há nítido aumento de demandas sociais relativas aos problemas de SMRT (Bernardo et al., 2015; Brasil, 2017; Ribeiro et al., 2019), deve-se indagar o que inviabiliza a percepção, por parte dos profissionais, dos problemas de ST e SMRT como demandas provenientes dos territórios que requerem planejamento das ações nessa direção. Os problemas de ST e SMRT não emergem como problemas nas UBS? Ou há outras dimensões que impedem a priorização dessas questões na rede? A literatura aponta inúmeras explicações para essa questão, incluindo desde a dificuldade técnica em realizar onexo causal entre contextos de trabalho e problemas de saúde mental, passando pelas concepções que os trabalhadores possuem sobre o trabalho, a saúde e a saúde mental, até a própria estrutura organizacional do SUS (Bernardo & Garbin, 2011; Merlo et al., 2014). Além disso, verifica-se nessa pesquisa uma nítida disputa pela atenção do olhar do profissional da AB entre as diversas informações e políticas que orientam as ações de saúde, dificultando dar prioridade aos problemas de ST e SMRT, sobretudo porque a própria SMS não prioriza essa área na política municipal, conforme se verifica em outros locais (Almeida et al., 2021).

Soma-se a isso o fato de que a organização dos processos formativos é reconhecida como atributo dos gestores, de modo que sem uma formação para a temática, é difícil produzir intervenções voltadas a um objeto específico sobre o qual não necessariamente há domínio técnico. Finalmente, como mencionado anteriormente, sem capacidade e capacitação para atuar na área de ST e SMRT, provavelmente não se produzirá informações suficientes na AB que mobilizarão os níveis gerenciais na priorização dessa área em nível municipal, somado ao fato de que os dados utilizados, mesmo relativos à ST e à SMRT tendem a ser mais informais. Tem-se, portanto, fechado um círculo vicioso: os profissionais de saúde não atentam para um problema sobre o qual pouco se sabe ou se percebe como necessário. Ao mesmo tempo, exatamente por não haver o domínio sobre o problema, não são geradas informações sobre ele. Finalmente, por não haver informações sobre o problema, este não é percebido como algo importante a ser abordado pela equipe de saúde.

Ainda que se reconheça a necessidade de produzir informações em saúde relacionadas ao planejamento de ações em nível local (UBS), foram nas entrevistas dos profissionais da gestão que se encontraram a maior frequência de citações do tema “qualidade e adequação dos indicadores em saúde”, bem como do tema “sistema de informações em saúde”, conforme a tabela 1. Esses indicadores são mais frequentemente reconhecidos por parte dos gestores como adequados: “então, acredito que sim [os indicadores usados são adequados à realidade], que existe já bastante indicador que são as prioridades” (Marcia, VS). A maior frequência das citações desse tema entre gestores reforça a evidente separação entre a gestão de informações por parte dos gestores e a produção de dados e informações, via notificação, por parte dos executores. Reforça ainda que

nem sempre as informações informais conseguem ser trabalhadas como dados informacionais para os níveis ascendentes.

No caso em específico das questões de ST e SMRT, a priorização da área como um eixo central da saúde aparece principalmente nas falas de uma gestora da área de VS, que atua diretamente com a questão. Em sua entrevista é possível notar que a priorização das ações está calcada no acompanhamento de dados epidemiológicos:

e aí como que se dá essa priorização? Se dá por critérios epidemiológicos, que aí pode ser assim: o que tem adoecido mais esses trabalhadores? Por isso, é tão importante a gente tentar entender esse adoecimento. Porque aquilo que comparece mais, que está aparecendo, eu preciso priorizar e acredito que essa também foi também uma das linhas para que o Ministério priorizasse algumas doenças e agravos. (Iracema, VS).

