

O Sistema de Informação do Acolhimento do CEREST de Juiz de Fora/MG: construindo indicadores de fluxos e atenção em saúde do trabalhador

The Embracement Information System of the CEREST of Juiz de Fora/MG: building flow and attention indicators in the worker's health

Cristiane dos Reis Veloso Poço¹, José Luís da Costa Poço²

DOI: 10.5935/2238-3182.20150121

RESUMO

¹ Enfermeira. Especialista em Ergonomia e Vigilância Sanitária. Chefe da Seção de Doenças Ocupacionais do Departamento de Saúde do Trabalhador (DSAT/CEREST). Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG – Brasil.

² Médico. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Departamento de Saúde do Trabalhador (DSAT/CEREST). Ministério da Saúde/Secretaria Municipal de Saúde. Juiz de Fora, MG – Brasil.

Introdução: os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) são responsáveis pelas ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de saúde (SUS). O Departamento de Saúde do Trabalhador de Juiz de Fora (DSAT/CEREST-JF) possui abrangência regional que, à semelhança de outros CERESTs, enfrenta dilemas sobre a priorização de ações de assistência ou vigilância, necessidades de capacitação e dificuldades para articulações intra e intersectoriais. O mapeamento do fluxo dos usuários, o levantamento e análise dos modos de organização do serviço e dos problemas enfrentados podem contribuir para melhor equacionamento dessas questões. **Objetivo:** relatar o processo de construção do Sistema de Informação do Acolhimento do DSAT/CEREST-JF e discutir os resultados obtidos, propondo indicadores para orientar propostas de aperfeiçoamento das ações de saúde do trabalhador no SUS. **Método:** estudo retrospectivo, com análise quantitativa. Descreve-se o processo de construção do Sistema de Informação do Acolhimento do DSAT/CEREST-JF e são discutidos os resultados da análise da população acolhida em 2009. **Resultados:** 1.346 usuários foram acolhidos, sendo descritas suas características e sua evolução até 31 de dezembro de 2010. São formulados indicadores referentes aos fluxos de referência e contrarreferência e ao processo de trabalho, sendo sugeridas ações para melhorá-los. **Conclusões:** a formulação de indicadores do processo de atenção à saúde do trabalhador desenvolvido no DSAT/CEREST-JF, com base no Sistema de Informação do Acolhimento, configura uma experiência que, com as devidas adequações às realidades locais, pode ser replicada na Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Sistemas de Informação; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Workers' Health Reference Centers (CERESTs) are responsible for actions toward workers' health in the Unified Health System (SUS). The Department of the Worker's Health of Juiz de Fora (DSAT/CEREST-JF) has a regional coverage which, like other CERESTs, faces dilemmas about prioritizing assistance or supervision actions, training needs, and difficulties in intra and intersectorial articulations. Mapping the flow of users and the survey and analysis of the modes of service organization and problems can contribute to improving these issues. **Objective:** to report the process of building the Embracement Information System of DSAT/CEREST-JF and discuss the results obtained, proposing indicators to guide proposals for the improvement of the worker's health in the SUS. **Method:** this was a retrospective study with a quantitative analysis. It describes the process of building the Embracement Information System of DSAT/CEREST-JF and

Recebido em: 18/11/2012

Aprovado em: 16/10/2015

Instituição:
Secretaria Municipal de Saúde da
Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
Juiz de Fora, MG – Brasil

Autor correspondente:
Cristiane dos Reis Veloso Poço
E-mail: crisreivel@hotmail.com

discusses the test results of assisted population in 2009. Results: 1,346 users were assisted; their characteristics and evolution were described until December 31 of 2010. Indicators for the reference and counter reference flows and labor process were formulated, and actions to improve them were suggested. Conclusions: the formulation of indicators of the process of the worker's health care developed in the DSAT/CEREST-JF, based on the Embrace Information System configures an experience that, with the necessary adaptations to the local realities, can be replicated in the National Network of the Worker's Health Care.

