

Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte

Maria Dionísia do Amaral Dias¹

Understanding the work carried out by Primary Health Care units to develop actions in Worker's Health: the case of a medium-sized municipality in the state of São Paulo, Brazil

¹ Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual de São Paulo (Unesp). Botucatu, SP, Brasil.

Contato:

Maria Dionísia do Amaral Dias

E-mail:

dionisia@fmb.unesp.br

Pesquisa financiada pela Unesp, Programa Primeiros Projetos.

A autora declara que este trabalho não apresenta conflito de interesses.

Resumo

Introdução: a integralidade da atenção em Saúde do Trabalhador (ST) exige a expansão das ações para a Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse sentido, compreender o trabalho na APS e suas possibilidades torna-se necessário para subsidiar os planos e as ações em ST com vistas à integralidade. *Objetivo:* apresentar a percepção de trabalhadores da APS, de município de médio porte do estado de São Paulo, quanto ao desenvolvimento das ações de ST em suas unidades de saúde. *Metodologia:* foi utilizado questionário autoaplicável com 20 perguntas desenvolvido pela pesquisadora. Utilizou-se análise descritiva das perguntas fechadas e de conteúdo das perguntas abertas. *Resultados:* 45% do total de profissionais respondeu, abrangendo todas as unidades de saúde do município e todas as categorias que compõem as equipes de APS. As respostas sugerem que os profissionais levam em consideração o trabalho dos usuários nos seus atendimentos e que algumas ações do campo da ST são desenvolvidas nas unidades de saúde. Os respondentes também apontam que suas dificuldades para a realização dessas ações se relacionam muito mais a aspectos da organização e gestão do sistema do que a especificidades da área de ST. *Conclusão:* O estudo aponta que a condição de trabalho do trabalhador da saúde é uma importante questão para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na APS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde do trabalhador; integralidade da atenção em saúde; profissionais de saúde.

Abstract

Introduction: Attention in Worker's Health (WH) integrality incites expansion of Primary Health Care (PHC) actions. So, it is necessary to understand the work carried out at PHC units and its possibilities to subsidize WH plans and procedures aiming at workers' health integral attention. *Objective:* To present PHC workers' perception concerning WH actions performed in health care units of a medium-sized municipality in the state of São Paulo. *Methodology:* data collected through a 20 question-self-assessment questionnaire prepared by the researcher, using descriptive analysis of closed questions and content analysis of open questions. *Results:* 45% of all workers answered the questionnaire. All health units in the municipality and all the professional categories part of the PHC teams were enclosed. The answers indicated that the PHC personnel, when providing assistance to users, take their jobs into consideration, and that some actions concerning worker's health are carried out at health care units. The respondents also pointed out that their difficulties to perform these actions are much more related to aspects of the system organization and management, than to the particularities of the worker's health area. *Conclusion:* The study indicates that health care worker's working condition is an important issue for the implementation of PHC worker's health actions

Keywords: primary health care; worker's health; integrality in health care; health personnel.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 26/03/2013

Aprovado: 22/04/2013

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem responsabilidade fundamental na Saúde do Trabalhador (ST) expressa desde o texto constitucional, apesar de ser compartilhada com outras áreas – como Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente, Justiça, Desenvolvimento Econômico, dentre outras – visto tratar-se de campo transdisciplinar e que exige políticas públicas transversais. Saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário, significou uma mudança radical no modelo de saúde, pois antes havia a garantia para apenas parte da população, aquela inserida no mercado formal de trabalho e que contribuía para a Previdência Social, com priorização da atenção hospitalar especializada e das “tecnologias duras”².

A integralidade proposta no sistema de saúde é também uma revolução no modelo e envolve pelo menos três dimensões: a do sujeito, enquanto ser humano único e integral – nem cindido em corpo/mente ou em sistemas e aparelhos, nem visto como a doença; a da atenção, implicando diversas ações que devem abranger a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; a do sistema, que, para alcançar a atenção integral, deve estar organizado em rede na qual os diversos níveis de atenção se articulam e se complementam (MATTOS, 2004; PINHEIRO, 2006).

Para se alcançar tal objetivo, é imprescindível a “humanização”, no sentido de retomar a relação como essencial no cuidado à saúde, priorizar as “tecnologias leves”, no sentido de ser essa a base da atenção, conforme defendido por alguns pesquisadores da Saúde Pública (CAMPOS, 1991, 2006; MERHY, 2002; MERHY; FEUERWERKER, 2009; entre outros) e estimulado pelo Ministério da Saúde nos últimos anos (BRASIL, 2004).