Essa valorização aos dados epidemiológicos dificulta ainda mais a percepção sobre a situação da saúde dos trabalhadores nos territórios, haja vista que essas informações epidemiológicas são calcadas no contexto pesquisado, sobretudo, nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, que embora seja um instrumento importante, é preciso considerar a existência de subnotificação, especialmente em relação aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, em função das dificuldades já apontadas anteriormente.

Além da incidência, a gravidade também é um fator considerado para priorizar as ações de promoção e prevenção em ST. Os dados necessários para subsidiar as decisões também são obtidos a partir da notificação de acidentes de trabalho que possibilitam identificar grupos profissionais mais expostos a certos tipos de agravo à saúde.

Como que a gente prioriza estar fazendo algum projeto ligado a construção civil, por exemplo? Porque entre as fichas de acidente de trabalho grave que a gente recebe a maioria é ligada à construção civil, então a gente sabe que esse é um grupo homogêneo de exposição e a gente precisa ter um olhar diferenciado (Iracema, VS).

Porém, mesmo no caso da ST, a priorização dos eixos de intervenção - os acidentes de trabalho graves, com óbito, com crianças ou adolescentes, por intoxicações exógenas ou com materiais biológicos - não escapa das delimitações e orientações provenientes do Ministério da Saúde, deixando-se pouco espaço para definições elaboradas a partir de informações locais, principalmente se essas informações se calcarem em dados informais e mais subjetivos:

hoje a gente acaba atuando mais na linha do que o Ministério da Saúde define como as notificações que são compulsórias. Porque o adoecimento ao trabalhador ele abrangeria inúmeros

tipos de adoecimento. O Ministério ele faz um recorte, que são cinco agravos e seis linhas. Então esses são nossos agravos e doenças prioritárias, que são os acidentes de trabalho grave; o acidente de trabalho com óbito; o acidente de trabalho com criança e adolescente, que não importa a gravidade; as intoxicações exógenas; e o acidente de trabalho com material biológico (Iracema, VS).

E os indicadores da vigilância da saúde do Trabalhador também é tudo muito novo. Um indicador que a gente tem, que foi instituído pelo Ministério, é a notificação... o profissional, ao notificar um acidente de trabalho ou uma doença relacionada ao trabalho, tem que formar esse vínculo, essa questão da área que ele trabalha e tal. Isso não é fácil, a gente tem uma formação muito rápida (Luana, VS).

Por outro lado, no que tange em específico à ST e SMRT, parece que a qualidade dos indicadores, mesmo que formalizados e objetivos, não se mostra suficiente para contribuir para que seja uma área prioritária nas definições das ações em saúde no município, tal qual mostrou-se anteriormente. Os resultados do presente estudo vão ao encontro de outros que apontam dificuldades de inserção de políticas de ST, de Saúde Mental e de SMRT na AB (Araújo et al., 2017; Mori & Naghettini, 2016), cuja falta de priorização pode ser constatada, inclusive, na escarça presença da temática em planos municipais de saúde (Almeida et al., 2021).

Em suma, se há reconhecimento da importância dos dados de saúde nas ações realizadas na AB, os diferentes modos como se concebem e utilizam tais informações, formais e informais, acarretam diferentes efeitos às políticas de saúde na AB. Em meio a tantas informações e diferentes atribuições, as questões de ST perdem um pouco sua relevância. Soma-se a isso, as deficiências de formação, que inviabilizam, em parte, a tradução das demandas locais em demandas de ST e de SMRT, conforme mencionado. Em direção semelhante encontram-se os desafios enfrentados na gestão e organização do serviço, que reforçam os problemas identificados até este momento, conforme será demonstrado no tópico a seguir.