Key words: Occupational Health; Information Systems; Health Care Evaluation Mechanism.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) são responsáveis pelo apoio técnico às ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde do trabalhador nas diferentes instâncias e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e constituem o eixo da implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída em 2002 pela Portaria GM/MS nº 1.679¹. As atribuições dos CERESTs e as funções dos diversos níveis de gestão da RENASt foram objeto de mais duas outras portarias ministeriais, nº 2437² de 2005 e nº 2728³ de 2009, porém persistem os desafios identificados por Dias e Hoefel⁴, em 2005, e novamente constatados no estudo realizado entre 2002 e 2007 no estado de Minas Gerais,⁵ tais como dificuldades na definição do papel do CEREST, dilemas sobre a priorização de ações de assistência ou vigilância, necessidade de capacitação das equipes e dificuldades para articulações intra e intersetoriais.

O Departamento de Saúde do Trabalhador de Juiz de Fora (DSAT), em atividade desde 1988, foi habilitado em 2002 como integrante da RENASt, na condição de CEREST regional, responsável, portanto, pela coordenação das ações em saúde do trabalhador em Juiz de Fora e na sua macrorregião.⁶ A demanda de atendimento do CEREST de Juiz de Fora (DSAT/CEREST-JF) origina-se de diversas fontes: encaminhamentos das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), da atenção secundária, médicos particulares, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), sindicatos, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e demanda espontânea.

O acolhimento é das diretrizes de mais importância na Política Nacional de Humanização do SUS. Em seu manual sobre o acolhimento nas práticas de produção de saúde,⁷ o Ministério da Saúde sugere o mapeamento do fluxo do usuário na unidade de atendimento, o levantamento e análise dos modos de organização do serviço e dos problemas enfrentados, a partir da participação dos profissionais que nela atuam. Além disso, propõe também a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas diagnosticados, a articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção à saúde, reafirmando a indissociabilidade entre a atenção e a gestão.

O objetivo deste estudo é relatar o processo de construção do Sistema de Informação do Acolhimento (SIA) do DSAT/CEREST-JF, iniciado em 2008, e apresentar e discutir os resultados obtidos, propondo indicadores para orientar propostas de aperfeiçoamento das ações em saúde do trabalhador, em um formato que possa ser replicado na RENASt.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo descritivo retrospectivo, complementado por análise quantitativa, desenvolvido em quatro etapas:

- etapa 1** – histórico da implantação do SIA no DSAT/CEREST-JF;
- etapa 2** – delimitação da amostra e análise quantitativa: os dados analisados neste estudo referem-se ao primeiro ano de utilização do SIA, ou seja, usuários acolhidos no período entre 1º de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2009, incluindo as atualizações e complementações referentes às desconcentrações, altas e reenaminhamentos ocorridos nesse grupo até 31 de dezembro de 2010. Foram utilizados os dados secundários, consolidados no SIA. A apuração e consolidação dos resultados, agrupamento em categorias, tratamento estatístico e confecção de tabelas foram executados com o auxílio do *software* EPI-INFO versão 3.5.1;
- etapa 3** – discussão dos resultados da análise quantitativa;
- etapa 4** – proposição de indicadores, com base nas informações obtidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Sistema de Informação do Acolhimento (SIA)

No DSAT/CEREST-JF, o acolhimento dos usuários é realizado por técnicos com capacitação específica (assistente social, enfermeiro, técnico de segurança do trabalho). Nesse primeiro contato são coletadas informações com vistas à avaliação da suspeita de doença ocupacional ou acidente do trabalho e, quando indicados, são realizados os encaminhamentos internos (consulta com médico, psicólogo, fonoaudiólogo) ou externos (outros serviços de saúde, INSS, sindicatos, MTE, Promotoria Pública etc.), bem como são fornecidas orientações legais (trabalhistas e previdenciárias).⁸

O atendimento médico no DSAT/CEREST-JF está dividido em dois setores: doenças ocupacionais e acidentes do trabalho. As consultas médicas visam pesquisar a existência de relação entre o trabalho e o agravo sofrido pelo usuário, a partir da investigação diagnóstica e do ambiente de trabalho, com as consequentes notificações ao Ministério da Saúde e à Previdência Social, conforme a legislação vigente.^{9,10} Após a conclusão da avaliação médica, os usuários são encaminhados para acompanhamento clínico na atenção primária (desconcentração) e em outros setores da atenção secundária ou recebem alta, conforme o caso.