Essa humanização refere-se aos encontros que afetam pessoas e produzem maior autonomia dos sujeitos (DIAS, 2007), podendo ter duplo efeito positivo: o usuário passa a ser parte atuante do cuidado, ao invés de receber passivamente prescrições

de um ser todo poderoso (o profissional de saúde); e o profissional de saúde desempenha sua atividade de forma ativa, mas não autoritária, recuperando a sua potência real ao livrar-se de uma falsa onipotência, resultando em melhor qualidade e efetividade do seu cuidado e possivelmente maior satisfação no trabalho.

Os textos legais do SUS incorporam a concepção da ST como questão de saúde coletiva, o que implica no desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção, prevenção e controle de risco como responsabilidade do setor saúde, a serem realizadas em conjunto com as ações assistenciais (BRASIL, 1990).

Entretanto, a existência da lei não é o suficiente para transformar a realidade, particularmente no contexto do SUS – que está sendo construído na contramão do modelo político hegemônico e dos interesses do capital – e das características específicas do campo da ST – como a tensão capital-trabalho e dificuldades e entraves políticos no âmbito municipal, principalmente em relação às ações de vigilância (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Uma das importantes potencialidades do SUS para o desenvolvimento de ações de ST está no modelo de atenção e no desenvolvimento de estratégias, dentre elas destacam-se a Rede de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast)³ e a Saúde da Família⁴ para o fortalecimento da atenção primária como base principal do sistema.

Outra potencialidade do sistema de saúde é a participação social, que tem nas conferências e nos conselhos de saúde suas principais instâncias de discussão e deliberações com o conjunto de atores da sociedade.

Nesse contexto, a estratégia inicial da ST, operacionalizada somente por equipes e serviços especializados, começou a ser revista, visando à sua incorporação no Sistema e à ampliação no desenvolvimento das ações.

² Segundo Merhy (2002), o processo de trabalho em saúde envolve três “tecnologias”: “duras”, as ferramentas-máquinas como instrumentos para fazer exames de laboratórios, os instrumentos para examinar o paciente; “leve-duras”, os conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados; “leves”, o processo de relações: em qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos como de falas, escutas e interpretações.

³ A Renast foi implantada pelo Ministério da Saúde como estratégia para a implementação da Saúde do Trabalhador no SUS, visando à sua efetiva institucionalização, tendo como base os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest (BRASIL, 2002).

⁴ A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária, instituída pelo Ministério da Saúde, visando principalmente à ampliação de acesso e qualificação do cuidado, e opera com equipe básica – médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde – e outros profissionais em menor escala, como equipes de saúde bucal e profissionais de áreas diversas em apoio matricial. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e de manutenção da saúde da comunidade.

A necessidade de inserção das ações de ST na rede de saúde, particularmente na Atenção Básica, é também apontada em resoluções de conferências de saúde, como as da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, última temática realizada, ocorrida em 2005, com intensa mobilização e participação: na etapa preparatória foram “1.240 conferências e encontros municipais, microrregionais e estaduais, culminando com a etapa nacional que congregou cerca de dois mil participantes” e aprovação de 344 resoluções (BRASIL, 2011b, p. 9). Dentre as resoluções, destaca-se a garantia do acesso dos trabalhadores a todos os serviços de saúde, em especial Atenção Básica, Urgência e Emergência e Saúde Mental:

[...] como estratégia para identificar, compreender e significar as necessidades de saúde dos trabalhadores, incluindo o terceiro turno no SUS, inclusive no atendimento odontológico. (BRASIL, 2011b, resolução 31, p. 144)

Em 2006, o Pacto pela Saúde redefiniu a organização da atenção à saúde no país e atribuiu à Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de eixo organizador das ações no SUS. Nesse cenário, torna-se imperativo desenvolver alternativas de organização das ações de Saúde do Trabalhador na APS, tendência que já vinha sendo observada desde o final dos anos 90. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010, p. 3)

Considerando a proposta da Atenção Básica no SUS, nota-se ser imprescindível que as equipes nesse nível de atenção estejam preparadas para incluir, em seu fazer diário, o trabalho como elemento fundamental da vida das pessoas e dentre os determinantes do processo saúde/doença, desenvolvendo, portanto, ações de ST:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011a)

Se no processo de cuidado e responsabilização é necessária a prática da Vigilância em Saúde, com conhecimento dos problemas e das características dos grupos populacionais de seu território⁵, as equipes de Atenção Primária à Saúde necessariamente deverão incorporar aspectos relativos ao trabalho das pessoas em suas ações e abordagens aos indivíduos, às famílias e à comunidade.

Contudo, é sabido que o SUS está em construção, enfrentando permanentemente muitos desafios, em particular com relação ao campo da ST. Nesse contexto, considera-se importante conhecer a realidade da ST no âmbito municipal a fim de orientar ações e estratégias que contribuam para a sua efetiva implantação com garantias à integralidade da atenção.