DESAFIOS DA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nessa categoria, encontram-se temas relacionados às situações que precisam ser enfrentadas pela gestão e pelos profissionais de saúde entrevistados, sejam eles desafios, necessidades ou formas de organização do sistema de saúde. O tema mais citado nessa categoria, conforme a tabela 1, foi a precarização das condições de financiamento do SUS, citadas 34 vezes nas entrevistas. Esse tema é composto por 3 subtemas: a deficiência de pessoal; a precarização das condições de trabalho no SUS; e as ações para enfrentamento da precarização. A precarização é materializada principalmente pela falta de pessoal – subtema mais

citado -, mas também nas condições de trabalho no SUS: “é uma situação que a gente vive hoje: o profissional tem competência, mas ele não consegue desenvolver, porque falta estrutura física, falta mais profissionais [...] as equipes estão desfalcadas” (Cláudia, UBS01). Esse tema foi o mais citado entre os gestores (20 vezes) e o terceiro mais citado entre os profissionais da UBS (14 vezes), demonstrando sua relevância para os entrevistados de um modo geral.

A falta de profissionais e de condições apropriadas tem impacto deletério em várias frentes de atuação das políticas de saúde:

deveria [ter mais espaço na gerência para saúde do trabalhador]. A gente precisa de mais gente. Eu falo assim: eu tenho tantas políticas que eu acho importante e não consigo fazer. Então, assim é uma que a gente também deveria ter, mas a gente não consegue desenvolver (Joana, AS).

Essa deficiência prejudica também o desenvolvimento de ações em ST: “precisamos de novos profissionais. Precisamos reorganizar os serviços para dar conta dessas demandas também” (Elton, AS). A existência de precarização das condições de trabalho torna ainda mais difícil executar ações nessa direção, pois a ST e a SMRT são vistas como um trabalho adicional para além das atribuições compreendidas como mais prioritárias, em meio a tantas outras políticas já executadas num contexto de tamanha precarização.

Outro tema percebido como relevante entre os entrevistados é a percepção da importância de integração entre as diferentes áreas e setores, citado 32 vezes pelos entrevistados, conforme tabela 1. Esta integração é ocasionalmente percebida como desafiadora: “eu acho que a gente não tem um movimento tão unificado assim de a gente estar pensando junto” (Joana, AS). Porém, mais frequentemente, é concebida como uma marca da saúde: “isso é o SUS. Existe o NASF [...] eles se integram em várias áreas dessa equipe. Isso é o SUS, é a união” (Sueli, UBS02). A integração é reconhecida como importante e necessária, quando ela existe: “a gente tem um diálogo muito bom com o CAPS. A ponto, de alguns pacientes com transtornos mentais graves nem estarem no CAPS, estarem aqui comigo em atendimento psicológico e irem para o CAPS só para atendimento psiquiátrico e vice-versa” (Patrícia, UBS01).

Contudo, algumas falas, ainda que em menor quantidade, revelam certa dificuldade de integração intersetorial, o que reflete sobre suas atividades de trabalho: “eu quase não interajo com as pessoas lá de cima, por que tem a parte lá de cima, mas sempre tem reunião lá com os agentes de saúde, com os enfermeiros, mas eu mesmo não interajo com isso” (Neiva, UBS02); “eu acho que falta um pouquinho de entrosamento entre os setores, entendeu?” (Priscila, UBS01). Verifica-se, portanto, que há concepções partilhadas de que a integração é uma dimensão característica, necessária e importante para a saúde, mas que não está suficientemente equacionada ao ponto de não dever ser apreendida como um desafio constante em construção. Essa condição reforça a dificuldade

de partilha e de colaboração entre as funções do sistema de saúde, de modo que as atribuições funcionais ficam alocadas em determinados setores – separação entre Vigilância em Saúde e Assistência em Saúde, por exemplo, cada qual com seus saberes e poderes –, dificultando a dinâmica de planejamento local a partir de informações que, como vimos, também não são sistematicamente analisadas em todos os locais do sistema de saúde.