A desconcentração (ou contrarreferência do DSAT para as UAPS) é prática consolidada em Juiz de Fora como parte da estratégia de inserção de ações em saúde do trabalhador na atenção primária.¹¹ São desconcentrados os usuários em que se identificou doença não ocupacional e aqueles em que a investigação realizada no DSAT confirmou agravos relacionados ao trabalho cujo tratamento ou controle pode ser realizado ou supervisionado pelos técnicos da atenção primária.

O DSAT/CEREST-JF centraliza as notificações ao Ministério da Saúde dos agravos relacionados ao trabalho na sua área de abrangência, encaminhando-as ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a partir da Vigilância Epidemiológica Municipal. Paralelamente, o DSAT/CEREST-JF mantém bancos de dados próprios, com informações detalhadas referentes às doenças e acidentes do trabalho por ele identificados, incluindo os agravos que não são de notificação compulsória. Não havia, porém, até 2008, qualquer informação sistematizada sobre as características da demanda do DSAT/CEREST-JF, nem sobre os fluxos dos encaminhamentos internos e externos dos seus usuários. Foi a

partir do estudo realizado em 2008 sobre a descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária,¹¹ em que as informações referentes à origem dos encaminhamentos dos usuários foram resgatadas com base na leitura dos prontuários e de livros de registro, que se evidenciou a necessidade da criação do SIA.

Para a apuração e consolidação no banco de dados das informações do acolhimento, escolheu-se o mesmo programa de computador que já vinha sendo utilizado pelo DSAT/CEREST-JF em seus sistemas de informações: o EPI-INFO versão 3.5.1. Foi elaborado um questionário objetivo, com predomínio de questões fechadas, contemplando as informações básicas para traçar o perfil da demanda do DSAT/CEREST-JF, o seu trajeto dentro do serviço e a conclusão do seu processo de atendimento.

O formulário foi dividido em duas seções: “acolhimento” e “desconcentração/alta”. A primeira seção, “acolhimento”, contém as informações referentes ao usuário, à origem do encaminhamento e ao acolhimento propriamente dito. As categorias listadas para a “situação no mercado de trabalho” são as mesmas das fichas do SINAN. O item “ramo de atividade” toma por base a classificação de atividades econômicas do IBGE,¹² com adaptações de modo a contemplar as atividades econômicas com mais importância epidemiológica em Juiz de Fora.¹³ A segunda seção, “desconcentração/alta”, é preenchida quando ocorre desconcentração ou alta do usuário, com as informações referentes a esse evento, incluindo o diagnóstico recebido após a avaliação no DSAT/CEREST-JF e a identificação da UAPS para a qual o paciente foi encaminhado, nos casos de desconcentração.

A aplicação sistemática, com o preenchimento do formulário para todos os acolhimentos realizados, iniciou-se no primeiro dia útil de 2009. Para a construção do banco de dados foram digitados todos os itens de cada formulário de acolhimento, incluindo as informações acrescentadas pelo setor administrativo referentes ao comparecimento à consulta médica agendada no DSAT/CEREST-JF, número de prontuário, setor de atendimento (acidente do trabalho ou doença ocupacional) e dados referentes a novos encaminhamentos/retornos do mesmo usuário (“rerreferência”).

Os usuários acolhidos em 2009

O DSAT/CEREST-JF registrou 1.346 acolhimentos em 2009. As características desses usuários estão sumarizadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Usuários acolhidos pelo DSAT/CEREST-JF em 2009 (N=1346)