Para que o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) desempenhe sua função em relação à Atenção Básica, são necessárias diversas ações, não podendo se limitar a capacitações técnicas pontuais. A educação permanente e o apoio matricial mostram-se estratégias importantes na implantação e na manutenção das ações de ST na Atenção Básica (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011). Contudo, é necessário conhecer e compreender a realidade dos serviços para elaboração de propostas que colaborem efetivamente nessa tarefa.

Para que profissionais de saúde ampliem e qualifiquem o cuidado, é necessário que estabeleçam relações com bons vínculos, nas quais se considere o outro em sua singularidade. Ao fazer isso, espera-se que incluam o trabalho na vida dessa pessoa, isto é, considerem o lugar, o papel e a condição do trabalho do usuário em suas conversas e anamneses e no raciocínio clínico. Nesse processo, ao mesmo tempo, o profissional de saúde sairá de um lugar passivo, de repetidor de rotinas de trabalho sem reflexão, o que adoce, faz sofrer e diminui a qualidade e resolutividade do seu trabalho. Em outras palavras, considera-se que incorporar o trabalho no processo de cuidado é uma amplificação e qualificação deste, o que traz resultados positivos aos usuários e aos profissionais da saúde.

A “prescrição” do SUS para o cuidado na Atenção Básica inclui resolutividade com qualidade do cuidado, estabelecimento de bons vínculos com os usuários e responsabilização pela saúde da população do território (BRASIL, 2011a). No entanto, o trabalho na saúde nessa concepção exige que os profissionais saiam de uma posição de acomodação, pois é preciso transformar processos de trabalho, o que pode ocasionar uma intensificação geradora de danos à saúde ou de defesas, individuais e coletivas, que poderiam impedir a qualidade do cuidado. Para viabilizar a proposta, são necessárias diversas ações, sobretudo no campo da gestão do sistema, que abram espaços democráticos, participativos, criativos e reflexivos no cotidiano de trabalho das equipes, transformando o trabalho alienado e fragmentado, vivido como esvaziado de conteúdo,

⁵ Território refere-se a uma área geográfica delimitada, com uma população específica, conforme a concepção da Atenção Primária à Saúde, em que as equipes de uma unidade de saúde ou de uma equipe de Saúde da Família têm a “responsabilidade sanitária por um território de referência” (BRASIL, 2011a).

conforme analisam diversos autores do campo da gestão em saúde (MERHY, 2002; FEUERWERKER, 2005; CAMPOS, 2007):

[...] o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática.

Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (Helman, 2003). Os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (Merhy, 2002). (FEUERWERKER, 2005, p. 501)

Não é possível, portanto, a incorporação da ST na Atenção Básica sem considerar os trabalhadores de saúde e seu trabalho, sendo este aspecto elementar na gestão em saúde e também no campo da ST, tanto por uma questão de coerência, quanto para aprofundamento da análise que permita orientar melhores ações estratégicas para a implantação/implementação de ações de ST na APS.

O cuidado integral em uma prática de clínica ampliada e gestão participativa, além de favorecer a inclusão de aspectos importantes da ST no cuidado, também poderá ser fonte de maior satisfação aos profissionais e, portanto, elemento protetor de suas saúdes.

Saúde é aqui concebida como potência de ação⁶, incorporando a dimensão ética e afetiva como seus indicadores. Saúde, então, compreendida:

[...] como a capacidade de pensar, sentir e agir, com consciência de si (dos desejos e sentimentos, dos motivos) e consciência do mundo (de sua inserção no humano e do contexto em que se dá essa inserção). (DIAS, 2007, p.72)

Isso permitiria realizar reflexões da vida e ações necessárias no mundo, o que inclui a si mesmo para manter o movimento de expansão e não cristalização.

Mas isso não é capacidade que emana do indivíduo, é capacidade processual decorrente dos encontros, isso é, é processo sócio-histórico que coloca o indivíduo inserido no mundo de relações que é a vida humana. (DIAS, 2007, p.75)

E os encontros constituem a principal ferramenta do trabalho em saúde: do trabalhador da saúde com o usuário, no cuidado; do gestor com o usuário e com os trabalhadores da saúde, na gestão do sistema; do trabalhador da saúde “especialista” com o trabalhador da saúde “generalista”; e outros tantos.

Enfim, para atuar na implantação da ST no SUS é necessário considerar o trabalho de todos os atores, usuários e profissionais de saúde. Trabalho como dimensão fundamental do processo saúde/doença, em uma relação que não é causal e é afetada por processos sociais.

Neste sentido, está-se desenvolvendo pesquisa visando conhecer o microcontexto da ST no SUS municipal⁷, analisando a incorporação da ST no cotidiano do cuidado na Atenção Básica de rede municipal de saúde. A investigação envolveu etapa exploratória, com aplicação de questionário, e etapa qualitativa para aprofundamento das questões apontadas na primeira, envolvendo entrevistas abertas e grupos focais.