No que tange em particular à ST e SMRT, verifica-se que há esforços de articulação entre as áreas, mais especificamente em relação às diferentes vigilâncias (Vigilância Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador):

A gente tem surtos de diarreia, que são relacionadas às vezes a ambiente de trabalho. Então a gente passa junto porque a gente faz parte de vigilância epidemiológica, que é por exemplo coleta de amostra de fezes, mas a gente passa para cá porque identifica que água é essa que está sendo dada ao trabalhador naquele local, quais as condições de higiene mínima ofertada na numa copa para eles se alimentarem... Então aí a gente sempre divide com elas, com a outra vigilância, que é a de saúde do trabalhador (Marcia, VS)

Mas também desafios, mais localizados conforme os dados de pesquisa, entre as diferentes Gerências – a Vigilância em Saúde e a Assistência em Saúde:

Eu acho assim, eu acho essa linha de saúde do trabalhador é importantíssima, a gente não consegue ter, atingir o que deveria. Aí você fala: por quê? Para mim, a estrutura nossa, organizacional não está para isso. Tem outras políticas que eu penso também é importante que a gente não faz (Joana, AS).

Daí o esforço de construir essa integração a fim de lidar adequadamente com as questões de ST e SRMT: “é lógico que alguns momentos a gente vai ter que contar também com o apoio [de outro setor] porque existem exames, existem alguns parâmetros importantes e é neste momento que a gente está, de tentar construir isso” (Iracema, VS). Ora, se os discursos anunciam a ainda necessária construção dessa integração em ST e SRMT, é possível supor o estado incipiente das ações relativas a esse setor na rede municipal de saúde como um todo. Esse aspecto é ainda mais relevante se observarmos que tal esforço emana principalmente dos níveis gestores, indicando que sua reverberação na rede de saúde, principalmente na AB, deve ser ainda muito aquém do esperado – haja visto nem ter sido citado nas entrevistas realizadas junto a profissionais das UBS.

Ainda que se reconheça a organização do sistema como calcado na integração dos setores, tanto interno às UBS, quanto entre os setores de gestão, o sistema de saúde é um projeto de integração em construção, que deve ser ancorado na multiplicidade de demandas que emanam dos usuários, como coletivo, mas também como indivíduos:

a gente tem uma equipe e ela funciona bem. A gente tem uma boa conversa na equipe toda. A equipe se reúne, discute caso, então a gente consegue perceber as outras áreas também que acaba ficando tudo no paciente. O paciente são várias demandas, não só de repente odontológicas, são uma equipe toda (ÉRICA, UBS02).

Pode-se depreender disso que há o esforço programático de apreender a complexidade da experiência humana de modo o mais integral possível, em atenção ao princípio da integralidade (Lei nº 8.080/1990). Tal esforço acarreta desafios evidentes para setores ou questões específicas de interesse, como por exemplo a SMRT. Isso porque compete ao sistema de saúde como um todo, mas também a cada um dos profissionais lidar com demandas e questões as mais diversas, manifestadas em um indivíduo não compartimentalizado em áreas ou saberes: por exemplo, considerando uma usuária que é mulher, tem diabetes, é empregada doméstica e mãe, precisa de apoio psicológico e médico, etc., isto não significa que ela deixa de ser a mesma usuária em todas as diferentes políticas específicas nas quais ela poderia vir a ser acompanhada. Desse modo, verifica-se que apesar do esforço de integralidade, as áreas da saúde acabam disputando a atenção dos profissionais para aspectos específicos dos usuários: por exemplo, como dar atenção à mulher, mas sem deixar de se atentar à trabalhadora, que também ela é? Essa espécie de disputa pelo olhar não é operada de modo exatamente equilibrado, ou unicamente a partir da demanda que o usuário traz, visto que, como apontado anteriormente, há políticas construídas e pactuadas, parte delas com estímulos financeiros, que incitam a preocupação prévia dos profissionais para elas, tais como a políticas de atenção à hipertensão, diabetes, saúde da mulher, da criança, etc. Assim, como dito pela gestora de assistência em saúde, há sempre políticas a serem construídas e que, diante de uma estrutura organizacional deficitária, tendem a ser parcialmente inviabilizadas de serem realizadas a contento.