Característica	Número	%
Sexo feminino	689	51,18%
Idade média (DP)	40,46 (10,7)	
Situação no mercado de trabalho		
Empregado registrado	1.037	77,04%
Desempregado	108	8,02%
Autônomo/conta própria	104	7,72%
Servidor público estatutário	28	2,08%
Servidor público celetista	14	1,04%
Aposentado	14	1,04%
Empregado não registrado	10	0,74%
Trabalhador temporário	6	0,44%
Cooperativado	3	0,22%
Trabalhador avulso	2	0,14%
Empregador	1	0,07%
Outro / não especificado/ignorado	19	1,41%
Ramo de atividade		
Construção civil	139	10,32%
Comércio em geral (exceto supermercado e restaurante / lanchonete / padaria / fornecedor de refeição)	131	9,73%
Serviço doméstico	126	9,36%
Restaurante / lanchonete / padaria / fornecedor de refeição	112	8,32%
Indústria têxtil / confecção	91	6,76%
Outros serviços	91	6,76%
Transporte	89	6,61%
Indústria de transformação (exceto têxtil / confecção / metalurgia / siderurgia)	87	6,46%
Indústria metalúrgica / siderúrgica	87	6,46%
Conservadora / limpeza e conservação	82	6,09%
Supermercado	66	4,90%
Estabelecimento de saúde	60	4,45%
Administração pública indireta	33	2,45%
Estabelecimento de ensino	26	1,93%
Telemarketing	24	1,78%
Administração pública (exceto saúde / ensino / administração pública indireta)	17	1,26%
Serviço bancário e financeiro	15	1,11%
Serviço industrial de utilidade pública (água / luz / saneamento básico)	8	0,59%
Serviço de correios	8	0,59%
Agropecuária, extrativa vegetal, caça e pesca	6	0,44%
Extrativa mineral	3	0,22%
Outro / não especificado	45	3,34%
Ocupação		
Pedreiro / servente de obra	107	7,94%

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Usuários acolhidos pelo DSAT/CEREST-JF em 2009 (N=1346)

Característica	Número	%
Ocupação		
Auxiliar de serviços gerais	102	7,58%
Faxineiro / servente de limpeza	99	7,35%
Cozinheiro / auxiliar de cozinha / lancheiro / salgadoiro / copeiro / confeitoiro	86	6,39%
Empregado doméstico	68	5,05%
Costureiro	58	4,31%
Operador de produção / auxiliar de produção	56	4,16%
Vendedor / balconista	56	4,16%
Motorista	54	4,01%
Outras (204) ocupações menos frequentes	642	47,70%
Ignorado	18	1,33%
Município de residência		
Juiz de Fora	1315	97,69%
Outros (16) municípios de Minas Gerais	30	2,23%
Ignorado	1	0,07%
Encaminhamento ao DSAT		
Primeira vez	1300	96,58%
Reencaminhamento	46	3,41%
Origem do encaminhamento		
Demanda espontânea	454	33,72%
UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde)	386	28,68%
Outro serviço de atenção à saúde	169	12,55%
Sindicato	126	9,36%
MTE	50	3,71%
INSS	30	2,23%
Empresa / empregador	27	2,01%
SESMT	20	1,48%
Justiça do Trabalho	9	0,67%
Outro	75	5,57%
Motivo do encaminhamento		
Suspeita de doença ocupacional	918	68,20%
Suspeita de acidente do trabalho	233	17,31%
Outro	184	13,67%
Ignorado	11	0,81%

As ocupações e ramos de atividade dos usuários acolhidos pelo DSAT/CEREST-JF retratam a realidade do trabalho formal em Juiz de Fora¹⁴, com destaque para os setores de serviços, comércio, indústria e construção civil. Em relação à situação no mercado de trabalho, é reduzido o número de trabalhadores informais (0,74%), o que ressalta a necessidade de ações que aumentem a sua captação, com base em novos estudos voltados especificamente para esse segmento.

A demanda do DSAT/CEREST-JF registrada em 2009 originou-se basicamente do município de Juiz de Fora; apenas 2,2% dos usuários acolhidos residiam em outros municípios da área de abrangência. Fica evidente que, embora o serviço tenha abrangência regional, na prática ele não está tendo esse alcance. Considerando as atribuições do CEREST Regional, especificadas nas portarias da RENAST,¹⁻³ evidencia-se aqui a necessidade de mais ênfase nas ações regionais, buscando capacitar os técnicos dos municípios da área de abrangência para o reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho e criando fluxos formais de referência e contrarreferência, conforme previsto no Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST.¹⁵

Há grande predomínio de usuários de primeira vez na demanda do DSAT/CEREST-JF (96,58%). A baixa frequência de reencaminhamentos pode ser interpretada como sinal de boa resolutividade do serviço, mas seriam necessários estudos específicos para confirmar essa suposição.