O objetivo do presente artigo é apresentar a percepção de trabalhadores da APS, de município de médio porte, quanto ao desenvolvimento das ações de ST em suas unidades de saúde. Trata-se dos resultados da etapa exploratória da pesquisa acima referida.

Procedimentos metodológicos

O desenvolvimento de ações de ST em serviços da Atenção Básica de rede municipal de saúde foi apreendido a partir da percepção declarada em questionário por trabalhadores de saúde de município de médio porte no estado de São Paulo.

Inicialmente, por meio de exposição oral e escrita da pesquisadora em uma das reuniões que ordinariamente ocorrem na Secretaria de Saúde, foram apresentados os objetivos e os procedimentos da pesquisa aos enfermeiros responsáveis pelas equipes nas unidades de saúde. Logo após, foram enviados convites com apresentação da pesquisa, por escrito, a todos os 370 funcionários de todas as unidades de saúde no nível básico existentes no município, aos cuidados das enfermeiras, juntamente com os questionários, de autoaplicação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em número igual ao total de funcionários de cada unidade. Junto a este material, foram enviados dois envelopes iden-

⁶ Potência de ação ou de agir, uma concepção do filósofo Espinosa em *Ética* (1677), pode ser explicada como *conatus*, energia de vida, é “a capacidade de ser afetado e afetar o outro num processo de possibilidades infinitas de composição da vida” (SAWAIA, 2004, p. 17, apud DIAS, 2007, p. 73).

⁷ Pesquisa “A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: uma abordagem psicossocial na gestão da Saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FMB/Unesp, Processo n° 3398/2009. Financiamento Programa Primeiros Projetos da Pró-Reitoria de Pesquisa-UNESP.

tificados como “questionários” e “termos de consentimento” para colocação dos formulários preenchidos separadamente. Após o período acordado com a enfermeira (de uma a duas semanas), os envelopes foram recolhidos em cada unidade de saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2010. O instrumento foi respondido voluntariamente pelos participantes e não continha identificação do respondente. O TCLE foi assinado por todos que responderam ao questionário. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa FMB/Unesp (3398/2009).

Participaram da pesquisa profissionais de todas as categorias que compõem as equipes de APS, de todas as 18 unidades do município – 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 10 Unidades de Saúde da Família (USF).

O questionário apresentou 20 questões, a maioria de múltipla escolha, referentes a: identificação de queixas/sintomas/agravs relacionados com o trabalho do usuário; tipos de ações de ST realizadas no serviço; agravs relacionados ao trabalho mais comuns no atendimento na unidade; conhecimento da rede de saúde e quanto aos serviços e fluxos para ST; capacitação em ST – pergunta indireta; avaliação de condições técnicas para ações de ST – própria e da equipe; dificuldades e necessidades para desenvolvimento de ações de ST.

As perguntas fechadas elencaram conjunto de alternativas para resposta conforme pré-categorização baseada em documentos oficiais de ST no SUS e conhecimento empírico.

As perguntas abertas do questionário de pesquisa são as seguintes: a) Qual (quais) agravo(s) relacionado(s) ao trabalho mais comumente é (são) atendido(s) na unidade em que você trabalha?; b) Quais as suas dificuldades no desenvolvimento de ações de ST?; c) O que você considera importante para o serviço implantar ou melhorar a assistência em ST?; d) Na estrutura do SUS, qual o serviço destinado à referência em saúde do trabalhador?; e) Tema de capacitação que tenha participado em serviço nos últimos dois anos (em complementação a ter assinalado “sim”). Para estas questões, foi realizada análise com categorização das respostas

a partir do que emergiu de sua leitura flutuante (AGUIAR; OZELLA, 2006).

O município de estudo está localizado no interior do estado de São Paulo, com uma população de 130.183 habitantes e alto desenvolvimento humano (IDH ano 2000 = 0,822), apresentando queda no Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)⁸. O município é referência regional em serviços e comércio. O setor de serviços constitui-se como principal atividade econômica, seguido da indústria, a qual apresenta perfil diversificado.

Quanto à estrutura do sistema de saúde, em 2010 o município possuía 18 unidades de saúde de Atenção Primária, um hospital de referência secundária, um de terciária para uma macrorregião, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, um Cerest integrante da Renast. O Cerest, existente desde 2003, é referência para 12 municípios da região circunvizinha. Por possuir este serviço, o município constitui-se em campo de pesquisa importante para questões referentes ao desenvolvimento de ações de ST em rede municipal de saúde, considerando-se a função dos Cerest⁹. Contudo, a pesquisa restringe-se aos profissionais do município sede do Cerest, considerando haver interesse do gestor municipal nas ações de ST – pressuposto pela existência do serviço – e a suposta facilidade do Cerest em operar dentro do próprio município.