Soma-se a esse desafio de pessoal, as situações que dificultam a percepção de um bom trabalho, como a necessidade de mobilização de pessoal para atendimentos relacionados a situações de saúde emergenciais, tema apontado como desafiador tanto por gestores quanto por profissionais das UBS (emergência em saúde pública, incluindo a Covid, tabela 1): “então ele [profissional de saúde] não tem tempo, então fica essa deficiência, porque ele fica só ali apagando incêndio. [...] porque chegam as demandas imediatas e toma todo tempo do profissional” (Claudia, UBS01). Essas demandas impactam, inclusive, na participação dos profissionais em treinamentos, dificultando ampliar sua ação em áreas da saúde menos privilegiadas: “esse ano nós tivemos muito problema na questão da vacina: sarampo, a chicungunha. [...] Eu não podia tirar [servidores] nem pra fazer o curso e nem pra vir dar aula” (Mariana, FS). Os desafios provocados pelo enfrentamento à Covid-19 são emblemáticos dessa situação, sobretudo devido à reconfiguração dos serviços: “agora está um pouco parado por causa da pandemia” (Érica, UBS02); “ultimamente, em função da Covid, muita coisa foi, os encontros foram cancelados” (Priscila, UBS01).

Diante das análises apresentadas nos tópicos anteriores, pode-se verificar que há preocupação dos entrevistados em ofertar serviço ambulatorial que atenda às demandas dos usuários, sem perder as políticas de promoção e prevenção como eixos norteadores do serviço. Porém, dada a divisão entre a concepção e planejamento das políticas macro e das ações de promoção como atribuição dos gestores, e do planejamento e da execução da assistência como atribuição dos profissionais, pode-se compreender a dificuldade de implementar ações específicas sobre algumas áreas da saúde, como a ST ou as questões relacionadas à SMRT, se não houver uma política estruturada que obtenha a atenção específica dos profissionais a essa questão, sobretudo porque falta a eles condições materiais e de pessoal de exercer e atender adequadamente toda a complexidade de questões que lhes são demandadas. E é ainda mais relevante reconhecer que essa atenção não pode ser apenas de um ou outro profissional, mas da equipe como um todo, considerando que o serviço é estruturado e executado em coletivo e em rede.

Além disso, pode-se verificar que as dificuldades de integração entre diferentes áreas, tais como as apontadas entre os setores de vigilância em saúde, assistência em saúde e formação em saúde – porém mais especificamente em torno das ações de Saúde Mental, localizada na assistência em saúde, e ST, localizada na vigilância em saúde – é prejudicial para a efetividade das ações em SMRT na AB, pois essas duas áreas são complementares e indispensáveis para o diagnóstico e encaminhamento adequado dos casos (Cardoso & Araújo, 2018). Assim, a aproximação dessas áreas entre si, em todos os níveis de atenção à saúde e especificamente na AB, é um caminho necessário para a integralidade do cuidado em ST (Bernardo & Garbin, 2011; Cardoso & Araújo, 2018; Lacaz, Trapé, Soares, & Santos, 2013). Mesmo para a área especializada em ST, a SMRT representa um desafio uma vez que as relações entre a SM e o trabalho, muitas vezes, envolvem mediadores que dificultam visibilidade de tal relação (Cardoso & Araújo, 2018; Merlo et al., 2014). Ora, com a precariedade de condições de trabalho que viabilizam ações tanto em Saúde Mental, quanto em ST, fica evidente a dificuldade de realizar ações em SMRT de modo adequado e sistemático na AB. Experiências bem-sucedidas de integração da ST nas redes de saúde demonstram algumas possibilidades de avanço nessa área, inclusive com a utilização da estratégia de matriciamento com a temática de SMRT (Garbin & Pintor, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo discutiu a prioridade dada a ST e a SMRT no planejamento e nas ações desenvolvidas na AB, examinando os diferentes elementos relacionados à atual condição dessa área no conjunto das políticas de saúde locais. Para tanto, examinou-se as concepções dos profissionais de saúde que são subjacentes aos processos de produção, implementação e avaliação de políticas e ações de saúde e, em particular, de ST e SRMT nos serviços de saúde da AB. As diferentes concepções que os trabalhadores possuem: 1) sobre as atribuições dos profissionais no delineamento das políticas e ações de saúde em função do lugar