A demanda espontânea ocupa o primeiro lugar na origem dos acolhimentos do DSAT/CEREST-JF (33,72%). Seguem-se os encaminhamentos da Rede de Atenção Primária (28,68%) e de outros serviços de saúde (12,55%). Os 25% restantes dividem-se por sindicatos, MTE, INSS, empregadores, SESMT, Justiça do Trabalho e outros. A “porta aberta” para a demanda espontânea no DSAT/CEREST-JF contrapõe-se à proposta da RENAST, na qual “os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) deixam de ser porta de entrada e assumem o papel de suporte técnico, polo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças e lócus de pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência”.⁴

Embora o DSAT/CEREST-JF desenvolva, desde 2002, um processo de capacitação e descentralização de atenção em saúde do trabalhador para a atenção primária¹¹ e sejam poucas as áreas do município sem cobertura de UAPS, a análise detalhada dos encaminhamentos oriundos da atenção primária em 2009 evidenciou distorções. Das 48 UAPS existentes em Juiz de Fora em 2009¹⁶, apenas 42 encaminharam usuários ao DSAT/CEREST-JF, em quantidades que variaram de um a 31 usuários cada, no período de um ano. Demonstrou-se assim a necessidade de intensificar o investimento na parceria com a atenção primária, por meio de uma rotina de capacitação contínua, visando à consolidação e uniformização dos fluxos de referência e contrarreferência.

O número relativamente pequeno de usuários encaminhados pelo MTE (3,71%) e pelo INSS (2,73%) sinaliza a necessidade de melhor articulação intersetorial.

As suspeitas de doenças ocupacionais predominam entre os motivos que levaram os usuários ao DSAT/CEREST-JF (68,20%), seguindo-se as suspeitas de acidentes do trabalho (17,31%). Em 13,67% dos casos havia outros motivos, tais como orientações previdenciárias e trabalhistas, doenças e acidentes não relacionados ao trabalho e solicitações de benefícios sociais.

O processo de atendimento aos usuários

A Tabela 2 resume os dados registrados nas fichas de acolhimento relacionados ao processo de atendimento da população estudada.

Tabela 2 - Informações referentes ao processo de atendimento aos usuários acolhidos em 2009 no DSAT/CEREST-JF

Característica	Número	%
Dias decorridos entre o encaminhamento e o acolhimento (média) (N=1346)	2,7	-
Encaminhamentos corretos (avaliação do profissional do acolhimento) (N=1346)	1.241	92,20%
Consulta médica marcada no DSAT/CEREST-JF (N=1346)	1.114	82,76%
Dias decorridos entre o acolhimento e a consulta marcada (média) (N=1114)	6,6	-
Absenteísmo à consulta agendada (N=1114)	72	6,46%
Desconcentração ou alta (casos concluídos) até 31/12/2010 (N=1042)	267	25,62%
Diagnóstico recebido do DSAT/CEREST (N=267)		
LER/DORT – Lesão por Esforço Repetitivo/ Dist. Osteomuscular Relacionado ao Trabalho	158	59,17%
Doença não ocupacional	79	29,58%
Acidente do trabalho	15	5,62%
Dermatose ocupacional	5	1,87%
Outras doenças respiratórias ocupacionais	3	1,12%
Transtorno mental ocupacional	3	1,12%
PAIR – Perda Auditiva Induzida pelo Ruído	2	0,75%
Outro / não especificado	2	0,75%
Dias decorridos entre a 1ª consulta e a desconcentração/alta (média) (N=267)	135,1	-
Especificação do motivo do desligamento do DSAT/CEREST-JF (N=267)		
Alta	65	24,34%
Desconcentração	202	75,66%
Reencaminhamento após a desconcentração/alta (“rerreferência”) (N=267)	4	1,50%

Apenas 7,8% dos encaminhamentos foram avaliados pelos técnicos do acolhimento como “indevidos”. A análise dessa subpopulação revelou diferenças importantes entre os percentuais de encaminhamentos indevidos conforme sua origem. O índice mais elevado foi encontrado na demanda espontânea, 14,8%, enquanto entre os usuários referenciados pelas UAPS foi de 3,1%. Os casos oriundos de outros serviços de saúde e de sindicatos apresentaram 4,7% e 4,8%, respectivamente, de equívocos na referência. O INSS e os SESMT não fizeram encaminhamento avaliado como “indevido”.