Resultados e discussão

Os 168 questionários respondidos correspondem a 45% do total de funcionários da Atenção Básica do município no ano da pesquisa, abrangem todas as funções existentes nos serviços (**Tabela 1**) e, considerando o total de respondentes, distribuem-se proporcionalmente entre os dois tipos de serviço: 80 respondentes eram lotados em UBS e 88 em USF. Apesar de todas as categorias estarem representadas entre os respondentes, destaca-se a baixa participação de médicos e cirurgiões dentistas, profissionais com atuação de relevância nas equipes de Atenção Primária e com papel importante na assistência aos trabalhadores.

⁸ IPRS: em 2008 estava classificado como grupo 1 - municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais; em 2010 foi classificado como grupo 2 - municípios com níveis de riqueza elevados, mas que não exibem bons indicadores sociais (os dados sobre população, IDH e IPRS do município foram obtidos em: FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/>>. Acesso em: 15 fev. 2012).

⁹ Segundo o Ministério da Saúde, o Cerest “desempenha uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência” (Brasil, 2002). Na estratégia da Renast, o Cerest constitui-se em centro articulador e organizador, no seu território de abrangência, de ações intra e intersetoriais “com função de retaguarda técnica e polo irradiador de ações e ideias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica”, deixando de ser porta de entrada do Sistema de Saúde (Brasil, 2002).

Tabela 1 Respondentes do questionário segundo categoria profissional, tipo de serviço e percentual de participação em relação ao total de funcionários das unidades de atenção primária do município pesquisado, 2010

Categoria profissional	Nº respondentes			Percentual de respondentes em relação ao total de funcionários
	UBS*	USF**	Total	
Auxiliar/Técnico de enfermagem (TE)	37	17	54	50%
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	-	38	38	47%
Enfermeiro (ENF)	15	12	27	87%
Médico (MED)	12	6	18	31%
Auxiliar Administrativo (AA)	5	6	11	69%
Dentista (CD)	4	3	7	24%
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	4	2	6	22%
Auxiliar de Serviços Gerais	1	1	2	20%
Fonoaudiólogo	1	0	1	5%
Residente multissaúde da família (1 enfermeiro e 1 fisioterapeuta)	-	2	2	-
Sem informação	1	1	2	-
Total	80	88	168	45%

* UBS – Unidade Básica de Saúde (participaram funcionários das oito unidades do município)

** USF – Unidade de Saúde da Família (participaram funcionários das dez unidades do município)

Fonte: Questionários de Pesquisa

Dos 168 respondentes ao questionário, 149 disseram identificar queixas e sintomas de usuários do serviço como agravos relacionados ao trabalho: 78 relataram que isso ocorre com muita frequência e 71 referiram que ocorria algumas vezes. Os profissionais que responderam ao questionário, das diferentes categorias, também afirmam buscar informação sobre o trabalho do usuário em seus atendimentos: todos os 27 enfermeiros, 15 dos 18 médicos, 34 dos 38 ACS e 43 dos 54 auxiliar/técnicos de enfermagem.

Quanto às ações de ST desenvolvidas na unidade de saúde, a *assistência ao trabalhador* é assinalada em 89 dos 168 questionários, seguida de *notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho*, com 74 respostas. Com menor frequência, foram assinaladas: *educação e promoção em ST*, em 46 dos questionários; *prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho*, em 36; *vigilância em ambientes de trabalho*, em 11 questionários.

Estes conjuntos de respostas sugerem que, por parte dos profissionais da saúde na APS, há percepção do trabalho como determinante do processo saúde/doença, que eles buscam realizar um atendimento ampliado e que algumas atividades de ST são desenvolvidas pelas unidades de saúde neste município.

Quanto aos agravos relacionados ao trabalho atendidos na unidade de saúde, as LER/DORT são as mais mencionadas, seguidas de problemas de coluna (lombalgias, dor na coluna) e transtornos mentais (**Tabela 2**).

Este resultado está condizente com o perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores na atualidade. Dados estatísticos da Previdência Social demonstram serem estes os agravos mais incidentes entre as doenças do trabalho: em 2010, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho (Grupo XIII da CID-10) corresponderam a cerca de 50% das doenças do trabalho registradas no INSS; e transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (grupo V da CID-10) a 5,8% (BRASIL, 2010).