no sistema de saúde, principalmente na clivagem entre o papel de promotor das políticas de saúde para o nível gerencial, e o papel de prestadores de serviço, para o nível da AB; 2) sobre os desafios para consolidação da integração entre diversos setores e profissionais de saúde, a despeito de reconhecerem a importância do trabalho em equipe e em rede; 3) sobre os efeitos da precarização das condições de trabalho, a partir da qual se justifica a não realização de ações para todas as demandas observadas; 4) sobre os modos de uso e gestão das informações, formais e informais, bem como os indicadores utilizados para o planejamento em saúde, em que as UBS se direcionam pelas demandas locais e orientações da SMS, e a gestão central se orienta pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Em suma, essas diferentes concepções, considerando-se as diferenças entre demandas, os usos de instrumentos de planejamento, e as deficiências na estrutura e organização dos serviços, contribuem para menor priorização da ST e principalmente da SMRT em comparação com outras linhas de atenção. Diante desse quadro, é necessário reorientar ações que ampliem o diálogo entre as distintas instâncias do sistema, melhorem a partilha de informações para o planejamento, e garantam iniciativas que possam ser compreendidas como parte do trabalho da equipe de saúde. Tal reflexão pode contribuir para o aprimoramento da gestão na produção e disseminação de práticas e saberes sobre ST e SMRT na AB.

Diante desse quadro, podem-se indicar algumas linhas de ação visando o desenvolvimento da área de ST e SMRT na AB: ampliar a familiaridade dos profissionais em relação à temática de ST e à SMRT (Araújo et al., 2017), de modo a produzir informações e dar visibilidade suficiente para impulsionar a sua priorização em nível central; para tanto, é necessário o desenvolvimento de Formações em Saúde com foco nessa temática, que contribuam para a reflexão sobre o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde, como atribuição de todos os profissionais de saúde, e que incluam a análise do trabalho como um dos possíveis determinantes das demandas de saúde observadas na unidade; induzir a coletivização das práticas de ST e SMRT na AB, visto que práticas coletivas e em rede tendem a ser mais amplamente sustentadas; induzir a produção de informações sobre o trabalho e seus efeitos na população em nível local (do território de saúde), contribuindo para transformar os dados informais e subjetivos em informações objetivas para facilitar no planejamento de políticas e ações em saúde; contribuir para melhor financiamento das ações em saúde, para minimizar a precarização do sistema; e produzir demandas para mobilização em torno de recursos específicos para a área de SMRT em nível federal.

Conclui-se que a realização de estudos sobre as concepções subjacentes aos processos de planejamento, avaliação e de priorização das ações em saúde e os desafios de inserção da ST e SMRT na AB pode contribuir significativamente para dar melhores subsídios à questão e, consolidar a atenção integral à saúde dos trabalhadores(as) usuários do SUS, seja com o uso de abordagem tradicionais ou com a incorporação de novas metodologias. Este artigo corrobora apontamentos da literatura acerca da necessidade de maior inserção e integração da ST e da

Saúde Mental nas redes de atenção à saúde e especificamente na atenção básica, destacando a importância de estudos sobre as concepções que orientam as ações em saúde nesse processo para promover a atenção integral à ST.