Foi indicada a marcação de consulta médica no DSAT/CEREST-JF para 82,76% dos usuários acolhidos em 2009 e o índice de absenteísmo foi de 6,46%. Ao final de 2010, do total de 1.042 usuários que compareceram à consulta médica, 267 (25,62%) tiveram sua avaliação concluída, sendo desligados do DSAT/CEREST-JF por desconcentração (75,66%) ou por alta (24,34%). A baixa frequência de registros de acidentes de trabalho entre os usuários que receberam alta ou indicação de desconcentração (5,62%) deve-se à inexistência de um protocolo formalizado pelo DSAT-CEREST-JF para a descentralização dos casos de acidente do trabalho. No grupo de 830 usuários atendidos pelo setor de doenças ocupacionais, foi possível avaliar o percentual de casos concluídos e o percentual de diagnóstico de doenças não ocupacionais nas desconcentrações/altas realizadas por cada um dos profissionais médicos da equipe.

Foi observada grande frequência do diagnóstico de LER/DORT entre os casos concluídos (59,17%), confirmando o histórico da prevalência de doenças ocupacionais em Juiz de Fora.¹⁴ Também merece atenção a ocorrência de 79 casos concluídos como doenças não ocupacionais (29,58%). Destes, 21 eram usuários que haviam procurado o DSAT/CEREST-JF espontaneamente, 30 haviam sido encaminhados por UAPS, 11 por outros serviços de saúde, oito por sindicatos e nove vieram por outros encaminhamentos. Evidencia-se novamente aqui a necessidade de ações de capacitação dos profissionais de saúde, ações intersetoriais e formalização de fluxos de encaminhamento visando à redução dos encaminhamentos incorretos.

Os dados armazenados no SIA também permitiram a avaliação dos intervalos decorridos entre as diversas etapas do processo de atendimento dos usuários. Foi possível avaliar prazos referentes à subpopulações específicas, por exemplo, para cada um dos diagnósticos concluídos e por profissionais que participaram do processo. No caso dos diagnósticos

concluídos de LER/DORT, por exemplo, o prazo médio decorrido entre a primeira consulta e a conclusão diagnóstica foi de 142,5 dias. No estudo realizado por Marques¹⁷ em 2010, que analisou os casos de LER/DORT notificados ao SINAN pelo DSAT/CEREST-JF em 2009, com outra metodologia, utilizando o Banco de Dados de Notificações de Doenças Ocupacionais e livros de registros de prontuários, foi constatado intervalo inferior a 180 dias em 88,6% dos casos.

Até 31 de dezembro de 2010 houve apenas quatro casos de reencaminhamento de usuários acolhidos em 2009 e desligados do DSAT/CEREST-JF (“rerreferência”), todos oriundos de UAPS. Esse baixo índice de “rerreferência” confirma os achados da pesquisa realizada em 2008 por Poço e Dias,¹¹ reafirmando a desconcentração como uma estratégia eficiente para o funcionamento da Rede de Assistência em Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação em saúde, alimentados por dados válidos e confiáveis e compreendidos como instrumentos flexíveis e dinâmicos, constituem condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. O gerenciamento das atividades desenvolvidas, ou seja, o planejamento, acompanhamento e avaliação, pode ser fortalecido pelo uso de informações sistematizadas que contemplam as diretrizes básicas do modelo assistencial, a partir de indicadores.^{18,19}

Segundo a definição utilizada pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde,¹⁸ indicadores são “medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos, dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde”, constituindo, como destaca Araújo,²⁰ “ferramentas de gestão e avaliação”. A disponibilidade de indicadores facilita o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimula a capacidade analítica das equipes de saúde e promove o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados.¹⁸ O conceito de vigilância também está ligado à sistematização de coleta, análise e disseminação de dados. Segundo Wunsch Filho e colaboradores, citado por Machado²¹, “vigilância é informação para ação”.