Este perfil é compatível com as características do mundo do trabalho na atualidade. O conhecimento e os avanços tecnológicos permitiram a eliminação ou o controle de muitos fatores de risco físico, químico e biológico, mas o desenvolvimento do capitalismo lapidou os modos de produção, introduzindo cargas e desgastes concernentes à organização e à gestão do trabalho. Esses são “riscos” mais sutis e estão na gênese das LER/DORT e dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Tabela 2 Problemas de saúde relacionados ao trabalho mencionados pelos 168 participantes como mais comuns na unidade de saúde do respondente

<i>Agravo mencionado*</i>	<i>Menções**</i>
LER/DORT	111
Lombalgia/dor na coluna	61
Transtornos mentais	21
Acidente de trabalho	13
Intoxicação	6
Doença auditiva	2
Doença da voz	1
Alergias	1
Odontalgia	1
Não sei	6
Em branco	18
Resposta incoerente com a pergunta	3
Total	244

* Classificados e agrupados pela autora

** Referem-se ao número de respondentes que referiram cada agravo.

Fonte: Questionários de Pesquisa

Quanto ao conhecimento do território de abrangência¹⁰ da unidade de saúde em aspectos de interesse à ST, os respondentes informam conhecer as atividades econômicas e o tipo de ocupação e emprego das pessoas da área de abrangência. Os dados sugerem haver alguma atribuição de relevância à categoria trabalho no reconhecimento do território de atuação por parte dos profissionais participantes da pesquisa, embora informem não conhecer tanto os fatores de riscos ambientais e ocupacionais, o que seria esperado, visto estar preconizado na Política de Atenção Básica que, no processo de territorialização, as equipes identifiquem grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011a).

A maioria dos respondentes indica sentimento de despreparo técnico para atender às demandas em ST, tanto entre os das UBS, quanto das USF, entretanto, acreditam que sua equipe tem essas condições. Este achado pode estar relacionado à valorização da equipe na Saúde da Família, sendo necessária melhor avaliação da questão com aprofundamento não realizado nesta etapa da pesquisa.

Uma dimensão cujo resultado indica questões de interesse à implantação e ao fortalecimento de ações de ST na APS é a que trata das dificuldades e das neces-

sidades apontadas pelos respondentes para o desenvolvimento de ações na área.

As respostas relatadas pelos profissionais mostram que as maiores dificuldades relacionam-se a aspectos da organização e da gestão do trabalho no sistema de saúde municipal e não às peculiaridades da ST (**Quadro 1**).

As respostas classificadas como sendo do âmbito da gestão sugerem haver alta pressão de tempo e demanda nos serviços de saúde, infraestrutura insatisfatória, desarticulação entre os serviços da rede e desconhecimento técnico específico, dificultando a realização das tarefas. As categorizadas como relativas ao sistema de saúde seguem na mesma linha ao indicarem falhas na rede de saúde que deixam a equipe da APS sem retaguarda adequada ao cuidado. Apontam, portanto, para questões referentes às condições de trabalho dos próprios profissionais da saúde.

Estes aspectos estão também na gênese do sofrimento e do adoecimento de profissionais de saúde, sobretudo na APS, como vem sendo demonstrado por inúmeros estudos, como Braga, Carvalho e Binder (2010, 2012), Machado e Assunção (2012), Chiavegato Filho (2011), Lancman et al. (2009), Ramminger e Brito (2008), Ribeiro (2006), dentre outros.

¹⁰ Questão fechada do questionário, com alternativas de resposta “Sim” e “Não” para cada um dos seguintes itens: Você conhece o território de abrangência da sua unidade de saúde em relação a: a) atividades econômicas presentes no território; b) tipo de ocupação exercida pela população do território; c) fatores de riscos ambientais presentes no território; d) fatores de riscos ocupacionais presentes no território; e) tipo de emprego da população do território.

Quadro 1 Categorização das respostas* referentes a dificuldades no desenvolvimento de ações de ST por profissionais de serviços de APS em um município de médio porte, 2010

<i>Categoria de resposta</i>	<i>Exemplos de respostas**</i>
Formação	Falta de capacitação – técnica e legislação. Falta de conhecimento técnico.
Gestão da saúde	Falta de profissionais, excesso de demanda – atendimento breve, no qual, muitas vezes, a questão do trabalho deixa de ser considerada, não sendo possível a relação do diagnóstico com as condições de trabalho. Falta de estímulo por parte dos gestores em relação à saúde do trabalhador. Falta de tempo para desenvolver ações programáticas de prevenção de acidentes. Infraestrutura. Desinformação; falta de orientações pelo órgão competente. Dificuldade de fluxo. Amparo legal.
Sistema de saúde	Encaminhamentos. Referência e contrarreferência – Cerest e especialidades. Retaguarda exames (demora). Resolutividade. Acompanhamento adequado dos trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho. Falta de um diagnóstico mais precoce.
Especificidades da ST	Estabelecer o nexo causal. Orientar e informar os pacientes sobre seus direitos. Sensação de impotência em relação aos agravos de ST pela complexidade de fatores que envolvem o cuidar e o prevenir. Burocracia. Perícia INSS.
Prevenção	Prevenção; atuar no trabalho do paciente; fiscalização no ambiente de trabalho. Conscientizar as empresas sobre humanização. Má compreensão pelos empregadores.
Inespecífico	Todas. Nenhuma.