A impossibilidade de ter entrevistado médicos e agentes comunitários de saúde podem ter influenciado os resultados obtidos. De modo semelhante, o tamanho do município, de grande porte, e localizado em estado da região Sudeste do país pode ter contribuído para os resultados encontrados, visto que a realidade do sistema de saúde varia muito em função do tamanho do município, bem como da diversidade de experiências locais. Pesquisas futuras devem investigar se os processos de priorização sobre a temática são semelhantes a outros municípios e o papel do nível estadual nesse processo.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. A. d., Bianco, M. d. F., Moraes, T. D., Alves, R. B., Bastianello, G., & Vicentini, N. d. S. (2021). O trabalho como determinante da saúde e espaço de desenvolvimento de competências. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 21(2), 1446-1455. <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.2.21507>
- Araújo, T. M., Palma, T. F., & Araújo, N. D. C. (2017). Work-related Mental Health Surveillance in Brazil: characteristics, difficulties, and challenges. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(10), 3235-3246. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>
- Bernardo, M. H., & Garbin, A. D. C. (2011). A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 103-117. <https://doi.org/10.1590/s0303-76572011000100010>
- Bernardo, M. H., Souza, H. A. d., Pinzón, J. G., & Kawamura, E. A. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14, 1613-1624. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-5.smrt>
- Brasil. (2017). *Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais a empregados entre 2012 e 2016*. Brasília: Ministério da Fazenda. Secretaria da Previdência.
- Cardoso, M. D. C. B., & Araújo, T. M. D. (2018). Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 30, e163746. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30163746>
- Garbin, A. D. C., & Pintor, E. A. D. S. (2019). Estratégias de intra e intersetorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44, e18. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000030118>
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artemed.
- Lacaz, F. A. C., Trapé, A., Soares, C. B., & Santos, A. P. L. (2013). Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 75-87. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>
- Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Merlo, Á. R. C., Bottega, C. G., & Perez, K. V. (Eds.). (2014). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf.

- Minayo-Gomez, C., Vasconcellos, L. C. F. d., & Machado, J. M. H. (2018). Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 23(6), 1963-1970. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>
- Mori, É. C., & Naghettini, A. V. (2016). Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(n. spe), 25-31. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300004>
- Oliveira, P. R. A. d., Portela, M. C., Corrêa Filho, H. R., & Souza, W. R. d. (2021). Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP): risco das sete atividades econômicas e condições incapacitantes mais frequentes, Brasil, 2000-2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(5), e00191119. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00191119>
- Portaria n° 777, de 28 de abril de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ribeiro, H. K. P., Santos, J. D. M., Silva, M. D. G. E., Medeiro, F. D. D. A., & Fernandes, M. A. (2019). Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44, e1. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000021417>
- Santos, R. C. D., & Bosi, M. L. M. (2021). Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(5), 1739-1748. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04902021>
- Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J., & Kingstone, T. (2018). Can sample size in qualitative research be determined a priori? *International Journal of Social Research Methodology*, 21(5), 619-634. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643>
- Vasconcellos, L. C. F. D., & Gaze, R. (2013). Saúde, trabalho e ambiente na perspectiva da integralidade: o método de Bernardino Ramazzini. *Revista Em Pauta*, 11(32), 65-88. <https://doi.org/10.12957/rep.2013.10156>

World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020* World Health Organization.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

SOBRE OS AUTORES


Leonardo Alexandrino de Almeida é Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo. e-mail: admleonardouff@gmail.com.

 <http://orcid.org/0000-0002-7165-0452>


Roberta Belizário Alves é Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. É vinculada ao Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da Universidade Federal do Espírito Santo. e-mail: roberta.alves@ufes.br.

 <http://orcid.org/0000-0002-1206-7427>

Thiago Drumond Moraes é Doutor em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É vinculado ao Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento/ Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. e-mail: thiago.moraes@ufes.br.

 <http://orcid.org/0000-0001-6250-3533>.

Monica de Fátima Bianco é Doutora em Engenharia de produção pela POLI-USP. É vinculada ao Departamento de Administração/ Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo. e-mail: mofbianco@gmail.com.

 <http://orcid.org/0000-0003-4280-7630>.