Como ressaltado por Facchini *et al.*,²² há consenso sobre a falta de informações em saúde do trabalha-

dor, configurando-se a necessidade de um sistema de informação que valorize cada encontro do trabalhador com o SUS e, especialmente, com os CERESTs. Nesse contexto, os mecanismos de aferição do desempenho constituem parte fundamental na gestão orientada por resultados, em busca de eficiência, eficácia e efetividade da ação pública.²⁰

Entre os propósitos de um sistema de informação em saúde do trabalhador, conforme preconizado no Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST,¹⁵ encontra-se o de “promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um sistema nacional de informação em saúde articulado, que produza informações para a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimentos e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços”.

O SIA implantado no DSAT-CEREST-JF possibilitou a formulação de indicadores referentes ao seu processo de atenção à saúde do trabalhador. Os subsídios obtidos poderão ser utilizados para monitorar, aperfeiçoar ou reorientar os profissionais, assim como os processos de trabalho, do DSAT/CEREST-JF. Com as devidas adequações às diferentes realidades locais, o modelo proposto neste estudo pode ser replicado na RENAST e os indicadores extraídos poderão servir de parâmetro para avaliações não apenas intrainstitucionais, mas também interinstitucionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria GM nº 1679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria GM nº 2437 de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria GM nº 2728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2009.
4. 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):817-28.
5. Dias EC, Chiavegatto CV, Lacerda e Silva T, Reis JC, Silva JM. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(Supl. 2):S66-74.
6. Departamento de Saúde do Trabalhador de Juiz de Fora. A Construção do Departamento de Saúde do Trabalhador de Juiz de Fora. In: Takahashi MAB, Vilela RAG, organizadores. *A Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: cenário, experiências e perspectivas – 2003*. Piracicaba: I Conferência de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental de Piracicaba e Região; 2003. p.111-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 44 p.
8. Velloso CR, Silva IG. *Vigilância sanitária, vigilância em Saúde do Trabalhador e assistência* [monografia]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Engenharia; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria GM 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
10. Brasil. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1991.
11. Poço JLC, Dias EC. Descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária de saúde - desafios e possibilidades: a experiência do CEREST de Juiz de Fora, MG. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(Supl. 2):S38-46.
12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Série relatórios metodológicos volume 23. Pesquisa mensal de emprego*. 2ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. 89 p.
13. Universidade Federal de Juiz de Fora. Centro de Pesquisas Sociais/ CPS-ICHL. Anuário estatístico de Juiz de Fora 2010. [Citado em 2011 jun. 8]. Disponível em: <http://www.cps.ufjf.br/wpcps/?p=234>.
14. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. *Relação anual de informações sociais – RAIS 2010*. [Citado em 2011 jul. 22]. Disponível em: http://perfildomunicipio.caged.gov.br/result_SPER.asp?entrada=SPER&tpCST=cstMUN&UF=MG&codmun=313670&ufacesso=MG
15. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador – COSAT. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Manual de gestão e gerenciamento*. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira; 2006. 80 p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. DataSus. Juiz de Fora - Informações de saúde dezembro de 2009. [Citado em 2011 jul. 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabMG.def>

17. Marques AN. Estudo das características ocupacionais e demográficas dos pacientes com LER ou lombalgia atendidos em Juiz de Fora (2009) [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas; 2010.
 18. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p.
 19. Mishima SM, Villa TCS, Gomes ELR, Pratali MTR, Silva EM, Anselmi ML. O sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. *Rev Latino-Am Enferm*. 1996; 4(n. Esp.):83-9.
 20. Araújo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(3):230-6.
 21. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(Supl. 2):33-45.
 22. Facchini LA, Nobre LC, Faria NX, Fassa AG, Thumé E, Tomasi E, Santana V. Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):857-67.
-