* 109 dos 168 questionários foram considerados válidos para a questão.

** Uma mesma resposta ao questionário pode ter tido conteúdo desdobrado e classificado em mais de uma categoria.

Fonte: Questionários de Pesquisa

Quanto às necessidades para o serviço de saúde (Quadro 2), os respondentes mostraram novamente a importância da gestão e da organização do Sistema de Saúde. De modo geral, as respostas apresentadas nesta questão se relacionam com as dificuldades apontadas, sendo mais específicas, e reforçam a relevância das condições de trabalho dos profissionais de saúde para a viabilização do cuidado ampliado e integral. Sugerem recursos necessários à realização de todo o trabalho na APS e não específicos para o desenvolvimento de ações de ST.

Nota-se que, para os participantes da pesquisa, os recursos para melhorar a atenção em ST estão fora do âmbito da Unidade de Saúde, o que pode significar tanto que a gestão do sistema deixa muitos vazios, ficando os trabalhadores da saúde sem condições mínimas necessárias para o trabalho, como também o sentimento de impotência dos funcionários na resolução de problemas, o que faz com que considerem apenas soluções fora de seu âmbito de ação. Algumas respostas também sugerem compreensão simplista de questões do âmbito da ST, por exemplo, ao apontar ação informativa como possível solução de problemas.

Quadro 2 Categorização das respostas* referentes a necessidades para o serviço implantar/melhorar a assistência em ST, por profissionais de serviços de APS em um município de médio porte, 2010

<i>Categoria de resposta</i>	<i>Exemplos de respostas**</i>
No âmbito do sistema/gestor de saúde	Profissionais capacitados para identificação dos casos e atendimento. Atualização e capacitação rotineira. Manuais técnicos disponíveis, possibilidade de discussão de casos. Mais informações ao conjunto da rede básica. Implantar e melhorar fluxo definido e funcional. Mais serviços para atendimento do trabalhador. Serviço que atua junto ao paciente no controle de doenças. Resultados de exames com laudos preenchidos corretamente e mais seriedade por parte do INSS. Referência e contrarreferência. Melhorar acesso a especialidades (fisioterapia p.ex.). Rede integrada entre os serviços. Implantar um sistema de informação eficiente sobre doenças do trabalho. Mais prevenção, orientação e médicos. Resolutividade quanto à sua saúde e seu trabalho (condições para o trabalho) Informação ao trabalhador sobre seus direitos e deveres em relação à saúde. Rede de apoio a questões trabalhistas.
No âmbito do Cerest	“Acho que isso cabe ao Cerest.” Melhorar funcionamento do Cerest quanto à realização das ações de vigilância e na relação com a rede básica de saúde. Fiscalização no ambiente de trabalho. Mais informações ao trabalhador. Fazer palestras com os encarregados ou empregadores nas unidades de saúde.
No âmbito do próprio serviço	Incorporar mais a anamnese ocupacional nas consultas. Mais disponibilidade de atendimento ao paciente. Maior autonomia para triagem de consultas extras em geral. Realizar notificação compulsória. Intensificar o atendimento para saber quais providências tomar. Realizar grupos. Melhorar comunicação com serviço secundário e Cerest. Presença de especialistas na USF, como ortopedista, fisioterapeuta. Obter mais conhecimento e prática em saúde pública. Muita dedicação com amor.
Não entenderam a questão	“nós temos centro de referencia da saúde do trabalhador”. “Sim”.

*111 dos 168 questionários foram considerados válidos para a questão.

** Uma mesma resposta ao questionário pode ter tido conteúdo desdobrado e classificado em mais de uma categoria.

Fonte: Questionários de Pesquisa

Considerações finais

Estes resultados indicam que as principais dificuldades quanto ao desenvolvimento de ações de ST, indicadas pelos profissionais da saúde na APS do município estudado, em geral não estão vinculadas à falta de percepção da relação existente entre trabalho e saúde, contrariamente ao que se poderia supor pelo senso comum. Antes, referem-se a questões das condições de trabalho que eles próprios tenham para desenvolver suas atividades. Pode-se di-

zer, portanto, que a inclusão de ações de ST na APS depende também das condições de trabalho na APS.

Não se pode descartar, obviamente, a necessidade de investimentos na formação técnica dos profissionais, garantindo o acesso a conhecimentos específicos da área de ST e o apoio matricial das equipes de referência; contudo os profissionais participantes da pesquisa aqui apresentada revelam que há carência de muito mais.

Aspectos relacionados à gestão do sistema de saúde local e à organização do trabalho são perce-

bidos pelos funcionários que atuam na APS como fatores que dificultam o desenvolvimento de ações mais ampliadas no serviço de saúde, dentre elas as de Saúde do Trabalhador, comprometendo a integralidade do cuidado.

Questões como quantidade de consultas, referências do nível secundário do Sistema, acesso a procedimentos diagnósticos, valorização de ações preventivas, integração real da rede de saúde, dentre outras, destacam-se como relevantes na viabilização do desenvolvimento de ações de ST.

Os resultados encontrados podem oferecer indicações aos que estejam buscando a implantação de ações de ST na APS, tais como a importância de considerar os profissionais de saúde enquanto trabalhadores, o que implica em buscar: compreender os processos e a organização do seu trabalho; contribuir para o desenvolvimento da emancipação desses sujeitos; transformações nas condições objetivas e subjetivas de trabalho. Afinal, como aponta Pimenta (2006, p. 388):

[...] a gestão das organizações de saúde é uma atividade complexa e que exige muito investimento da equipe de gestão e dos trabalhadores para lograr resultados satisfatórios para os usuários e para os próprios trabalhadores.

Temos, portanto, duas faces de uma mesma moeda, já conhecidas há séculos: quanto melhores as condições objetivas e subjetivas do trabalho, melhor será a qualidade dos resultados desse trabalho!

Não é possível, na área de Saúde, desconsiderar uma dessas faces, visto que a essência do trabalho é relacional. Para tanto, a gestão democrática e participativa na Saúde, com investimento em processos de educação permanente das equipes e desenvolvimento de estratégias como o apoio matricial, tem se destacado como promotora de melhores condições de trabalho por: permitir espaços de liberdade na organização do trabalho nos serviços de saúde, saindo da administração rígida e somente com con-

trole quantitativo de procedimentos; propiciar situações de reflexão e discussão do trabalho para seu melhor desenvolvimento; favorecer aos profissionais de saúde a transformação com vistas à emancipação. Portanto, recuperar a potência de ação de profissionais de saúde é promover uma rede de cuidados promotores de potência de ação aos usuários do Sistema.

Este deveria ser um desafio de todo gestor e de todo profissional da saúde:

[...] construção de espaços de gestão como estratégia para construir uma rede de serviços de saúde centrada no cuidado do usuário e na constituição dos trabalhadores enquanto sujeitos desse processo. (PIMENTA, 2006, p. 387)

E, neste sentido, a implementação de ações de ST nas atividades da APS poderá ser realizada como situação que colabore com a amplificação e a qualificação do processo de cuidado ao usuário, trazendo resultados positivos aos dois polos da relação, os usuários e os profissionais da saúde, ao invés de ser considerada simplesmente como tarefa a ser incluída no rol do que deva ser cumprido.

Profissionais de saúde trabalhando em condições precarizadas têm recursos volitivos e afetivos para uma prática clínica ampliada e o desenvolvimento de ações preventivas? Uma possível identificação com o usuário que adoecce no trabalho interfere na qualidade do cuidado e em que sentido isso ocorre?

Responder estas e outras questões constitui-se em processo importante para uma ampliação também da abordagem da gestão na saúde, para além de modelos, protocolos e conceitos preconcebidos, que operam como trabalho prescrito, mas não bastam para melhorar a qualidade do cuidado rumo à integralidade.

O cenário aqui exposto indica a necessidade de aprofundamento dos achados por meio de pesquisas visando a aproximações a possíveis respostas às perguntas acima.

Agradecimentos

Agradeço às alunas de Iniciação Científica que colaboraram na coleta e na organização de dados: Maria Clara Fernandes Pereira Cruvinel (bolsista), Laís Soares Vello e Tayla Borges Soares (voluntárias).

Referências

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

BRAGA, L. C. de. *Síndrome do esgotamento profissional entre trabalhadores da rede básica de*

saúde de município do interior paulista. 2012. 112 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, Botucatu, 2012.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde

de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679/GM, 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2010*. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1209>>. 2010. Acesso em: 29 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Trabalhar sim! Adoecer, não!* O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado da 3ª CNST. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalhar_sim_adoecer_nao.pdf>. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série D. Reuniões e Conferências). Acesso em: 27 maio 2013.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHIAVEGATO FILHO, L. G. *Trabalho e saúde*: estudo com médicos do SUS Jaguariúna (SP), na perspectiva da Clínica da Atividade. 2011. 190 f. Tese (Doutorado em Psicologia)–Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

DIAS, M. D. do A. *A saúde de trabalhadores jovens como indicador psicossocial da dialética exclusão/inclusão*. Estudo de caso com jovens operárias em indústrias de confecção. 2007. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

DIAS, M. D. do A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-148, mar./jun. 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

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

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-56.

PIMENTA, A. L. *Saúde de Amparo*: a construção de espaços coletivos de gestão. 2006. 288 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

PINHEIRO, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco/UERJ/Cespec, 2006.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. de. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 36-49, 2008.

RIBEIRO, S. F. R. *O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho*. 2006. 162 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.
Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos,

conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte: UFMG, 2010. Relatório técnico-científico.
Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.